



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

Actitud hacia la práctica basada en la evidencia (PBE) en psicólogos clínicos de los centros comunitarios de salud mental (COSAM) de la provincia de Santiago.

Memoria para optar al Título de Psicóloga.

Profesora Guía: Vanetza Estela Quezada Scholz.

Autoras: Lic. Bárbara Ivalú Gaete Santelices

Lic. Carolina Silvana Herrera Troncoso

Santiago, Chile 2010

Resumen

La presente investigación corresponde a un estudio exploratorio-descriptivo de tipo cuantitativo. Su objetivo fue conocer cuál es la actitud hacia la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) en Psicólogos Clínicos de los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) de la provincia de Santiago. *Metodología:* se construyó un cuestionario de actitudes de 15 reactivos distribuidos en 4 sub-escalas: Apertura, Atractivo, Requerimientos y Divergencia, basándose en los estudios de G. Aarons (2004). Éste se aplicó a una muestra aleatoria de 124 psicólogos clínicos provenientes de 20 de los 27 COSAM, pertenecientes a la red de Servicios de Salud Metropolitano. *Resultado:* Un 95.2% de los psicólogos clínicos, presenta Actitud Positiva o Muy positiva hacia la PBE. Existe una correlación positiva y significativa ($r=0.217$; $p<0.05$) entre los años de ejercicio profesional y la Escala General. *Conclusiones:* los psicólogos, presentan una actitud positiva hacia la PBE, la que tiende a aumentar a mayor cantidad de años de ejercicio profesional.

Palabras claves: Psicología Basada en la Evidencia, Actitudes, Centros Comunitarios de Salud Mental, Implementación.

Introducción

La Práctica Basada en la Evidencia (PBE), es un tema que genera mucha controversia por ser asociado al énfasis en el uso de los hallazgos científicos, sin tomar en cuenta particularidades del terapeuta, del paciente y de la relación que éstos establecen. No obstante, si bien la PBE se relaciona con el uso de hallazgos claros y consistentes derivados de la investigación, los profesionales que la usan no sólo requieren del conocimiento científico de la intervención, sino también de habilidades de pensamiento crítico y flexibilidad en la entrega de sus servicios, debido a que la

mayoría de las veces hay múltiples prácticas basadas en la evidencia entre las cuales elegir a partir de la evaluación del paciente (Gioia, 2007). Dicha elección, involucra además una serie de factores, entre ellos: las exigencias de los sistemas de atención públicos y privados de salud mental (Leal, 2009), el juicio clínico o experiencia del profesional, la evidencia que aportan las investigaciones y las preferencias del paciente, quién además se encuentra inmerso en un contexto social determinado (Llobell, Frías & Monterde, 2004). Entonces, dada la multiplicidad de factores que considera, la PBE se asemeja más a un arte que a una ciencia, sobre

todo cuando es traída a contextos de salud pública (Gioia, 2007). Por esta razón, se considerará que la definición más apropiada de Práctica Basada en la Evidencia, es “la integración de la mejor evidencia disponible, con la experticia clínica en el contexto de las características, la cultura y las preferencias del paciente” (APA, 2005 en Gioia, 2007; Sackett et al., 2000, en Leal, 2009; Thomason, 2010). Su objetivo es “difundir la aplicación de los tratamientos psicológicos que han sido sometidos a prueba científica” (Llobell, Frías & Monterde, 2004; p.5) y surge como un intento de contrarrestar los efectos negativos que un tratamiento psicológico pudiese provocar (Leal, 2009).

Por otro lado, las organizaciones profesionales de psicología se han mostrado partidarias de la implementación de la PBE en la práctica clínica, generando documentos como el de “Principios Éticos de los Psicólogos” de la American Psychological Association, El “Código Deontológico” del Colegio de Psicólogos de España, y el “Código Ético” de la American Counselling Association, donde enfatizan la responsabilidad del psicólogo como un profesional que debe ofrecer tratamientos con apoyo empírico que aseguren la validez de sus resultados, y destacan la necesidad de una formación

continua del psicólogo (Llobell, Frías & Monterde, 2004; Thomason, 2010).

