



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**Adaptación y validación del test Actitudes hacia la
terapia por internet (E-therapy attitudes measure,
ETAM).**

Andrés Ignacio Jofré Bolarin.

Profesor Guía: Diana Rivera Ottenberger.

**Proyecto de Tesis presentado a la Escuela de Psicología de la Pontificia
Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en
Psicología Clínica.**

Junio, 2021

Santiago, Chile

ÍNDICE

Resumen	2
Introducción	3
Teletrabajo y psicoterapia a distancia.....	4
Actitud frente a la búsqueda de terapia.....	6
Actitudes hacia la psicoterapia por internet.....	7
Método.....	9
Procedimiento.....	11
Resultados	13
Discusión.....	18
Referencias.....	21
ANEXO A (consentimiento informado, versión piloto).....	30
ANEXO B (consentimiento informado, estudio formal).....	33
ANEXO C (formato cuestionario).....	36
ANEXO D (análisis factorial exploratorio ETAM desarrollado por Apolinario en Alemania).....	40

Resumen.

En el último tiempo en Chile, los enfoques de salud mental y apoyo social han realizado un llamado a desarrollar adaptaciones en el trabajo psicoterapéutico de acuerdo con las necesidades de cada población. Así, desde el MINSAL (2017) se estaría trabajando para implementar estrategias relacionadas a la telemedicina, puesto que esta sería una metodología que entrega una respuesta más costo efectiva y de calidad a las personas. En cuanto a la telemedicina se ha destacado que las actitudes que mantienen los individuos respecto a este estilo de trabajo permitirían aprovechar el máximo potencial de estos procesos psicoterapéuticos. Así, en Alemania, que ha estado avanzando en las regulaciones de estas prácticas, Apolinário-Hagen y cols (2018b) habrían desarrollado el “e-therapy attitudes measure (ETAM)”, con el fin de evaluar las actitudes que tenía la población alemana respecto a este procedimiento. Chile aun no contaría con regulaciones sobre estas prácticas. El objetivo de este trabajo será: traducir, adaptar y validar el cuestionario Actitudes hacia la Terapia por Internet (e-therapy attitudes measure, ETAM) para la población chilena, para así poner a disposición un instrumento que permita evaluar el grado de aceptación de estas modalidades de atención intermediadas por las tecnologías, específicamente la teleterapia psicológica. La muestra estuvo constituida por 173 participantes con edades comprendidas entre los 18 y 60 años. Mediante análisis de contenido, se desarrolló la traducción de los 17 ítems. Luego, a través de un análisis factorial confirmatorio, se constató que la estructura factorial de 2 dimensiones (utilidad y comparabilidad) se ajusta al comportamiento observado en la población chilena. Por otra parte, respecto al análisis de criterio no se hallaron las relaciones esperadas con las variables referidas a apego, estrés percibido y depresión.

Palabras claves: psicoterapia online; actitudes; aceptación.

Introducción.

En enero del año 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) ha enfrentado una emergencia de salud pública a nivel mundial con la aparición del virus covid-19, considerado una enfermedad de alto riesgo. En marzo del mismo año la OMS (2020) caracterizó el brote, como una pandemia, recomendando medidas sanitarias de cuarentena y distanciamiento físico, del que Chile no ha estado exento. El Comité Permanente inter-agencias de Naciones Unidas (Inter-Agency Standing Committee [IASC], 2020) hizo un llamado a los países a realizar adaptaciones a en los enfoques de salud mental y apoyo social de acuerdo con las necesidades de cada población. Además, señalan que este tiempo de crisis crea una importante oportunidad para fortalecer y adaptar las estructuras de salud mental, asistencial social y bienestar social a largo plazo, mencionado que una de las estrategias sería utilizar servicios relacionados a la telemedicina, teniendo en consideración que, por las características que esto incluye, podrían existir personas que no estén familiarizadas con esto, pudiendo negarse a usar este medio (IASC, 2020).

Respecto de la situación de salud mental en Chile, el último reporte de plan nacional, desarrollado por el Ministerio de Salud (MINSAL, 2017), informa que la población chilena mantiene un número elevado de prevalencias de trastornos ansiosos, abuso y dependencia de sustancias, y depresión, enfermedades que desde el año 2008 son la principal causa de licencias médicas. A pesar de las altas cifras reportadas y de los años de vida perdidos por estas enfermedades, se destaca que aún sigue existiendo desigualdad en cuanto al acceso a servicios de salud mental, acentuándose una mayor diferencia en localidades apartadas de las grandes zonas urbanas (MINSAL, 2017, 2018). Por este motivo, desde ya algunos años, que desde el estado se estaba trabajando para poder entregar respuestas que fuesen de menor costo efectivas y de calidad , por lo que la telemedicina se ha considerado una de las estrategias a utilizar para poder satisfacer las necesidades de acceso adecuado de estos servicios a las personas que lo necesiten, para así poder abarcar aquellos núcleos poblacionales que se encuentran en zonas extremas de la ciudad, o lejos de su centro de atención médica (MINSAL, 2017).

En Chile existen algunos factores de desarrollo tecnológico que podrían facilitar el uso de la tecnología para dar atención a las necesidades de salud de la población. De acuerdo con

reportes del acceso y utilización de internet en la población, se destaca que Chile es un país con mayores avances en el uso de internet si es que se compara con los demás países de América Latina y de la comunidad de Estados Independientes, reportándose que el uso y acceso habría aumentado desde un 87,4 % el año 2017, a un 92,4 % de la población el año 2019 (Internet World Stats, 2020; Subsecretaría de Telecomunicaciones de Chile, 2017;).

Teletrabajo y psicoterapia a distancia.

Bermejo Mercader (2001) habría señalado que en estos tiempos en que se ha mantenido un mayor desarrollo del uso y acceso de internet y las telecomunicaciones, aumentaría la posibilidad de recibir atención a distancia en algunos casos. Este tipo de terapia parece tener efectos comparables con la terapia tradicional (presencial), pudiendo contribuir además a reducir los costos con resultados similares, permitiendo un trabajo de calidad (Strom, 2003). Lo anterior ha hecho que países como Holanda, Australia y Reino Unido hayan establecido esta metodología de trabajo en la salud pública (Gieselmann et al., 2015; Topooco et al., 2017; Titov et al., 2015; NICE, 2006) y que en Alemania se esté trabajando actualmente en las regulaciones para permitir este tipo de trabajo (Maercker et al., 2015; Apolinário-Hagen, Frische, Bierhals, & Salewski, 2018). Paralelamente a la emergencia creciente de la atención por estas vías tecnológicas, distintas organizaciones que trabajan en salud mental han ido desarrollando los principios que deben regir las prácticas recomendables para ofrecer terapia a través de este medio (American Counseling Association, 2005; American Psychological Association, 1997; International Society for Mental Health Online, 2000).

A pesar de que la teleterapia podría tener efectos similares a los de la terapia psicológica tradicional, promoviendo una menor estigmatización de los trastornos mentales (Berger, 2015), destaca que en Chile y Latinoamérica su uso es menor (González, 2008). Probablemente la baja aceptabilidad y la escasa intención de uso por parte de la población podría ocasionar una barrera para lograr el potencial de este tipo de enfoques basados en la telemedicina (Klein y Cook, 2010; Mohr, Riper y Schueller, 2018). De acuerdo con lo anterior, esta investigación tiene por objetivo, poner a disposición un instrumento que permita evaluar el grado de aceptación de estas modalidades de atención intermediadas por las tecnologías, específicamente la teleterapia psicológica, contribuyendo así a los desafíos

propuestos por el Ministerio de Salud en cuanto a la búsqueda de mecanismos para un mayor acceso de la población a la atención psicoterapéutica. Para esto se propone adaptar y estudiar las propiedades psicométricas del test “E-therapy attitudes measure” (ETAM) desarrollado en Alemania por Apolinário-Hagen, Harrer, Kählke, Fritsche, Salewski y Ebert (2018).

De acuerdo con Barrientos (2003) la telemedicina es el uso de información electrónica y tecnológica en la comunicación con el(la) consultante, que tiene como propósito propiciar y desarrollar cuidados de su salud a distancia. Así, existe amplia evidencia que el uso de tecnologías en este tipo de asistencias médicas potencia el anonimato y la intimidad por parte de los usuarios, facilitando la sinceridad y desinhibición en la relación terapéutica (Berger, Wagner, & Baker, 2005; Jones, Staples, Coker, & Harbach, 2004; Suler, 2004), no evidenciándose diferencias significativas entre la alianza de trabajo construida en el desarrollo de una terapia tradicional y la que se genera a través de medios electrónicos (Klein, Richards, y Austin, 2006; Knaevelsrud y Maercker, 2007).

En una revisión sistemática desarrollada el año 2012 respecto de la psicoterapia y sus resultados, se habría concluido que la relación que se genera entre la alianza terapéutica y los resultados posteriores de los pacientes atendidos vía online sería similar a la relación que se crea entre esas dos variables en la terapia tradicional presencial (Sucala et al., 2012). Asimismo, en un metaanálisis se destacaría que mediante esta metodología los usuarios reportarían múltiples ventajas que perciben de la terapia, como son: la conveniencia producto de la adecuación a sus horarios con diversas responsabilidades; el bajo costo a propósito de poder realizar las terapias en casa; y la privacidad, entre otras cosas. Además, señalarían que los usuarios mantendrían una mayor adherencia y satisfacción con este medio (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy & Titov, 2010). De igual forma, Ye y colaboradores (2014), quienes desarrollan una revisión sistemática y metaanálisis de investigaciones que exploran este tipo de trabajo terapéutico, concluyen que la teleterapia contribuiría a un mayor acceso a la población, con resultados de calidad en la salud mental de pacientes adultos, teniendo costos menores tanto para la organización como para los clientes, minimizando el tiempo requerido en viajes y en recursos como lo son las oficinas. Reportan también que las intervenciones basadas en internet tratarían de manera efectiva los síntomas de los trastornos ansiosos, comparado con no tener una intervención y con una terapia tradicional.