No obstante, a pesar de estas indicaciones y del reconocimiento cada vez mayor de la evidencia de las investigaciones, como fundamento de decisiones clínicas, los tratamientos con la mejor evidencia no se aplican ampliamente en entornos clínicos (Nelson & Steele, 2008), siendo una característica de los Servicios de Salud Mental en general (Aarons & Palinkas, 2007). En lugar de ello, los profesionales comúnmente prefieren tratamientos con poco o ningún soporte de investigaciones, por sobre los que están mejor validados (Nelson & Steele, 2008). A esto se suman otros estudios que señalan que los psicólogos clínicos difícilmente se interesan por los resultados de las investigaciones (Poch & Ávila, 1998; en Moncada & Kühne, 2003), y en caso de hacerlo, pocos están dispuestos a modificar sus creencias o su modo de hacer la psicoterapia (Kaechele, 2000, y Beutler, Moleiro & Talebi, 2002; en Moncada & Kühne, 2003). Un ejemplo de esto, son los hallazgos encontrados por Vera-Villaruel y Mustaca (2006), donde se indica que sólo un 2,29% de la producción Argentina se dedica a validar o buscar evidencia empírica respecto a técnicas o programas de intervención terapéutica.

Esta brecha entre la disponibilidad y utilización efectiva de los tratamientos basados en la evidencia aun se mantiene amplia y constante, comprometiendo la calidad de la atención y amenazando la capacidad de los profesionales de alcanzar objetivos, tales como: la reducción de las disparidades en la salud, el bienestar familiar y el funcionamiento del individuo en la sociedad (Proctor, 2004.)

Lo anterior, sugiere además que la evidencia derivada de la investigación, no es la única consideración para la elección del tratamiento, ni siquiera la más importante, para muchos profesionales. De hecho, existen ciertas características del protocolo del tratamiento, tales como: la presencia de un manual, el número de sesiones, la flexibilidad percibida del tratamiento y si dicho tratamiento es atractivo para los colegas y para los pacientes, que influyen en la decisión de un profesional de aplicar o no un tratamiento particular, incluso sin tener en cuenta la evidencia disponible que lo apoya (Nelson & Steele, 2008).

En función de dichos hallazgos es que se han realizado estudios que buscan comprender las razones por las cuales los profesionales no adoptan estas prácticas a pesar de estar disponibles. Derivado de ello, se encontró que existe una variedad de factores, los cuales influyen en la

disposición a adoptar nuevas prácticas basadas en la evidencia (Aarons 2004, Aarons & Palinkas 2007) y por lo tanto, interfieren en el proceso de implementación de la PBE en esos mismos contextos (Aarons, 2004, 2005, 2006, Aarons & Palinkas 2007). Entre estos factores se encuentran la actitud de los terapeutas hacia la adopción de la PBE (Addis & Krasnow, 2000; Gioia, 2007), el tiempo y los recursos de los terapeutas, un entrenamiento insuficiente, la posibilidad de acceso a revistas de investigación, la existencia de incentivos para usar la PBE, supuestos de que las investigaciones de eficacia y efectividad no consideran la complejidad de los contextos de los servicios de salud mental, características de la infraestructura donde se aplicará la PBE (Proctor, 2004; Aarons & Palinkas, 2007) y una tendencia a hacer de la difusión un proceso jerárquico y unidireccional de transmisión de la investigación hacia la práctica clínica (Addis, 2002).

De aquí, se puede advertir que la implementación de Prácticas Basadas en la Evidencia, es un proceso complejo, que depende de una variedad de factores. Por lo tanto, para el uso de estas Prácticas, no basta sólo acercarse a los Servicios de Salud Mental, documentos tales como: Guías Clínicas o Manuales de Psicoterapia, que

reúnan la mejor evidencia en torno a para su uso efectivo (ver figura 1), estos

	Infraestructura de la Práctica
--	---------------------------------------

distintos tratamientos de utilidad clínica. Lo que se requiere es el establecimiento de condiciones apropiadas de: dirección, gestión, formación y motivación, para que un documento útil y bien elaborado como una Guía Clínica, sea utilizado por toda la comunidad terapéutica, y como dicen Bonfill y Marzo (2003, p. 497), “no se quede únicamente en el armario”.

Proctor (2004), en tanto, señala que la Práctica Basada en la Evidencia requiere alcanzar cuatro metas intermedias

son: identificación y acceso a PBE; aceptación y adopción de PBE, implementación de PBE; y evaluación de PBE, cada una de ellas con distintas intervenciones necesarias para su alcance, las que deben ir orientadas en función de tres ejes: (1) Investigación, (2) Formación y capacitación, y (3) Cultura organizacional (ver tabla 1). Estos ejes constituyen factores claves necesarios para el logro de cada meta intermedia.

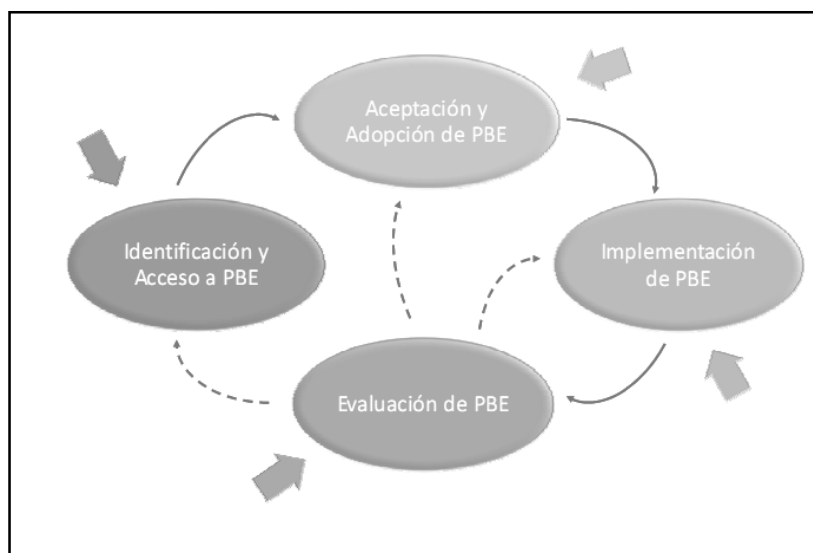


Figura 1. Metas Intermedias para los profesionales requeridas para la PBE. Nota: Las flechas gruesas denotan intervenciones requeridas para alcanzar las metas. (Proctor, 2004)

Metas Intermedias	Investigación	Formación y Capacitación	Cultura Organizacional
Identificación y Acceso a PBE	Producción de PBE Agrupación de evidencia amigables para el usuario. (Ej. Guías Clínicas)	Curriculum personal basado en la evidencia	Material electrónico o en sitios web. Supervisores informados de la evidencia.
Aceptación y Adopción de PBE	Los beneficios son claros (tamaño del efecto) La evidencia que los apoya también es clara. Las PBE son simple y claramente descritas.	Capacitación en la toma de decisiones sistemáticas. PBE ligada a los valores profesionales y normas.	La administración apoya, o ejerce presión, para la adopción de nuevos tratamientos, o para que se basen en pruebas. Recursos que sirvan de soporte para que las decisiones se apoyen en la evidencia.
Implementación de PBE	Intervenciones detalladas publicadas en estudios y Guías Clínicas. Difundir Manuales de Tratamiento.	Capacitación dirigida a habilidades específicas necesarias para la aplicación PBE.	Compromiso, conocimiento y apoyo de los supervisores. Capacitación focalizada. Incentivos y recompensas. Avisos y recordatorios.
Evaluación de PBE	Procesos de retroalimentación establecidos con la práctica	Capacitación en evaluación de resultados.	Demanda de evaluación. Soporte técnico para la evaluación. Incorporación de la evaluación en la adopción de decisiones subsecuentes.