De acuerdo con diversos estudios desarrollados en el mundo, esta metodología de trabajo habría exhibido un desarrollo eficiente y efectivo en diversos trastornos psicológicos, entre los que se destacan aquellos que más se presentan en Chile, como lo son: los trastornos depresivos (Andersson, et. al., 2004; 2005; Mallen, 2005); trastornos ansiosos (Andersson, et al., 2006; Bouchard, et al., 2004; Bouchard, et al., 2000; Klein y Richards, 2001; Newman, Erickson, Przeworski, y Dzus, 2003; Spek, et al., 2007; Taylor y Luce, 2003; Mallen, 2005); trastornos por dependencia a alguna sustancia (Bermejo, 2001; Patten et al., 2006; Ondersma, Svikis, y Schuster, 2007); y trastornos alimentarios (Cunningham, et. at., 2005; Tate, Jackvony y Wing, 2006; Ruggiero et al., 2006), entre otras patologías tratadas de manera óptima si se compara con listas de espera o con terapias tradicionales cara a cara.

Actitud frente a la búsqueda de terapia.

A pesar de la evidencia sobre la efectividad de este tipo de terapia para tratar diversos trastornos, es importante considerar lo mencionado por Mohr, Riper y Schueller (2018), quienes destacan que paralelamente existe una baja aceptabilidad e intención de uso por parte de la población, factor que podría influir en el desarrollo del máximo potencial de estas intervenciones. Entonces, ¿cómo es que las personas deciden tener la intención de acudir a asistencia psicológica? De acuerdo con Eisenberg, Downs, Golberstein y Zivin (2009), los individuos adoptan un proceso que comienza con experimentar algún problema en su salud, asociado en este caso con algún sufrimiento. Luego de esto, comenzarían a percibir la necesidad de buscar ayuda profesional. En un tercer paso, evaluarían los costos y beneficios que puede traer el tratamiento a sus vidas y, finalmente, se movilizarían para elegir algún tipo de ayuda. En este proceso, la evidencia indica que entre las variables que se asocian e intervienen con en el resultado final, se encuentran las actitudes, creencias y expectativas respecto a lo que se conseguirá. De estas, las actitudes que tienen las personas sobre la asistencia psicológica y sus características, constituyen predictores importante para la búsqueda de terapia, como la estigmatización de las enfermedades mentales y la atención especializada (Bathje & Pryor, 2011; Cheng, Kwan, & Sevig, 2013; Rojas- Vilches, Negy, & Reig-Ferrer, 2011) y la preferencia y congruencia de la terapia elegida de acuerdo a las creencias del paciente, aspectos que influirán en los resultados de la intervención (Berg, Sandahl, & Clinton, 2008). En este proceso, luego de haber percibido el tratamiento como

beneficioso para tratar su problemática (Fisher et al., 1982) y el paciente consigue un tratamiento coherente con lo que buscaba, se generarán una serie de efectos beneficiosos, tales como, una alianza terapéutica fuerte, adherencia al tratamiento prolongada y obtención de buenos resultados (Elkin et al., 1999) independientemente de la edad, el género, la etnia, el nivel educacional, y el estado marital de los consultantes (Swift & Callahan, 2013).

Actitudes hacia la psicoterapia por internet.

Respecto a las actitudes que tienen los pacientes en relación con las psicoterapias basadas en la tecnología, Apolinário-Hagen y cols (2017, 2018a, 2018b) han desarrollado un cuestionario para medir esta variable en la población alemana, buscando explorar con más detalle la intención que tienen los usuarios para elegir esta metodología de trabajo. De esta manera, el año 2018 modifican el cuestionario que habían diseñado en primer lugar el año 2017, incorporando ítems que evaluaran la preocupación por parte de los usuarios respecto a la seguridad de sus datos, los beneficios de acceder anónimamente, el riesgo percibido de malentendidos, y el desigual acceso para poblaciones desfavorecidas, retirando 2 ítems del antiguo cuestionario, dejando esta última versión compuesta por 17 ítems que se enmarcan en 2 dimensiones referidas a la utilidad percibida y la comparación con otros tipos de trabajos.

Así, Apolinário-Hagen y cols (2018a) diseñan la prueba *E-therapy attitudes measure (ETAM)* basándose en la teoría unificada de aceptación y uso de la tecnología (Venkatesh, Morris, Davis, & Davis, 2003), y entendiendo el constructo de actitudes hacia las terapias basadas en internet como la suma de las evaluaciones negativas, neutrales o positivas sobre un objeto, situación o entorno psicológico. Asimismo, junto a esta construcción, los autores señalan que proporcionarían un importante papel en la adopción y aceptación de este tipo de intervenciones basadas en la tecnología, pudiendo generar una guía para lograr superar las limitaciones en la aceptabilidad que puedan tener las personas. Chile en la actualidad no mantendría un instrumento que mida las actitudes que tienen los pacientes respecto a la utilización de esta metodología, sin embargo, incluir esta vía de intervención se encontraría vinculado a los desafíos propuestos por el MINSAL (2017) en el último plan nacional de salud mental.

Desde la teoría en la que está basada el cuestionario desarrollado por Apolinário-Hagen y cols (2018a), se destaca que el constructo estaría compuesto por cuatro categorías principales para evaluar la intención del individuo respecto al uso de este tipo de metodología, entre las que se encontrarían: expectativa de desempeño; expectativa de esfuerzo; influencia social; y condiciones facilitadoras. De estas categorías, los autores enfatizan que la expectativa de desempeño sería el factor que en mayor medida predeciría la intención de la persona de solicitar ayuda por esta vía (Apolinário-Hagen et al., 2018a), lo cual ha sido informado anteriormente por otras investigaciones (Venkatesh, et, al., 2003).

Asimismo, los hallazgos reportados en Alemania al usar el cuestionario (Apolinario-Hagen et al, 2018b), reportan que habría otros determinantes asociadas a la intención de uso de servicios de salud mental vía online, como son variables sociodemográficas, como la edad y lugar de residencia, y otras como uso de internet para obtener información sobre salud mental, utilización previa de terapias online, historial de enfermedades mentales, experiencias de búsqueda de ayuda anteriores, conocimiento previo sobre esta metodología de tratamiento, rasgos de personalidad y estrés percibido respecto al malestar que padecen.

En ese sentido Apolinário-Hagen y cols (2017) habrían encontrado una correlación significativa a nivel positivo entre estrés percibido de las personas y las actitudes que pudiesen tener estos frente a la teleterapia. Por otra parte, en trabajos de Musiat y cols (2014) se señalaría que quienes reportan una mayor sintomatología depresiva también verían reducida su capacidad para buscar ayuda mediante la terapia por internet. En relación con el estilo de apego se describiría que aquellos que presentan un estilo más bien ansioso tenderían a aumentar su búsqueda de ayuda y percepción del estrés mientras que aquellos que manifiestan un estilo predominante evitativo tenderían a negar el estrés y por ende disminuir su capacidad de buscar ayuda (Apolinário-Hagen y cols, 2016).

De esta forma, el objetivo general de este trabajo sería traducir, adaptar y validar el cuestionario “e-therapy attitudes measure (ETAM)” para la población chilena, desprendiéndose los siguientes objetivos específicos: (a) evaluar validez de contenido; (b) estimar la validez de constructo; (c) estimar los indicadores de confiabilidad; y (d) valorar validez convergente y discriminante.

Método.

Diseño y participantes.

El estudio utilizó un diseño cuantitativo mediante la aplicación de un cuestionario autoadministrado. El universo para el cual estuvo dirigida esta adaptación transcultural corresponde a la población de personas mayores de 18 años, de las distintas comunas de Chile. Para una primera aplicación de la versión piloto que pretendía desarrollar el ajuste semántico y cultural del cuestionario, la muestra estuvo compuesta por 30 sujetos, mientras que para el desarrollo del estudio formal la muestra estuvo compuesta por un total de 173 personas de distintas regiones de Chile considerando la naturaleza confirmatoria del análisis (Hinkin, 1995).

Se utilizó un muestreo no probabilístico de conveniencia para ambos procedimientos, ya que se seleccionó la unidad muestral en base a criterios subjetivos acorde a los objetivos planteados. Es decir, se escogió de forma deliberada, mediante redes sociales, a los individuos que compartieran las características señaladas de la población, rango etario (18 a 60 años) de distintos niveles socioeconómicos (bajo, medio bajo, medio alto y alto), tanto hombres como mujeres, de nacionalidad chilena y que habiten en Chile.

Instrumentos.

El instrumento de estudio correspondió a una encuesta la cual, según Cea d' Ancona (1996) está definida como la aplicación de un procedimiento estandarizado para recabar información (oral y escrita) de una muestra de sujetos. La encuesta seleccionada fue un cuestionario el cual consta de una lista de preguntas cerradas y estandarizadas, de carácter anónimo, además de contar con una sección de antecedentes sociodemográficos.

1. Preguntas demográficas.

El cuestionario incluyó preguntas sobre nacionalidad, sexo, edad, estado civil, nivel educacional del sostenedor del hogar y del entrevistado, ocupación principal, lugar de residencia, tiempo semanal de uso de internet, tener conexión a internet en la casa, percepción de habilidad en la utilización de internet, uso de internet para obtener información sobre salud mental, utilización previa de terapias online, diagnóstico de enfermedades mentales,

búsqueda de ayuda en salud mental anterior; y, previo conocimiento sobre esta metodología de tratamiento en salud mental (Apolinário-Hagen et al., 2018a; 2018b).

2. Test “E-therapy attitudes measure” (ETAM).

Desarrollado y modificado en Alemania por Apolinário-Hagen y cols (2018a), pretende evaluar las actitudes que tienen las personas frente a las terapias en modalidad online. En la actualidad sería utilizado solamente en aquel país. Cuenta con 17 ítems, evaluados en una escala Likert de 0 (*totalmente en desacuerdo*) a 4 (*totalmente de acuerdo*). Presenta dos factores: (a) utilidad percibida y (b) ventaja en relación con la terapia cara a cara. Un resultado de 1.5 podría interpretarse como una actitud negativa; entre 1.5 y 2.5 como neutral; y mayor a 2.5 como una actitud positiva hacia la terapia online. El Alpha de Cronbach para la escala total es de 0.92, y las cargas factoriales del análisis factorial exploratorio pueden observarse en el anexo D.

3. Escala de estrés percibido (PSS-10).

Cuestionario construido inicialmente por Cohen, Kamarck & Mermelstein (1983), cuenta con versiones de 14, 10 y 4 ítems. En Chile se ha validado tanto de su versión de 14 ítems como la que contiene 10 ítems (Tapia et al., 2007; Calderón, et al., 2017), presentando una confiabilidad de 0.79. Es un instrumento de autoinforme que está orientado a medir como única dimensión el nivel de estrés percibido durante el último mes. La versión por utilizar consta de 10 ítems con un formato de escala Likert de 5 puntos ($0 = \textit{nunca}$, $1 = \textit{casi nunca}$, $2 = \textit{de vez en cuando}$, $3 = \textit{a menudo}$, $4 = \textit{muy a menudo}$). Esta versión estaría compuesta por 2 factores: el primero sería análogo a una dimensión de “desamparo”; y el segundo factor correspondería a autoeficacia percibida.

4. Cuestionario de depresión PHQ-9.

Se utilizó la prueba Patient Health Questionnaire (PHQ; Spitzer, Kroenke, & Williams, 1999), en la versión de breve de 9 ítems validada en Chile (PHQ-9; Baader et al., 2012). Consta de 9 ítems que evalúan la frecuencia de aparición de síntomas, en una escala Likert de 4 puntos, que varía desde 0 (*nunca*) a 3 (*todos los días*). La confiabilidad de la escala es aceptable con un Coeficiente Alpha de 0.84 (Baader, et al, 2012). El punto de corte sugerido es entre 8-11 (Manea, Gilbody, & McMillan, 2012).

5. Cuestionario de apego (ECR).

Se empleó la escala Experiences in Close Relationships (ECR; Brennan, Clark, & Shaver, 1998), en su versión breve adaptada para Chile por Guzmán, Rivera, Bassard, Spencer y Lafontaine (2020). Contiene dos escalas, ansiedad y evitación con 6 reactivos cada una, puntuados en una escala Likert de 1 (*no me representa para nada*) a 7 (*me representa totalmente*). Esta versión presenta buenas propiedades psicométricas reproduciendo la estructura de dos factores y con índices de consistencia interna adecuadas, superiores a 0.80.

Dado que el grado de aceptación de la teleterapia puede verse influida por la actitud general hacia la psicoterapia, independientemente del medio, se controlará esta variable, mediante la aplicación de una pregunta general, donde los participantes informan sobre su grado de acuerdo con la afirmación "en el caso de presentar problemas de salud mental duraderos, uno debería, al igual que las enfermedades físicas, buscar ayuda profesional" evaluada en una escala Likert que va desde 0 (*totalmente en desacuerdo*) hasta 4 (*totalmente de acuerdo*). Esta pregunta ha sido utilizada en estudios anteriores realizados con el mismo fin (Apolinário-Hagen, Fritsche et al., 2018).

Procedimiento.

En primer lugar, los participantes fueron reclutados a través de internet, mediante invitaciones difundidas en redes sociales, como Facebook, Instagram y Twitter, de acuerdo con los criterios de inclusión, que es ser chileno mayor de 18 años. El cuestionario, tanto la versión piloto como el estudio formal, fueron administrados en línea. Se difundió el estudio en las redes mencionadas y quienes deseaban participar se contactaron con el investigador, quien les informó de los objetivos del estudio y las condiciones de participación. Previo a responder el cuestionario, los interesados tendrían a su disposición un consentimiento informado, que presentaba una breve explicación del estudio, informándoles que podían retirarse de aquella aplicación en cualquier momento, sin tener alguna consecuencia (ANEXO A y B). El cuestionario fue aplicado mediante el Software Survey Monkey, que cuenta con codificación SSL, y asegura que ninguna IP sea descargada en conjunto con los datos, para resguardar el anonimato, la confidencialidad y seguridad de la información recopilada.

En una primera fase, se procedió a la traducción y adaptación del instrumento, de acuerdo con las recomendaciones estipuladas por Guillemín (1993). Específicamente estas indican que primero se realizará una traducción por medio de 2 traductores independientes, que sean conscientes de los objetivos de este trabajo, y que conozcan los factores a evaluar. Luego de esto, otros 2 traductores alternativos, que no debían tener conocimiento de los objetivos del trabajo, ni de los conceptos subyacentes al material, realizaron una retro-traducción, considerando los ítems originales, y los traducidos anteriormente. Finalmente, un comité, formado por los traductores anteriores, y los miembros de esta investigación, concluyeron consensuadamente qué ítems mantener. De esta forma, se procedió a desarrollar una versión piloto del cuestionario, la cual según Gjersing (2010) estuvo compuesto por 30 participantes para ser considerado adecuado.

Para esta versión piloto se les pidió a los participantes que reformularan cada ítem, dejando un espacio en blanco bajo cada ítem, en el que estos debían escribir con sus propias palabras la afirmación que aparecía en cada reactivo, puesto que es una técnica que puede identificar si un ítem se entiende o no (Gjersing, 2010). De esta manera, se pretendió que aquella traducción inicial estuviese compuesta por: (a) oraciones cortas con palabras clave en cada elemento lo más simple posible; (b) una voz activa más que una pasiva; (c) sustantivos repetidos en lugar de pronombres; y (d) términos específicos más que generales (Guillemín, 1993). Luego de la aplicación de esta versión preliminar, el equipo de investigación realizó un ajuste semántico final, basado en la evidencia del estudio piloto, considerando la equivalencia operativa que este tenía, para así dar lugar al estudio formal, que contó de una muestra de 173 personas, para cumplir con los criterios mínimos para desarrollar un estudio confirmatorio, considerando tener por lo menos 10 sujetos por cada reactivo del instrumento (Hinkin, 1995).

Análisis de datos.

Los análisis de los datos descriptivos, inferenciales y correlacionales fueron desarrollados a través del Software estadístico R (Beaujean, 2013). En primer lugar, se realizó el análisis factorial confirmatorio, desarrollando un análisis descriptivo de los ítems y la evaluación de la normalidad multivariada y univariada para así determinar qué tipo de análisis realizar posteriormente. En ese sentido, a propósito de que los resultados

determinaron que no existía normalidad se utilizaron indicadores de ajuste robustos para determinar la adecuación de los ítems a los 2 factores propuestos desde la teoría. El ajuste del modelo a los datos fue desarrollado a través de los índices de $\chi^2(p>.05)$, CFI y TLI ($>.95 - >.90$), RMSEA ($<.06$) y RMSR ($<.08$), tomando como indicador de buen ajuste los valores descritos entre paréntesis (Hu & Bentler, 1999).

Para realizar el análisis de validez convergente y discriminante, se utilizó la correlación de Spearman, puesto que es una medida no paramétrica a propósito de los resultados en la anormalidad de los datos, permitiendo relacionar los datos numéricos de los instrumentos (*ETAM, ECR, PHQ-9 y PSS-10*).

Para estimar la confiabilidad o consistencia interna, se utilizó el análisis de Alpha de Cronbach ya que la escala es de tipo Likert. De aquí se desprendió el índice de Homogeneidad, para observar la precisión con la que el ítem discrimina entre aquellos que tienen o no tienen el atributo.

Resultados.

Análisis de contenido.

Traducción y adaptación del instrumento.

Para cumplir con el propósito de construir la versión final del instrumento, la cual fue traducida y adaptada al español a nivel lingüístico y cultural, se tomó en consideración las fases detalladas con anterioridad, las cuales pretendían en primer lugar traducir el cuestionario original por medio del juicio de expertos, y posteriormente desarrollar la versión piloto en la que participaron 30 sujetos. Al finalizar ambos procesos se realizaron algunas modificaciones en ítems que presentaban dificultades en su comprensión, pudiendo llegar finalmente al instrumento a ser aplicado dentro del estudio formal. De esta manera, el resultado del ajuste semántico de cada uno de los ítems se describe a continuación:

- Ítem 1: “las terapias por internet son modernas y están de acuerdo con los tiempos actuales”.

- Ítem 2: “en el futuro las terapias por internet reemplazarán la psicoterapia convencional realizada en forma presencial cara a cara”.
- Ítem 3: “la terapia por internet es más compatible con el trabajo y la vida personal que la terapia convencional realizada cara a cara”.
- Ítem 4: “me da igual si la psicoterapia se lleva a cabo por Internet o en forma presencial en una oficina o clínica”.
- Ítem 5: “las terapias por internet permitirán llegar a más personas con problemas de salud mental”.
- Ítem 6: “los sistemas de salud deberían cubrir los costos de las terapias realizadas por internet”.
- Ítem 7: este reactivo inicialmente habría sido descrito de la siguiente manera “los programas de terapia impartidos por internet son tan eficaces como las psicoterapias convencionales cara a cara”, sin embargo, a propósito de las respuestas de los participantes, se decidió cambiar el término “terapia” por “psicoterapia”, puesto que terapia podría ser entendido aludiendo a otros tipos de terapias, y por ende tender a comparar entre otro estilo de terapia y la psicoterapia propiamente tal.
- Ítem 8: “la confianza en un terapeuta se puede construir con la misma facilidad en internet que en la psicoterapia convencional cara a cara”.
- Ítem 9: inicialmente se habría construido de la siguiente manera “las terapias por internet son una alternativa apropiada a la psicoterapia convencional cara a cara”, no obstante, al igual que con el ítem 7, se decidió adaptar el término “terapias” por “psicoterapia”.
- Ítem 10: en primera instancia se estipuló “en caso de presentar problemas de salud mental, asistiría a una terapia por internet” y luego se modificó “terapia” por “psicoterapia”.
- Ítem 11: por las mismas razones de los reactivos anteriores, se decidió variar “terapia” por “psicoterapia”, quedando de la siguiente manera: “preferiría una psicoterapia realizada por internet a una psicoterapia presencial cara a cara”.
- Ítem 12: “las psicoterapias por internet permitirán llegar a más pacientes y ayudarles”.