Por su parte, Aarons, ha realizado diversas investigaciones sobre implementación de PBE en Servicios de Salud Mental Públicos en Estados Unidos (Aarons 2005, 2006, Aarons et al., 2007 y Aarons & Palinkas, 2007) y en ellos indica que es necesario

considerar una multiplicidad de factores que estarían influyendo en el proceso de implementación de la PBE, entre ellos, la actitud de los psicólogos hacia la adopción de Prácticas Basadas en la Evidencia. En dichos estudios, Aarons, encuentra que las

actitudes varían en función de ciertos factores, estos son: (1) las diferencias individuales de los profesionales, (2) el tipo de liderazgo ejercido por sus supervisores, y (3) las características del contexto donde se implementará la PBE (el clima y la cultura organizacional). Respecto a ellos, se sabe, por ejemplo, que un estilo de liderazgo transaccional o transformacional correlacionan mucho mejor con una actitud positiva hacia la adopción de la PBE que los otros estilos (Aarons, 2006). Así, si deseamos asegurar la efectividad del proceso de implementación de la PBE, uno de los esfuerzos debería ir dirigido a capacitar a los supervisores en este tipo de liderazgo, o bien a seleccionar de acuerdo a este perfil a los nuevos supervisores.

En cuanto al clima y cultura organizacional, Aarons y Sawitsky (2006) encontraron, que una cultura y un clima positivos, se asociaba más con la actitud positiva hacia la adopción de PBE, que una cultura defensiva o un clima organizacional desmoralizante (caracterizado por un alto nivel de conflicto de roles, cansancio emocional y despersonalización). Esto daría luces de otro factor a considerar al momento de intentar implementar la PBE, esto es, intentar propiciar tanto un clima como una cultura organizacional aptos para generar una actitud positiva hacia la

adopción de la PBE por parte de los profesionales.

Es decir, estudiar los factores que influyen en este proceso de implementación es crucial para que la implementación de PBE sea efectiva (Aarons 2004, 2005, 2006, Aarons & Palinkas 2007). De este modo, investigar respecto a las actitudes frente a prácticas basadas en la evidencia toma sentido, más aún si se consideran algunos de los resultados expuestos por Bados, García y Fusté (2002). Estos investigadores exponen en su artículo críticas que se han hecho hacia algunas Prácticas Basadas en la Evidencia, tales como: *“El empleo de tratamientos manualizados impide actuar con flexibilidad en la práctica clínica”* y *“los tratamientos manualizados impiden el desarrollo de las habilidades terapéuticas básicas y la formación de una buena alianza terapéutica”* (p. 492-93). En dichas críticas es posible inferir una actitud negativa hacia la PBE, lo que se confirma con un estudio de Addis y Krasnow (2000) donde uno de sus hallazgos fue una correlación positiva entre las concepciones negativas hacia los manuales de tratamiento, y las actitudes negativas hacia la adopción de los mismos.

Aarons (2004), desarrolló una Escala de medición de Actitudes hacia la Adopción de la Práctica Basada en la

Evidencia (EBPAS) (ver Anexo 1), que fue aplicada en una población de profesionales de servicios de salud mental infanto-juvenil del Estado de California, EEUU. La EBPAS, corresponde a una escala tipo Likert de 15 reactivos los que son agrupados en 4 dimensiones o Sub-escalas:

- Atractivo: grado en que la PBE atrae intuitivamente al profesional.
- Apertura: grado de apertura hacia la innovación en la práctica clínica.
- Divergencia: grado de divergencia percibida entre las intervenciones desarrolladas académicamente o basadas en la investigación, y la práctica actual del profesional.
- Requerimiento: tendencia a adoptar la PBE una vez que su uso ha sido requerido.

Para cada una de estas dimensiones existe evidencia que permite concluir que cada una de ellas es importante en la comprensión del proceso de difusión e implementación de la PBE y que representan distintos aspectos medibles de las actitudes hacia la adopción de PBE (Aarons, 2004). Respecto a la dimensión *atractivo*, la literatura señala que los profesionales están más a gusto con la información derivada de sus colegas, que con la proveniente de los artículos de investigación o libros (Cohen, Sargent, &

Sechrest, 1986; Morrow-Bradley & Elliott, 1986 en Aarons 2004). Para la dimensión *apertura*, la evidencia sostiene que La apertura a la innovación puede ser importante en el desarrollo de las características de “organizaciones que aprenden” las que son más receptivos y adaptables a las contingencias internas y del medio ambiente (Anderson & West, 1998; Birleson, 1999; Fiol & Lyles, 1985; Garvin 1993, en Aarons 2004). En relación a la dimensión *requerimientos*, investigaciones muestran que existe una variación en el grado en que los profesionales adoptan y cumplen con las nuevas prácticas, incluso cuando es requerido por la institución (Garland et al., 2003, en Aarons 2004). Esta variación individual y organizacional puede afectar el grado en que las innovaciones son adoptadas o mantenidas en la práctica (Glisson, 2002, en Aarons 2004). Por último, respecto a la dimensión *divergencia*, se ha encontrado que cuando se percibe una diferencia entre las practicas actuales y las nuevas, podría generarse un proceso de resistencia, derivado de un escepticismo respecto de las nuevas prácticas (Aarons, 2004).