- Ítem 13: “no me preocupa particularmente el resguardo de la información que puedo proporcionar en las psicoterapias realizadas por internet”.
- Ítem 14: en una primera instancia se habría desarrollado de la siguiente manera: “el anonimato en las terapias por internet disminuye el umbral para hablar abierta y honestamente sobre temas importantes”, sin embargo, luego se pesquisó que a los participantes les resultaba confusa la comprensión del reactivo, así que se decidió redactar de otra manera el ítem, quedando finalmente: “el anonimato que permiten las psicoterapias por internet facilita el hablar abierta y honestamente sobre temas importantes”.
- Ítem 15: “mediante la difusión de psicoterapias por internet las personas recibirán ayuda profesional más rápido”.
- Ítem 16: “las confusiones con el terapeuta ocurren en las psicoterapias por internet tan a menudo como en las psicoterapias presenciales cara a cara”.
- Ítem 17: “las terapias por internet son adecuadas para la mayoría de los pacientes, independientemente de sus antecedentes personales (edad, sexo, educación, etc.)”.

Análisis descriptivo.

La muestra estuvo compuesta por 173 participantes. Así, de las 197 personas que ingresaron al enlace del cuestionario, 24 sujetos no respondieron por completo la evaluación total, por lo que esos datos quedaron excluidos. 118 sujetos correspondían al sexo femenino (68,2 %) mientras que 55 participantes eran varones (31,8 %). La edad se encontró en un rango de 18 a 60 años, teniendo una media de 32,55 y desviación estándar de 11,57. Respecto al nivel educativo, un 85,5 % de los participantes habría referido encontrarse entre haber finalizado su enseñanza media o estudios universitarios. Dentro de las variables que se consideraron se destaca: (a) un 78,6 % habría asistido a psicoterapia con algún psicólogo alguna vez en su vida y un 22,5 % se habría encontrado en proceso psicológico en el momento de contestar; (b) un 42,2 % habría tenido asistencia psiquiátrica alguna vez en su vida y un 13,3 % se encontraba recibiendo atención psiquiátrica actualmente; (c) un 83,2 % tendría conocimiento de la existencia de las psicoterapias online, y un 30,6 % había recibido

psicoterapia por estos medios; (d) un 97,1 % tendría acceso a internet dentro de sus casas; (e) un 44 % total de muestra habría señalado utilizar entre 3 y 8 horas a la semana su conexión a internet; (f) un 91,3 % habría considerado que en el caso de presentar problemas de salud mental duraderos, uno debería, al igual que las enfermedades físicas, buscar ayuda profesional.

Análisis de confiabilidad.

Se desarrolló el análisis de Alpha de Cronbach, el cual arrojó un valor de 0,878, destacándose que, en el análisis individual de los ítems, tanto en el reactivo 6 (Alpha de Cronbach si se elimina el elemento: 0.878) como en el 13 (Alpha de Cronbach si se elimina el elemento: 0,88) se aprecia que el indicador de confiabilidad se mantiene similar o aumenta en caso de suprimirse aquel reactivo.

Análisis factorial confirmatorio.

Para evaluar la estructura factorial del instrumento se desarrolló un análisis factorial confirmatorio con método de estimación WLSMV en el paquete R. En primer lugar, se determinó su normalidad multivariada, a propósito del análisis de datos posterior, destacándose que no se encontró una normalidad multivariada entre los factores (Mardia Skewness= 2388.16, $p < .001$), por lo que se desarrollaron análisis robustos sobre la muestra.

El modelo resultante presentó adecuados índices de ajuste para los 2 factores a evaluar inicialmente con $\chi^2(118) = 222.043$, $p < .001$; CFI= 0.858; TLI= 0.836; RMSEA= 0.080 y un valor SRMR= 0.075, lo que indicaría adecuada validez para el constructo propuesto en la población. La correlación entre ambos factores sería de 0.736, $p < .001$. En la tabla 1 pueden observarse las cargas de cada uno de los ítems en su correspondiente factor.

Tabla 1. Cargas factoriales.

Ítem	Factor 1 (comparabilidad)	Factor 2 (utilidad)
8	0.741	
7	0.748	
9	0.760	
10	0.689	
11	0.684	
4	0.594	
17	0.487	
16	0.461	
2	0.458	
13	0.289	
15		0.699
12		0.675
5		0.593
14		0.583
3		0.513
1		0.506
6		0.306

Nota. Todas las cargas factoriales son significativas al nivel $p < .001$ salvo el ítem 6 ($p = .004$)

Análisis de criterio.

Para evaluar la validez convergente y discriminante se desarrolló un análisis correlacional, mediante el método de Spearman, con las variables de depresión (PHQ-9), estrés percibido (PSS-10) y estilo de apego del sujeto (ECR), las que fueron medidas con el instrumento de base (ETAM), y que puede observarse en la tabla 2. De esta forma, solo en la variable ECR evitación se aprecia un resultado significativo, no llegando a apreciarse una relación muy fuerte de todas maneras.

Tabla 2. Correlación entre variables.

	PHQ-9	PSS-10	ECR evitación	ECR ansiedad
ETAM	-0.13 (.866)	-0.16 (.836)	-.17 (.025)	.051 (.506)

Nota. Entre paréntesis, el valor de Sig. (bilateral)

Discusión.

Tomando en consideración los desafíos planteados por el MINSAL (2017) en el último plan nacional de salud mental, en el que se propone crear lineamientos de trabajo orientados a la atención psicológica por vías remotas, y teniendo en cuenta que Chile no cuenta aun con un instrumento para medir la actitud que puede presentar la población frente a este estilo de trabajo, el presente trabajo se enmarcó en traducir, adaptar y validar el cuestionario “e-therapy attitudes measure (ETAM)” para la población chilena (Apolinário-Hagen y cols, 2018a).

El índice de confiabilidad presentó un adecuado índice de .878, observándose algunas variaciones al momento de evaluarlo suprimiendo el ítem 6 y el ítem 13, que además son los reactivos que presentan las menores cargas factoriales en la evaluación del análisis factorial confirmatorio. En el anexo C se puede observar que tanto el ítem 6 (*los sistemas de salud deberían cubrir los costos de las terapias realizadas por internet*) como el ítem 13 (*no me preocupa particularmente el resguardo de la información que puedo proporcionar en las psicoterapias realizadas por internet*) se posicionan con los valores más bajos dentro su carga factorial al interior de su dimensión (Apolinário-Hagen y cols, 2018a), por lo que sería relevante prestar mayor atención a ambos reactivos. La evaluación de los indicadores de ajuste a los 2 factores en la población chilena habría presentado unos valores por debajo de lo óptimo, sin embargo, a propósito de no estar presentarse muy alejado de aquellas tasas se describiría un adecuado ajuste a las 2 estructuras establecidas con anterioridad en estudios desarrollados en Alemania referidas a la escala de utilidad percibida y comparabilidad (Hu & Bentler, 1999; Apolinário-Hagen y cols, 2018a).

Por lo tanto, la versión adaptada a la población chilena del instrumento no se comporta de manera óptima como se esperaría con los 2 factores propuestos, evidenciándose cargas heterogéneas al interior de cada factor, pudiendo inferir que en esta población podría existir otro factor a propósito de los valores bajos en cada dimensión. En ese sentido, ambos reactivos (6 y 13), se refieren al resguardo de la información y al papel que el sistema de salud mantiene frente a esta adaptación metodológica.

Por otra parte, respecto al análisis desarrollado considerando las variables depresión, apego y estrés no se comportarían de acuerdo con lo estipulado en los últimos estudios (Apolinário-

Hagen y cols, 2016; 2017; Musiat y cols, 2014), encontrándose una correlación significativa, pero de baja intensidad, solo al momento de comparar el instrumento con el factor referido a apego evitativo, en el que se esperaba una relación negativa. Esto podría deberse a que como lo estipula el MINSAL (2017) esta es una metodología que está en vías de desarrollo en Chile, y que, a propósito de la pandemia, el país se ha tenido que adaptar a esta práctica reciente dentro de la cultura, por lo que aun pocos usuarios han tenido un trabajo psicoterapéutico por medio de esta modalidad (30,6 % de los participantes). De acuerdo con los resultados, a pesar de que 83,2 % tenía conocimiento de la existencia de las psicoterapias online, solo un 30,6 % había recibido psicoterapia por estos medios. De esta manera, la poca familiaridad con este medio de trabajo podría contribuir a una disminución en la búsqueda de ayuda en materias de salud mental por esta vía, por lo que podría ser una variable que influye en estos factores evaluados de manera simultánea con el instrumento a adaptar (Apolinário-Hagen y cols, 2018b), por lo que si bien hay personas que relatan tener conocimiento sobre la psicoterapia desarrollada por vías remotas, cabría preguntar ¿qué tipo de conocimiento tienen sobre estas y de qué calidad es?, puesto que como se habría relatado en aquellos países en los que ya se estaría desarrollando esta metodología, un componente central de las actitudes que tienen frente a esta modalidad es la información sobre estas terapias (Apolinário-Hagen y cols, 2018b; Musiat y cols, 2014; Casey y cols, 2013).

Estos hallazgos evidencian cómo ha ido aumentando el conocimiento de este tipo de metodología a lo largo del año 2020, puesto que como se describía, un 92,4 % de la población chilena tenía acceso a internet, exhibiéndose un resultado similar en esta muestra con un 97,3 % (Internet World Stats, 2020), que pareciera venir en conjunto con un mayor conocimiento de la existencia de las terapias online con un 83,2 %, por lo que en ese sentido se podría comenzar a trabajar en evaluar ¿qué conocimientos sobre este tipo de modalidad podrían aumentar la aceptabilidad en esta población?, considerando que es una variable que no se controló de manera pormenorizada en este estudio, y se considera importante dentro de estudios desarrollados en Alemania y Australia, que son vanguardistas respecto a este estilo de trabajo (Apolinário-Hagen y cols, 2018b; Casey y cols, 2013).

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentra su corte transversal y cuantitativo, lo que genera una mirada más centrada en la generalidad que en describir el mundo interno de

los participantes respecto a este tema a tratar, privilegiando la validez externa por sobre la interna. Por otra parte, se considera como limitación el carácter online que tenía el proceso de selección de los participantes, puesto que puede contribuir a generar sesgo respecto a la gente que puede haber respondido el instrumento, considerando que ya desde una primera instancia el sujeto tenía que acceder a internet para contestar (Cea d' Ancona, 1996). Asimismo, otra limitación evidente es el tamaño muestral, el cual se exhibe relativamente pequeño en consideración a su naturaleza cuantitativa, así como el mayor porcentaje de mujeres participantes en el estudio. Por ende, sería relevante poder llegar a un mayor porcentaje de hombres, puesto que son quienes más resistencias tienen para buscar terapia, tanto en formato tradicional como en línea (Knechtel y Erickson, 2021), y a aquellos sujetos que no cuenten con internet en sus hogares.