La EBPAS, fue sometida a un estudio confirmatorio utilizando una muestra más amplia y diversa (Aarons et al., 2007), donde se corroboró su validez y

confiabilidad en la medición de las actitudes hacia la adopción de la Práctica Basada en la Evidencia en el Servicio de Salud Pública. Por esta razón es que fue usada como base en la presente investigación.

Al hacer una revisión a nivel nacional se puede observar que el panorama es poco favorable. Los estudios de la práctica psicológica y terapéutica en general, revelan que si bien los psicólogos prefieren (Vera-Villarroel & Yáñez-Galecio, 2000, en Moncada & Kühne, 2003) y se dedican más a la psicoterapia o la psicología clínica (Marassi & Reyes, 2001; en Moncada & Kühne, 2003), sólo el 16% de las tesis para optar al título de psicólogo (Moncada, Parra & Lara, 1997, en Moncada & Kühne, 2003) y el 5% de las investigaciones publicadas en revistas, es decir, 13 artículos hasta diciembre de 2001 (Ortiz & Vera-Villarroel, 2003), corresponden a investigaciones en psicoterapia y psicología clínica aumentando a sólo 23 al primer semestre de 2005 (Vera-Villarroel & Mustaca, 2006); además, existe un bajo número de investigaciones focalizadas en el análisis de la eficacia de intervenciones terapéuticas y, por otro lado, éstas no cumplen con los criterios necesarios para validar la eficacia de un tratamiento (Ortiz & Vera-Villarroel, 2003). No obstante, a

pesar de esta escases, hay investigadores como Vera-Villarroel, Moncada, Kühne, Yáñez-Galecio, Ortiz, Scharager y Molina, entre otros, que se preocupan de mantener la investigación en Psicología Clínica, o bien mantener a los clínicos al tanto de la situación de la investigación en Chile (Stevens & Méndez, 2007; Vera-Villarroel & Mustaca, 2006; Moncada & Kühne, 2003). Situación similar, ocurre al estudiar el uso que hacen los psicólogos de las investigaciones publicadas. Moncada y Kühne (2003) encontraron que muy pocos psicólogos leen las investigaciones publicadas para guiar su práctica, a pesar de que consideran que las investigaciones y sus resultados son útiles para la práctica clínica (Moncada & Kühne, 2003).

Por otro lado, en contraste con los "Principios Éticos de los Psicólogos" de la American Psychological Association, El "Código Deontológico" del Colegio de Psicólogos de España, y el "Código Ético" de la American Counselling Association, el Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos de Chile (1999), hace referencia a la actualización profesional en términos más generales, manifestando solo la necesidad de un esfuerzo por parte del psicólogo, por la actualización en forma permanente en el conocimiento y uso de instrumentos y/o procedimientos de diagnóstico y tratamiento, para asegurar su

competencia en su ejercicio profesional, sin hacer referencia a un apoyo empírico.

A pesar de este panorama, existen esfuerzos provenientes desde el MINSAL, orientados a implementar la PBE por medio de la elaboración de Guías Clínicas basadas en la evidencia, las que son implementadas en los Servicios de Salud Pública y se encuentran accesibles a toda la población de Clínicos del país. Actualmente, en concordancia con las prioridades establecidas en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2003), se han publicado en una primera etapa tres Guías Clínicas que entregan recomendaciones para el abordaje de la Dependencia de Alcohol y Drogas, el tratamiento de la Esquizofrenia y el tratamiento de la Depresión. Estas Guías son además parte del programa de Garantías Explícitas en Salud (GES). En una segunda etapa serán publicadas dos nuevas guías que estarán dirigidas al Diagnóstico y Tratamiento del Abuso Sexual Infantil y del Trastorno Hiperactivo Infantil (A. Caprile y P. Narváez, comunicación personal, 14 abril, 2010), todas ellas pretenden orientar el quehacer del psicólogo a la hora de enfrentarse a una de estas situaciones y, a pesar de que éstas no cuentan con un carácter de obligatoriedad (Griffell, Carbonell & Infesta, 2002), se espera que sean utilizadas por

toda la comunidad terapéutica. El sistema de salud ya se encuentra trabajando con las guías GES, sin embargo hasta el momento no se ha realizado ningún estudio respecto al funcionamiento ni al impacto que estas guías han tenido en el Sistema de Salud Pública (A. Caprile y P. Narváez, comunicación personal, 14 abril, 2010).

En vista de lo anterior, se desprende que en Chile, también existe una brecha entre la investigación y la práctica, incluso menos favorable que el panorama internacional, lo que podría llegar a ser un importante problema de salud pública. Por tal razón, es relevante estudiar cual es la actitud que los profesionales tienen hacia la Práctica Basada en la Evidencia, tanto para saber cuál es la recepción, por ejemplo, que tienen las Guías Clínicas elaboradas por el MINSAL, como para conocer si la actitud podría interferir en el uso de PBE. De este modo, conocer las actitudes de los terapeutas que utilizarán la PBE, es útil para realizar un diagnóstico y tener luces de qué tipo de estudios y esfuerzos se podrían realizar antes de la implementación, para asegurar que ésta sea efectiva, ya que ellos son el nexo entre la investigación, la práctica y el bienestar del paciente (Gioia, 2007) y quienes finalmente determinarán qué manuales

realizan contribuciones útiles para la práctica clínica (Addis & Krasnow, 2000).

Por tanto, en virtud de la influencia que ejercen las actitudes sobre la conducta de las personas, y su utilidad en cuanto a la posibilidad de hacer diagnósticos del contexto y obtener orientaciones respecto a qué tipo de esfuerzos realizar antes de la implementación de una PBE, es que la presente investigación, basándose en los estudios de Gregory Aarons y en la EBPAS, intentará responder a la pregunta ¿Cuál es la Actitud hacia las Prácticas Basadas en la Evidencia (PBE) en psicólogos clínicos de los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) de la provincia de Santiago?. Como *objetivo general* busca conocer la Actitud hacia las Prácticas Basadas en la Evidencia (PBE) en Psicólogos Clínicos de los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) de la provincia de Santiago y como *objetivos específicos*: (1) Describir la variable Actitud en función de las distintas sub-escalas, (2) Establecer si hay diferencia en la variable actitud entre los distintos Servicios de Salud Metropolitanos, (3) Determinar si existe correlación entre: (a) entre la variable actitud y la variable edad y (b) la variable actitud y la variable años de ejercicio profesional. En función de la literatura revisada, la hipótesis de esta investigación

es que “los psicólogos clínicos de los Centros Comunitarios de Salud Mental de la provincia de Santiago (COSAM), presentan una actitud negativa hacia las Prácticas Basadas en la Evidencia (PBE)”. Se espera con ello, llenar un vacío de conocimiento respecto a esta temática en Chile y conocer parte del contexto en el que se implementan las Guías Clínicas para contribuir a la efectividad del proceso de implementación de éstas y futuras guías, y con ello nutrir los esfuerzos del MINSAL por mejorar la calidad de la atención pública.

Metodología

La presente investigación, corresponde a un estudio exploratorio y descriptivo de tipo cuantitativo, realizado con una muestra aleatoria de 124 psicólogos clínicos (inicialmente eran 131 pero 7 fueron eliminados, porque no contestaron alguno de los ítems del cuestionario). Los que representan un 58.63% de la población total (error muestral=0.03). La muestra proviene de 20 de los 27 Centros de Salud Mental (COSAM) de la provincia de Santiago, los que representan un 74,1% (error muestral=0.057) del total. Para efectos del análisis se agruparon en función de los Servicios de Salud Metropolitano al que pertenecen (ver Tabla 2). Las edades de

los psicólogos fluctúan entre los 23 y 54 años de edad, y los años de ejercicio profesional entre 1 y 27 años. Respecto al tiempo de experiencia que presentan en Sistemas de Salud Pública, éste fluctúa entre los 10 meses y los 24 años de experiencia, mientras la experiencia en Sistema de Salud Privada, se encuentra entre los 0 y los 25 años.