Por otro lado, respecto a la edad de los participantes, la media que se exhibe es relativamente baja (32,5 años), lo que evidencia una mayor proporción de participantes que tienen una edad en la que están más familiarizados con las tecnologías, por lo que sería interesante pensar en los resultados con precaución, considerando evaluar una muestra con un rango etario más alto para otras oportunidades, puesto que se ha descrito que en la medida en que el nivel de confort con la tecnología es mayor, la valoración que se le puede dar a la psicoterapia online tendería a ser más elevada (Knechtel y Erickson, 2021), por ende podría existir un comportamiento distinto respecto a la edad que pudiesen presentar los participantes.

Más allá de sus limitaciones, este estudio contribuye a la traducción y adaptación del cuestionario de actitudes hacia la psicoterapia en Chile, lo cual puede exhibir distintos caminos de trabajo en esta área, que desde la pandemia iniciada a comienzos de 2020 habría marcado un desafío inmediato en las diversas áreas de la salud, considerando que incluir prestaciones mediante vías tecnológicas se ha planteado como un propósito relevante ya desde hace algunos años por parte del MINSAL, y que ahora se ha comenzado a desarrollar por diversos psicoterapeutas a raíz de las nuevas condiciones existentes. En ese sentido este cuestionario podría aportar como un instrumento de tamizaje respecto a las actitudes que pueden tener los usuarios de los distintos programas de salud mental desarrollados en la población chilena, para así poder tomar mejores decisiones respecto al trabajo a realizar en el área de la salud mental.

Referencias.

- American Counseling Association (2005). ACA Code of Ethics. Alexandria, VA. Autor.
- American Psychological Association. (1997). *APA statement on services by telephone, teleconferencing, and Internet*. <http://www.apa.org/ethics/stmnt01.html>
- Andersson, G., Bergstrom, J., Hollandare, F., Carlbring, P., Kaldø, V., y Ekselius, L. (2005). Internet-based selfhelp for depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187, 456-461.
- Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Ekselius, L., y Carlbring, P. (2004). Delivering CBT for mild to moderate depression via the internet. Predicting outcome at 6-month follow up. *Verhaltenstherapie*, 14, 185-189.
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmstrom, A., Sparthan, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., et al. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 677-686.
- Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P., & Titov, N. (2010) Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* 5(10): e13196. doi:10.1371/journal.pone.0013196
- Apolinário-Hagen J, Trachsel DA, Anhorn A, Holsten B, Werner V, Krebs S. (2016). Exploring individual differences in online and face-to-face help-seeking intentions in case of impending mental health problems: the role of adult attachment, perceived social support, psychological distress and self-stigma. *Journal of Health and Social Sciences* 1(3):223-240 doi:10.19204/2016/xplr24
- Apolinário-Hagen, J., Harrer, M., Kählke, F., Fritsche, L., Salewski, C., & Ebert, D. D. (2018a). Public Attitudes Toward Guided Internet-Based Therapies: Web-Based Survey Study. *JMIR MENTAL HEALTH*. doi:10.2196/10735.
- Apolinário-Hagen, J., Fritsche, L., Bierhals, C., & Salewski, C. (2018b). Improving attitudes toward e-mental health services in the general population via psychoeducational

- information material: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 12, 141–149. doi:10.1016/j.invent.2017.12.002
- Apolinário-Hagen, J., Vehreschild, V., & Alkoudmani, R. M. (2017). Current Views and Perspectives on E-Mental Health: An Exploratory Survey Study for Understanding Public Attitudes Toward Internet-Based Psychotherapy in Germany. *JMIR Mental Health*, 4(1), e8. doi:10.2196/mental.6375
- Baader M, T., Molina F, J. L., Venezian B, S., Rojas C, C., Farías S, R., Fierro-Freixenet, C., Mundt, C. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 50(1), 10–22. doi:10.4067/s0717-92272012000100002
- Barrientos, G. (2003) *¿Es ético realizar psicoterapia en el ciberespacio?* [Versión electrónica] Recuperado de psicologiacientifica.com/bv/psicología-140-1-es-es-etico-realizar-ciberterapia-en-el-espacio.html.
- Bathje, G. J., & Pryor, J. B. (2011). The relationships of public and self-stigma to seeking mental health services. *Journal of Mental Health Counseling*, 33(2), 161-177. doi:10.17744/mehc.33.2.g632039274160411
- Beaujean, A. Alexander (2013). Factor Analysis using R. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 18(4).
- Berg, A. L., Sandahl, C., & Clinton, D. (2008). The relationship of treatment preferences and experiences to outcome in generalized anxiety disorder (GAD). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81, 247–259.
- Berger, M., Wagner, T., y Baker, L. (2005). Internet use and stigmatized illness. *Social Science and Medicine*, 61, 1821-1827.
- Berger, T. (2015). *Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen*. Hogrefe, Göttingen.
- Bermejo Mercader, A. (2001). *Eficiencia y aplicación de la terapia cognitivo conductual vía Internet*. <http://psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/17/index.html>.

- Bermejo Mercader, A. (2001). *Eficiencia y aplicación de la terapia cognitivo conductual vía Internet*. <http://psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/17/index.html>.
- Bermejo, A. (2001). Valoración y aplicación de la terapia psicológica vía internet. *Interpsiquis*, 5. Recuperado de https://psiquiatria.com/psiquiatria_e_internet/valoracion-y-aplicacion-de-la-terapia-psicologica-via-internet/
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T., et al. (2004). Delivering Cognitive- Behavior Therapy for Panic Disorder with Agoraphobia in Videoconference. *Telemedicine Journal and e Health*, 10, 13-24.
- Bouchard, S., Payeur, R., Rivard, V., Allard, M., Paquin, B., Renaud, P., et al. (2000). Cognitive behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference: Preliminary results. *CyberPsychology and Behavior*, 3, 999-1007
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (p. 46–76). The Guilford Press.
- Bullock, M. (2004). Psychology and the www world. [versión electrónica]. *Monitor on Psychology*, 35, 2. Retrieved February 9, 2006 from <http://www.apa.org/monitor/feb04/sd.html>.
- Calderón, C., Gómez, N., López, F., Otárola, N., Briceño, M., (2017). Estructura factorial de la escala de estrés percibido (PSS) en una muestra de trabajadores chilenos. *Salud y Sociedad* 8 (3), 218 – 226. DOI: 10.22199/S07187475.2017.0003.00002
- Casey, L.M., Joy, A., Clough, B.A., 2013. The impact of information on attitudes toward mental health services. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 16, 593–598. <http://dx.doi.org/10.1089/cyber.2012.0515>.
- Cea D Ancona, M, A. (1996). Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social. Madrid. Editorial: Síntesis.
- Cheng, H.-L., Kwan, K.-L., & Sevig, T. (2013). Racial and ethnic minority college students' stigma associated with seeking psychological help: Examining psychocultural correlates. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 98- 111. doi:10.1037/a0031169

- Cohen, S., Kamarch, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 385-396. doi:10.2307/2136404
- Cunningham, J. A., Humphreys, K., Koski-Jannes, A., y Cordingley, J. (2005). Internet and paper self-help materials for problem drinking: is there an additive effect? *Addictive behaviors, 30*, 1517-1523.
- Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review, 66*(5), 522-541. doi:10.1177/1077558709335173
- Elkin, I., Yamaguchi, J. L., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Sotsky, S. M., & Krupnick, J. L. (1999). 'Patient-treatment fit' and early engagement in therapy. *Psychotherapy Research, 9*, 437- 541. doi: 10.1093/ptr/9.4.437.
- Fisher, E. H., Nadler, A., & Witcher-Alagna, S. (1982). Recipient reactions to aid. *Psychological Bulletin, 91*, 27-64. doi:10.1037/0033-2909.91.1.27
- Gieselmann, A., Böckermann, M., Pietrowsky, R. (2015). Internetbasierte Gesundheitsinterventionen. Evaluation aus der Perspektive von Patienten vor und während ambulanter *Psychotherapie. Psychotherapeut 60*, 433–440. <http://dx.doi.org/10.1007/s00278-015-0038-3>.
- Gjersing, L., Caplehorn, J. R., & Clausen, T. (2010). Crosscultural adaptation of research instruments: Language, setting,time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology, 10*(1). doi:10.1186/1471-2288-10-13.
- González, S. (2018). Intervención psicoterapéutica online. Una revisión de la literatura (Tesis de magister). Universidad Nacional de Colombia. Colombia.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology, 46*(12), 1417-1432. doi:10.1016/0895-4356(93)90142-n
- Guzmán-González, M., Rivera-Ottenberger, D., Brassard, A., Spencer, R., & Lafontaine, M.-F. (2020). Measuring adult romantic attachment: psychometric properties of the brief

- Spanish version of the experiences in close relationships. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 33(1).doi:10.1186/s41155-020-00145-w
- Hinkin, T. (1995). A Review of Scale Development Practices in the Study of Organizations. *Journal of Management*, (21) 967-988.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
- Inter-Agency Standing Committee (2020). *Cómo abordar la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de COVID-19*. Grupo de Referencia del IASC para la SMAPS en Situaciones de Emergencia.
- International Society for Mental Health Online (2000). *Suggested Principles for the online provision of mental health services version 3.11*. Retrieved from <http://www.ismho.org/suggestions.html>
- Internet World Stats (2020) Internet usage and population statistics for South America. Recuperado de <https://www.internetworldstats.com/south.htm#cl>
- Jones, W.P., Staples, P., Coker, J.K., y Harbach, R. (2004). Impact of visual cues in computer-mediated vocational test interpretation. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 35, 16-22.
- Klein B, Cook S. (2010). Preferences for e-mental health services amongst an online Australian sample. *Electronic Journal Applies Psychology* 25;6(1):27-38. doi: 10.7790/ejap.v6i1.184
- Klein, B., Richards, J., y Austin, D. (2006). Efficacy of internet therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 213-238.
- Klein, B., y Richards, J. C. (2001). A brief Internet-based treatment for panic disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29, 113-117.