SERVICIOS DE SALUD

	Frecuencia	Porcentaje %
Servicio de Salud Norte	24	18,6%
Servicio de Salud Oriente	21	16,3%
Servicio de Salud Sur Oriente	22	17,1%
Servicio de Salud Sur	10	7,8%
Servicio de Salud Occidente	30	23,3%
Servicio de Salud Centro	22	17,1%
Total	129	100,0%

Tabla 2: Distribución de la Muestra según Servicios de Salud

De los 124 psicólogos, un 97,6% encuentran adscritos a algún Programa de realiza atención individual y un 88,7% realiza atención grupal (Ver Tabla 3). Además, la mayoría de los psicólogos se

encuentran adscritos a algún Programa de Salud Mental, lo que se observa en la Tabla 4.

FRECUENCIA SEGÚN TIPO DE ATENCIÓN

	Nº Psicólogos	Porcentaje
Atención Individual	121	97,6
Atención Grupal	110	88,7

Tabla 3: Distribución de la Muestra según Tipo de Atención

Instrumento

Se construyó una Escala de Actitudes tipo Likert, elaborada a partir de

la escala EBPAS realizada por Gregory A. Aarons (2004), destinada a la medición de las Actitudes hacia la Práctica Basada en

la Evidencia en psicólogos clínicos de los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM).

En una primera instancia, un total de 40 ítems fueron sometidos al Juicio de 5 Expertos para su validez de contenido. Derivado de ello, se seleccionaron 15 ítems mejor evaluados, los que conformaron el cuestionario final. Posteriormente, se sometió a una prueba piloto en la que se utilizó una muestra con reposición de 20 psicólogos de dos COSAM de distintas zonas de la Provincia

de Santiago, como resultado de esta prueba se corrigió la redacción de la primera parte del cuestionario dirigida a la caracterización de la muestra y la redacción de la pregunta 6 de la escala de actitudes y se agregó un encabezado para las preguntas 9-15, donde se señala un significado más apropiado para cada una de las opciones de respuesta (ver Cuestionario final en Anexo 2).

PROGRAMAS DE ATENCIÓN

Programa de Atención	Nº de Psicólogos	%
Programa depresión	6	4,8
Programa de trastornos psiquiátricos severos	7	5,6
Programa de adicción de alcohol y drogas	35	28,2
Programa de trastornos del ánimo o afectivos	7	5,6
Programa de violencia intrafamiliar	22	17,7
Programa de trastornos de ansiedad	2	1,6
Programa de habilidades para la vida	9	7,3
Programa de trastornos de inicio en la infancia	1	0,8
Programa de discapacidad	2	1,6
Programa de terapia de pareja	2	1,6
Programa de trastorno hipercinético	1	0,8
Programa de trastornos de conducta	3	2,4
Programa de promoción de salud y participación social	1	0,8
Programa de psiquiatría comunitaria	2	1,6
Programa de abuso sexual infantil	1	0,8
Programa trastorno de personalidad	1	0,8
Programa judicial	3	2,4

Tabla 4: Distribución de la Muestra según Programa de Atención

En la primera parte del cuestionario, se registran los datos que hacen referencia a la caracterización de la muestra: edad, tipo de atención (Individual y/o grupal), programa al que se encuentra adscrito (por ej. VIF, Trastorno Hipercinético, Programa Depresión) y años de ejercicio profesional, la que se subdivide en *años de experiencia en sistema privado* y *años de experiencia en sistema público*. En la segunda parte del cuestionario, se presenta una escala tipo Likert de 15 reactivos que pretenden abordar la variable dependiente actitud hacia las Prácticas Basadas en la Evidencia. Por último, los ítems se agruparon en cuatro sub-escalas, que corresponden a:

- *Atractivo*: grado en que la PBE atrae intuitivamente al psicólogo clínico. A esta sub-escala corresponden los ítems 13, 14 y 15.
- *Requerimiento*: probabilidad de que la PBE sea adoptada una vez que su uso ha

sido requerido por la institución. A esta sub-escala corresponden los ítems 9, 10, 11 y 12.