- Knaevelsrud, C., y Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates development of a strong therapeutic alliance; a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 13.
- Knechtel, L. M., & Erickson, C. A. (2021). Who's logging on? Differing attitudes about online therapy. *Journal of Technology in Human Services*, 39(1), 24–42. <https://doi-org.pucdechile.idm.oclc.org/10.1080/15228835.2020.1833810>
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A., & Tomás, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología*, vol. 30, n° 3, 1151-1169. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>.
- Maercker, A., Hecker, T., Heim, E. (2015). Personalisierte Internet-Psychotherapie-Angebote für die posttraumatische Belastungsstörung. *Nervenarzt* 86, 1333–1342. <http://dx.doi.org/10.1007/s00115-015-4332-7>.
- Mallen, M.J. (2005). *Online Counseling: Dynamics of process and assessment* (Unpublished Doctoral dissertation). Iowa State University.
- Ministerio de Salud (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017 - 2025*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud (2018). *Modelo de gestión: Red temática de salud mental en la red general de salud 2018*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Mohr DC, Riper H y Schueller SM. (2018). A solution-focused research approach to achieve an implementable revolution in digital mental health. *JAMA Psychiatry*, 75(2):113-114. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.3838
- Musiat, P., Goldstone, P., Tarrrier, N. (2014). Understanding the acceptability of e-mental health – attitudes and expectations toward computerized self-help treatments for mental health problems. *BioMed Central Psychiatry* 14, 109. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-14-109>.
- National Institute for Clinical Excellence (2006) *Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety*. Review of Technology Appraisal 51. NICE technology 97

guidance. Accessed 2020 May 24. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/TA097guidance.pdf>.

- Newman, M., Erickson, T., Przeworski, A., y Dzus, E. (2003). Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Journal of Clinical Psychology, 59*, 251-274.
- Ondersma, S., Svikis, D. y Schuster, C. (2007). Computer- Based Brief Intervention: A Randomized Trial with Postpartum Women. *American Journal of Preventive Medicine, 32*, 231-238.
- Patten, C., Croghan, I., Meis, T., Decker, P., Pingree, S., Colligan, R., et al. (2006). Randomized clinical trial of an Internet-based versus brief office intervention for adolescent smoking cessation. *Patient Education and Counseling, 64*, 249-258.
- Rojas-Vilches, A. P., Negy, C., & Reig-Ferrer, A. (2011). Attitudes toward seeking therapy among Puerto Rican and Cuban American young adults and their parents. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 11*(2), 313-341.
- Ruggiero, K. J., Resnick, H. S., Acierno, R., Coffey, S. F., Carpenter, M. J., Ruscio, A. M., et al. (2006). Internet based intervention for mental health and substance use problems in disaster-affected populations: a pilot feasibility study. *Behavior Therapy, 37*, 190-205.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., y Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behavior therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine, 37*, 319-328.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., & Williams, J.B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Journal of the American Medical Association, 282*(18), 1737-1744
- Strom, L. (2003). *Self-help via the Internet: A new approach to psychological treatment* (Unpublished Doctoral dissertation). Uppsala University. Sweden.
- Subsecretaría de Telecomunicaciones de Chile. (2017). *IX Encuesta de Acceso y Usos de Internet*. Santiago: Brújula. Investigación y estrategia.

- Sucala, M., Schnur, J. B., Constantino, M. J., Miller, S. J., Brackman, E. H., & Montgomery, G. H. (2012). The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(4), e110. doi:10.2196/jmir.2084
- Suler, J. R. (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology and behavior the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, *7*, 321-326.
- Swift, J., & Callahan, J. (2010). A comparison of client preferences for intervention empirical support versus common therapy variables. *Journal of Clinical Psychology*, *66*, 1217–1231.
- Tapia, D., Cruz, C., Gallardo, I., & Dasso, M. (2007). Análisis de la Escala de Percepción Global de Estrés (EPGE) en estudiantes adultos de escasos recursos en Santiago, Chile. *Psiquiatría y Salud Mental*, *24*(1-2), 109-119.
- Tate, D. F., Jackvony, E.H., y Wing, R.R. (2006). A randomized trial comparing human e-mail counseling, computer-automated tailored counseling, and no counseling in an Internet weight loss program. *Archives of Internal Medicine*, *166*, 1620-1625.
- Taylor, C. B., y Luce, K. (2003). Computer- and Internet based psychotherapy interventions. *Current Directions in Psychological Science*, *12*, 18-22.
- Titov, N., Dear, B.F., Staples, L.G., Bennett-Levy, J., Klein, B., Rapee, R.M., Nielssen, O.B. (2015). MindSpot Clinic: An Accessible, Efficient, and Effective Online Treatment Service for Anxiety and Depression.
- Topooco, N., Riper, H., Araya, R., Berking, M., Brunn, M., Chevreur, K., ... Andersson, G. (2017). Attitudes towards digital treatment for depression: a European stakeholder survey. *Internet Interventions* *8*, 1–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.invent.2017.01.001>.
- Venkatesh, V., Morris, M., Davis, G., & Davis, F. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly*, *Vol. 27 No. 3*, 425-47.
- World Health Organization (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1.

Ye, X., Bapuji, S. B., Winters, S. E., Struthers, A., Raynard, M., Metge, C., Sutherland, K. (2014). Effectiveness of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, *14*(1). doi:10.1186/1472-6963-14-313

ANEXO A.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, VERSIÓN PILOTO.

Investigación: Adaptación y validación del test Actitudes hacia la Terapia por Internet

(E-therapy attitudes measure, ETAM)

Investigador Responsable: Andrés Jofré Bolarin.

Usted ha sido invitado a participar en el estudio “Adaptación y validación del test Actitudes hacia la Terapia por Internet (E-therapy attitudes measure (ETAM))” a cargo del psicólogo Andrés Jofré Bolarin y patrocinado por la profesora Diana Rivera Ottenberger, de la Escuela de psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El objeto de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

¿De qué se trata la investigación científica a la que se lo invita a participar?

El propósito general de este proyecto es desarrollar la traducción lingüística y validación del test “Actitudes hacia la Terapia por Internet (E-therapy attitudes measure, ETAM)” para la población chilena. Este cuestionario fue desarrollado en Alemania con el objetivo de evaluar las actitudes que presentan las personas frente a las terapias psicológicas realizadas vía online.

¿Cuál es el propósito concretamente de su participación en esta investigación?

El propósito de convocarle para responder el cuestionario es para ver si así ver si la traducción obtenida del test original en inglés es funcional para la población chilena. Por lo cual su respuesta ayudará a identificar posibles errores o dificultades que se puedan presentar a la hora de tomar el test.

¿En qué consiste su participación?

Su participación consiste en reformular cada reactivo del cuestionario (17 en total) en el espacio en blanco bajo cada ítem, en el que deberás escribir con tus propias palabras la afirmación que aparece en cada reactivo, para así identificar la total comprensión de cada ítem del cuestionario. Este proceso será vía online, mediante la plataforma survey monkey.

¿Cuánto durará su participación?

Su participación durará aproximadamente 10 minutos, correspondiente al tiempo que demore en reformular cada ítem del cuestionario.

¿Qué beneficios puede obtener de su participación?

Participar en esta investigación no tendrá beneficios directos para usted, pero su participación aportará de manera indirecta al conocimiento científico, en cuanto al desarrollo de un cuestionario que permita evaluar

las actitudes de la población chilena respecto a las intervenciones vía internet, que están cada vez siendo más usadas, con resultados favorables para los individuos.

¿Qué riesgos corre al participar?

Es posible que al reformular el cuestionario pueda sentir emociones positivas y negativas. Si esto ocurre, y usted siente que necesita la ayuda de algún profesional psicólogo u otro, puede contactarse con el investigador responsable del proyecto, quien le orientará respecto a la derivación de atención de un profesional de la salud mental si así lo requiriese.

¿Cómo se protege la información y datos que usted entregue?

Toda la información generada será confidencial, por lo cual las respuestas serán identificadas solamente con un número de folio y los nombres de los participantes no serán escritos en ningún cuestionario, documento o archivo multimedia. Además, se utilizará el Software Survey Monkey, que cuenta con codificación SSL, y asegura que ninguna IP sea descargada en conjunto con los datos, para resguardar el anonimato, la confidencialidad y seguridad de la información recopilada. Sus datos digitalizados serán resguardados en un archivo digital al que solo tendrá acceso mediante clave el equipo de investigación, quienes han firmado una garantía de confidencialidad. Los datos del estudio serán mantenidos durante un período de 5 años desde el momento en el que se culmina el actual proyecto en el que está participando, a propósito de que la información se utilice nuevamente. Los datos serán encriptados y guardados en un dispositivo USB, en la oficina del académico responsable, y luego serán eliminados mediante el uso de software especializado de sobreescritura de datos

¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse una vez iniciada su participación?

Usted NO está obligado de ninguna manera a participar en este estudio. Si accede a participar, puede dejar de hacerlo en cualquier momento sin repercusión negativa alguna para usted.

¿Qué uso se va a dar a la información que yo entregue?

Los resultados de esta investigación, que puedan aparecer en publicaciones científicas o congresos, solo serán presentados de manera global y anónima, sin identificar en forma individual.

¿Se volverá a utilizar la información que yo entregue?

En caso de que la información se utilice nuevamente, solo podrá hacerse con los datos anonimizados en una investigación científica, que continúe en la misma línea investigativa.

¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar al investigador responsable Andrés Jofré Bolarin de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Su

teléfono es el 9 87359495 y su email es agjofre@uc.cl, o a Diana Rivera Ottenberger al correo dvriviera@uc.cl.

Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar al Comité Ético Científico de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades. Presidenta: Sra. Inés Contreras Valenzuela. Contacto: eticadeinvestigacion@uc.cl

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

_____ **Acepto participar en la investigación.**

_____ **Acepto a recibir información si la participación en esta investigación generó sentimientos negativos que me gustaría fuesen conversados**

Firma del/la Participante

Fecha

Nombre del/la Participante

Nombre y firma de quien aplica el CI

Fecha

Nombre y firma del Investigador Responsable

ANEXO B.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, ESTUDIO FORMAL.

Investigación: Adaptación y validación del test Actitudes hacia la Terapia por Internet

(E-therapy attitudes measure, ETAM)

Investigador Responsable: Andrés Jofré Bolarin.

Usted ha sido invitado a participar en el estudio “*Adaptación y validación del test Actitudes hacia la Terapia por Internet (E-therapy attitudes measure (ETAM))*” a cargo del psicólogo Andrés Jofré Bolarin y patrocinado por la profesora Diana Rivera Ottenberger, de la Escuela de psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El objeto de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

¿De qué se trata la investigación científica a la que se lo invita a participar?

El propósito general de este proyecto es desarrollar la traducción lingüística y validación del test “Actitudes hacia la Terapia por Internet (E-therapy attitudes measure, ETAM)” para la población chilena. Este cuestionario fue desarrollado en Alemania con el objetivo de evaluar las actitudes que presentan las personas frente a las terapias psicológicas realizadas vía online.

¿Cuál es el propósito concretamente de su participación en esta investigación?

El propósito de convocarle para responder el cuestionario, es para ver si así ver si la traducción obtenida del test original en inglés es funcional para la población chilena. Por lo cual su respuesta ayudará a identificar posibles errores o dificultades que se puedan presentar a la hora de tomar el test.

¿En qué consiste su participación?

Su participación consiste en contestar algunos cuestionarios de autoreporte, ya sea vía online mediante la plataforma survey monkey, respecto a sus actitudes frente a las terapias desarrolladas vía online, sus creencias respecto a realizar nuevas tareas, sintomatología depresiva, vínculos afectivos y algunos datos sociodemográficos, como edad, utilización de internet, lugar de residencia, entre otros.

¿Cuánto durará su participación?

Su participación durará aproximadamente 15 o 20 minutos, correspondiente al tiempo que demore en contestar los cuestionarios.

¿Qué beneficios puede obtener de su participación?

Participar en esta investigación no tendrá beneficios directos para usted, pero su participación aportará de manera indirecta al conocimiento científico, en cuanto al desarrollo de un cuestionario que permita evaluar

las actitudes de la población chilena respecto a las intervenciones vía internet, que están cada vez siendo más usadas, con resultados favorables para los individuos.

¿Qué riesgos corre al participar?

Es posible que al contestar los cuestionarios pueda sentir emociones positivas y negativas, ya que se le preguntará por sus vinculaciones afectivas, y sintomatología depresiva. Si esto ocurre, y usted siente que necesita la ayuda de algún profesional psicólogo u otro, puede contactarse con el investigador responsable del proyecto, quien le orientará respecto a la derivación de atención de un profesional de la salud mental si así lo requiriese. En caso de que se detecte la presencia de síntomas depresivos que sean de riesgo para usted, se le informará al respecto al correo electrónico que nos indique, o bien vía telefónica, informándoles además sobre las instituciones de salud donde puede recibir atención.

¿Cómo se protege la información y datos que usted entregue?

Toda la información generada será confidencial, por lo cual las respuestas serán identificadas solamente con un número de folio y los nombres de los participantes no serán escritos en ningún cuestionario, documento o archivo multimedia. Además, se utilizará el Software Survey Monkey, que cuenta con codificación SSL, y asegura que ninguna IP sea descargada en conjunto con los datos, para resguardar el anonimato, la confidencialidad y seguridad de la información recopilada. Sus datos digitalizados serán resguardados en un archivo digital al que solo tendrá acceso mediante clave el equipo de investigación, quienes han firmado una garantía de confidencialidad. Los datos del estudio serán mantenidos durante un período de 5 años desde el momento en el que se culmina el actual proyecto en el que está participando, a propósito de que la información se utilice nuevamente. Los datos serán encriptados y guardados en un dispositivo USB, en la oficina del académico responsable, y luego serán eliminados mediante el uso de software especializado de sobreescritura de datos.

¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse una vez iniciada su participación?

Usted NO está obligado de ninguna manera a participar en este estudio. Si accede a participar, puede dejar de hacerlo en cualquier momento sin repercusión negativa alguna para usted.

¿Qué uso se va a dar a la información que yo entregue?

Los resultados de esta investigación, que puedan aparecer en publicaciones científicas o congresos, solo serán presentados de manera global y anónima, sin identificar en forma individual.

¿Se volverá a utilizar la información que yo entregue?

En caso de que la información se utilice nuevamente, solo podrá hacerse con los datos anonimizados en una investigación científica, que continúe en la misma línea investigativa.

¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar al investigador responsable Andrés Jofré Bolarin de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Su teléfono es el 9 87359495 y su email es agjofre@uc.cl, o a Diana Rivera Ottenberger al correo dvrivera@uc.cl.

Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar al Comité Ético Científico de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades. Presidenta: Sra. Inés Contreras Valenzuela. Contacto: eticadeinvestigacion@uc.cl

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

_____ **Acepto participar en la investigación.**

_____ **Acepto recibir información en caso de que presente síntomas depresivos que requieran cuidados profesionales, motivo por el cual los investigadores pueden contactarme vía mail o en forma telefónica, por lo cual proporciono mi correo electrónico _____ y mi número _____**

Firma del/la Participante

Fecha

Nombre del/la Participante

Nombre y firma de quien aplica el CI

Fecha

Nombre y firma del Investigador Responsable

ANEXO C.

Modelo cuestionario estudio formal.

Estimado/a participante: Gracias por su colaboración. Lea cuidadosamente las instrucciones y responda de la manera más honesta posible pues no hay respuestas correctas o incorrectas. Asegúrese de no saltarse ninguna pregunta. Recuerde que todas sus respuestas serán estrictamente confidenciales y anónimas.

1. Sexo: ___ Hombre ___ Mujer ___ Otro
2. Edad: _____ años
3. Ciudad y Comuna de residencia:
4. Estado Civil ACTUAL: Soltero(a) ___ Vive con su pareja (Casado(a)/Conviviente _____ Viudo(a)-

5. Nacionalidad: _____

6. Actividad principal		
Actualmente estoy trabajando remuneradamente	si	no
Actualmente estudio	si	no
Actualmente estoy cesante	si	no
Actualmente estoy jubilado/a	si	no

7. Categoría Ocupacional del <u>principal sostenedor del hogar</u> (es decir, la persona que MÁS recursos económicos aporta en la mantención de la casa en que vive). Ejemplo: Si vive con su pareja, entonces podría ser usted mismo o su pareja dependiendo de cuál sea el aporte económico de cada uno. Marque el número de la ocupación que más represente su situación:	
Trabajos menores ocasionales e informales (lavado, aseo, servicio doméstico ocasional, cuidador de autos, limosna, etc.)	1
Oficio menor (obrero no calificado, jornalero, servicio doméstico con contrato)	2
Obrero calificado, capataz, junior, micro empresario (kiosco, taxi, comercio menor, ambulante, etc.)	3
Empleado administrativo medio y bajo, vendedor, secretaria, jefe de sección. Técnico especializado. Profesional independiente de carreras técnicas (contador, analista de sistemas, diseñador, músico). Profesor primario o secundario	4
Ejecutivo medio (gerente o sub-gerente), gerente general de empresa media o pequeña. Profesional independiente de carreras tradicionales (médico, abogado, arquitecto, ingeniero, agrónomo, etc.)	5
Alto ejecutivo (gerente general) de empresa grande. Directores de grandes empresas. Empresarios propietarios de empresas medianas y grandes. Profesionales independientes de gran prestigio	6

8. Nivel educativo del <u>principal sostenedor del hogar</u> (es decir, la persona que MÁS recursos económicos aporta en la mantención de la casa en que vive). Ejemplos: si depende de sus padres será el que entre ellos más aporte para financiar los gastos familiares. Si vive con su pareja o solo, entonces podría ser usted mismo o su pareja dependiendo de cuál sea el aporte económico de cada uno. Marque el número del nivel educativo que representa su situación:						
Educación Básica Incompleta	Educación Básica completa	Educación Media incompleta	Educación Media completa o Técnica incompleta	Educación Universitaria Incompleta o Técnica completa	Educación Universitaria Completa	Postgrado (Master, Doctor o equivalente)
1	2	3	4	5	6	7

9. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que <u>usted</u> ha alcanzado? Encierre en un círculo el número que lo representa:						
Educación Básica Incompleta	Educación Básica Completa	Educación Media Incompleta	Educación Media Completa o Técnica Incompleta	Educación Universitaria Incompleta o Técnica Completa	Educación Universitaria Completa	Postgrado (Master, Doctor o equivalente)
1	2	3	4	5	6	7

10. Por favor responda marcando el número que corresponda a su grado de acuerdo o desacuerdo con la siguiente afirmación	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
"En el caso de presentar problemas de salud mental duraderos, uno debería, al igual que en las enfermedades físicas, buscar ayuda profesional"	0	1	2	3	4
11. Ahora queremos saber si Ud. ha recibido atención en Salud Mental					
¿Ha recibido psicoterapia con un psicólogo en algún momento de su vida?				si	no
¿Ha recibido atención por parte de un Psiquiatra alguna vez en su vida?				si	no
Actualmente está en Psicoterapia				si	no
Actualmente recibe atención Psiquiátrica				si	No
¿Ha recibido TERAPIA ONLINE? (o sea POR INTERNET)				si	No
¿Sabía Ud. que existe la TERAPIA ONLINE? (o sea POR INTERNET)				si	No

12. Ahora queremos saber sobre su uso de INTERNET		
¿Tienes conexión a Internet en tu casa?	si	no
¿Tienes conexión a Internet en su lugar de estudio o trabajo	si	no
¿Tienes un celular con Internet o teléfono inteligente (Smartphone)?	si	no

13. En una escala de 1 a 7, siendo 1 muy poco hábil y 7 muy hábil: ¿cuán hábil te sientes para manejarte en internet						
1	2	3	4	5	6	7

14. Si usa INTERNET, En promedio ¿Cuánto tiempo en horas pasa en Internet un día de semana?

TEST DE DEPRESIÓN (PHQ-9)

Durante los últimos 14 días, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?				
	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	0	1	2	3
Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	0	1	2	3
Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
Sentir falta de amor propio- o que sea un fracaso que decepcionara a si mismo/a a su familia	0	1	2	3
Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar televisión	0	1	2	3
Se muevo o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta- o se lo contrario, está tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera	0	1	2	3
Total Score _____ = _____ + _____ + _____)				

Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?	Nada en absoluto	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

TEST DE APEGO (Escala Experiences in Close Relationships).

Las siguientes afirmaciones se refieren a cómo se siente usted en sus relaciones amorosas. Nos interesa saber cómo se siente o se ha sentido en sus experiencias amorosas en general, no sólo en lo que está sucediendo en su relación actual. **Por favor, indique el grado en que cada una de las siguientes afirmaciones refleja sus sentimientos. Si usted está de acuerdo, más menos de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones, por favor escriba el número que usted le asigna, usando la siguiente escala**

	Totalmente en desacuerdo			Parcialmente de acuerdo			Totalmente de acuerdo
1. Me preocupa que mi pareja no se interese por mí tanto como yo me intereso por ella.	1	2	3	4	5	6	7
2. Me preocupa bastante la posibilidad de perder a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
3. Necesito que mi pareja me reafirme constantemente que me ama.	1	2	3	4	5	6	7
4. A veces siento que presiono a mi pareja para que muestre más sentimientos, más compromiso hacia nuestra relación.	1	2	3	4	5	6	7
5. Si no logro que mi pareja muestre interés por mí, me molesto o me enojo.	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento frustrado/a cuando mi pareja no me hace tanto caso como a mí me gustaría.	1	2	3	4	5	6	7
7. Cuando mi pareja comienza a establecer mayor intimidad, me doy cuenta que tiendo a cerrarme.	1	2	3	4	5	6	7
8. Me siento incómodo/a abriéndome a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
9. Me pongo nervioso/a cuando mi pareja logra demasiada intimidad emocional conmigo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Intento evitar establecer demasiada intimidad con mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
11. Prefiero no tener demasiada intimidad emocional con mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
12. Frecuentemente converso sobre mis problemas y preocupaciones con mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7

TEST DE ESTRÉS PERCIBIDO (PSS-10)

Respecto a las siguientes preguntas, responda ¿con qué tanta frecuencia ha experimentado las afirmaciones señaladas.	Nunca				Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado? .	0	1	2	3	4

4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

TEST “E-therapy attitudes measure” (ETAM) (Apolinário-Hagen et al, 2018a)

Por favor indique su grado de acuerdo o desacuerdo a las siguientes afirmaciones respecto al rango de 5 niveles, indicando desde 0 (totalmente en desacuerdo) hasta 4 (totalmente de acuerdo)	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
Las terapias por internet son modernas y están de acuerdo con los tiempos actuales.	0	1	2	3	4
En el futuro las terapias por internet reemplazarán la psicoterapia convencional realizada en forma presencial cara a cara.	0	1	2	3	4
La terapia por internet es más compatible con el trabajo y la vida personal que la terapia convencional realizada cara a cara	0	1	2	3	4
Me da igual si la psicoterapia se lleva a cabo por Internet o en forma presencial en una oficina o clínica.	0	1	2	3	4
Las terapias por internet permitirán llegar a más personas con problemas de salud mental	0	1	2	3	4
Los sistemas de salud deberían cubrir los costos de las terapias realizadas por internet.	0	1	2	3	4
Los programas de psicoterapia impartidos por internet son tan eficaces como las psicoterapias convencionales cara a cara.	0	1	2	3	4
La confianza en un terapeuta se puede construir con la misma facilidad en internet que en la psicoterapia convencional cara a cara.	0	1	2	3	4
Las psicoterapias por internet son una alternativa apropiada a la psicoterapia convencional cara a cara.	0	1	2	3	4
En caso de presentar problemas de salud mental, asistiría a una terapia por internet.	0	1	2	3	4
Preferiría una psicoterapia realizada por internet a una psicoterapia presencial cara a cara	0	1	2	3	4
Las psicoterapias por internet permitirán llegar a más pacientes y ayudarles	0	1	2	3	4
No me preocupa particularmente el resguardo de la información que puedo proporcionar en las psicoterapias realizadas por internet	0	1	2	3	4
El anonimato que permiten las psicoterapias por internet facilita el hablar abierta y honestamente sobre temas importantes.	0	1	2	3	4
Mediante la difusión de psicoterapias por internet las personas recibirán ayuda profesional más rápido	0	1	2	3	4
Las confusiones con el terapeuta ocurren en las psicoterapias por internet tan a menudo como en las psicoterapias presenciales cara a cara.	0	1	2	3	4
Las terapias por internet son adecuadas para la mayoría de los pacientes, independientemente de sus antecedentes personales (edad, sexo, educación, etc.)	0	1	2	3	4

ANEXO D.

Análisis factorial exploratorio, desarrollado por Apolinário-Hagen y cols. (2018a).

Multimedia Appendix 1

Factor Analyses

For e-therapy attitudes measure (ETAM), we conducted an exploratory factor analysis (EFA) using maximum likelihood (ML) as extraction method and promax (with Kaiser Normalization) as oblique rotation procedure ($n=4$). The Kaiser-Guttman criterion was applied to obtain the number of extracted factors. The suitability of data for conducting the EFA with oblique rotation was confirmed given both the results of the Bartlett sphericity test ($\chi^2_{(12)}=3320.468$, $P<.001$) and the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) index (.935) for sampling adequacy. The EFA with the modified 17-item version of the measure resulted in a 2-factor solution (see Table 3 and 4). The total explained variance for the first two factors amounted to 53.43% (unrotated sum of square factor solutions with respect to the extraction/initial eigenvalues; "factor 1" with 44.25%, and "factor 2" with 9.18% of explained variance). The rotated sums of square factor solutions were 41.36% for "factor 1," and 6.16% for "factor 2" of explained variance. The rotated sums of squared loadings were as follows: 6.39 (factor 1), and 5.80 (factor 2). The factor correlation matrix revealed an intercorrelation of $r = .693$.

Table 4. Pattern matrix of the exploratory factor analysis (EFA) for the e-therapy attitude measure.

Items of the e-therapy attitude measure	Factors ^{a,b,c}	
	1. Relative Advantage (Compatibility)	2. Perceived Usefulness (Helpfulness)
8. Trust in a therapist can be just as easily built on the Internet as in conventional face-to-face psychotherapy.	.835	-.102
7. Internet-based therapy programs are as effective as conventional face-to-face psychotherapy.	.798	+++
4. It makes no difference to me whether psychotherapy is conducted through the Internet or in a practice in a clinic.	.748	-.104
11. I would prefer an Internet-based therapy to a conventional psychotherapy.	.719	+++
9. Internet-based therapies are an appropriate alternative to conventional face-to-face psychotherapy.	.715	.145
2. Internet-based therapies will replace conventional face-to-face psychotherapy in the future.	.678	+++
10. In case of mental health problems, I would attend an Internet-based therapy.	.576	.291
17. Internet therapies are suitable for most patients, regardless of their personal background (age, gender, education, etc.)	.509	.101
16. Misunderstandings occur in Internet therapies as often as in conventional psychotherapies.	.419	+++
13. I'm not particularly worried about data security in Internet therapies.	.363	.160
5. Internet-based therapies will reach more people with mental health problems.	-.175	.914
12. Internet-based therapies will reach more patients and help them.	.108	.748
15. Through the dissemination of Internet therapies, persons will earlier get professional help	+++	.695
3. Internet-based therapy is better compatible with work and private life than conventional face-to-face therapy.	+++	.606
14. The anonymity in Internet therapies decreases the threshold to speak openly and honestly about important issues.	+++	.540

6. Health insurance companies should cover the costs for Internet-based therapies.	.215	.531
1. Internet-based therapies are modern and in line with our modern times.	.126	.522

^a Factor loadings smaller than .1 were suppressed (---).

^b Extraction method: principal axis factor analysis (maximum likelihood); rotation method: promax with Kaiser normalization. Item rotation converged in 6 iterations.

^c Mapping of items to factor: bold values indicate that the highest factor loading on a factor.

Table 5. Structure matrix of the exploratory factor analysis (EFA) for the e-therapy attitude measure.

Items of the e-therapy attitude measure	Factors ^{a,b,c}	
	1. Relative advantage	2. Usefulness or helpfulness
9. Internet-based therapies are an appropriate alternative to conventional face-to-face psychotherapy.	.816	.641
7. Internet-based therapy programs are as effective as conventional face-to-face psychotherapy.	.780	.527
10. In case of mental health problems, I would attend an Internet-based therapy.	.778	.691
8. Trust in a therapist can be just as easily built on the Internet as in conventional face-to-face psychotherapy.	.764	.476
11. I would prefer an Internet-based therapy to a conventional psychotherapy.	.743	.534
4. It makes no difference to me whether psychotherapy is conducted through the Internet or in a practice in a clinic.	.676	.415
2. Internet-based therapies will replace conventional face-to-face psychotherapy in the future.	.667	.455
17. Internet therapies are suitable for most patients, regardless of their personal background (age, gender, education, etc.)	.579	.454
13. I'm not particularly worried about data security in Internet therapies.	.474	.412
16. Misunderstandings occur in Internet therapies as often as in conventional psychotherapies.	.428	.303
12. Internet-based therapies will reach more patients and help them.	.626	.822
5. Internet-based therapies will reach more people with mental health problems.	.458	.792
15. Through the dissemination of Internet therapies, persons will earlier get professional help	.487	.699
6. Health insurance companies should cover the costs for Internet-based therapies.	.583	.680
3. Internet-based therapy is better compatible with work and private life than conventional face-to-face therapy.	.444	.623
1. Internet-based therapies are modern and in line with our modern times.	.480	.610
14. The anonymity in Internet therapies decreases the threshold to speak openly and honestly about important issues.	.337	.514

^a Factor loadings smaller than .1 were suppressed (---).

^b Extraction method: principal axis factor analysis (maximum likelihood); rotation method: promax with Kaiser normalization. Item rotation converged in 6 iterations.

^c Mapping of items to factor: bold values indicate that the highest factor loading on a factor.