- *Apertura*: grado de apertura hacia la innovación en la práctica clínica. A esta sub-escala corresponden los ítems 1, 4, 5 y 7.

▪ *Divergencia*: grado de divergencia percibida entre las intervenciones desarrolladas académicamente o basadas en la evidencia, y la práctica actual del psicólogo clínico. A esta sub-escala corresponden los ítems 2, 3, 6 y 8.

El puntaje de la Escala General y de cada una de las sub-escalas se ubica en uno de 5 intervalos, los que representan la dirección y fuerza de la Actitud. Los intervalos son: Muy Negativa, Negativa, Neutra, Positiva y Muy Positiva. Los rangos de valores para cada uno de ellos varían según la escala y se presentan en la Tabla 5.

INTERVALOS DE PUNTAJE

Intervalo	Escala General	Sub-escala Apertura	Sub-escala Divergencia	Sub-escala Requerimientos	Sub-escala Atractivo
Muy Negativa	15	4			3
Negativa	16-30	5-8			4-6
Neutra	31-45	9-12			7-9
Positiva	46-60	13-16			10-12

Muy Positiva	61-75	17-20	13-15
--------------	-------	-------	-------

Tabla 5: Intervalos de puntajes según Escala General y Sub-escalas

Se analizó la confiabilidad de la Escala General y de cada una de las Sub-escalas por separado. Los resultados arrojaron un Alfa de Cronbach de 0.86 para la Escala General, y para las Sub-escalas de Apertura, Atractivo y Requerimientos los valores fueron 0.716, 0.737 y 0.805, respectivamente. En tanto, la Sub-escala de Divergencia resultó con una confiabilidad de 0.41. En vista de esto último, se realizó una correlación de Pearson ítems-test (sub-escala), encontrándose que los ítem 2 y 6 eran los únicos que no correlacionaban significativamente con el resto de los ítems de la sub-escala (ver Tabla 6). Se realizó un cálculo de confiabilidad excluyendo dichos ítem y el resultado de este cálculo mostró que la confiabilidad de la Sub-escala aumentaba a 0.763. No obstante, el

CORRELACIÓN ÍTEM-TEST: SUBESCALA DIVERGENCIA

		DIVERG					
DIVERG	Corr. de Pearson Sig. (bilateral) N	1					
P2	Corr. de Pearson Sig. (bilateral) N	,472**	1				
P3	Corr. de Pearson Sig. (bilateral) N	,660**	-,075	1			
P6	Corr. de Pearson Sig. (bilateral) N	,578**	,040	,163	1		
P8	Corr. de Pearson Sig. (bilateral) N	,729**	,087	,616**	,154	1	

* Significativo para $\alpha < .05$. ** Significativo para $\alpha < .01$

Tabla 6: Correlación Ítem Test con los ítem de la Subescala Divergencia.

nivel de confiabilidad de la Escala General no varió considerablemente ($\alpha_g = 0.892$). Adicional a ello, se analizó la correlación de las Sub-escalas con la Escala General, obteniéndose, una correlación positiva y significativa en todas las asociaciones, esto es 0.852 ($p < 0.01$) para sub-escala Apertura; 0.782 ($p < 0.01$) para la sub-

escala Atractivo; 0.792 ($p < 0.001$) para la sub-escala Requerimientos; y, 0.791 ($p < 0.01$) para la sub-escala Divergencia (ver Tabla 7).

Definición operacional de variables

Variable dependiente:

- *Actitud*: suma de la puntuación que el encuestado da a cada ítem del cuestionario.

Variables independientes:

- *Edad*: edad del sujeto, expresada en años completos, al momento de la aplicación.

- *Años de ejercicio profesional*: tiempo en años que el psicólogo clínico lleva ejerciendo su profesión.

Procedimiento

Se contactó a los directores de cada COSAM vía telefónica o vía mail, solicitando su colaboración voluntaria y autorización, para aplicar el cuestionario a los psicólogos clínicos del establecimiento. A cada uno de ellos se les hizo llegar una carta en la que se describía el tema de investigación y condiciones generales de administración del instrumento, entre ellas: cuestionario auto-administrado, anónimo y de rápida aplicación. Se hizo énfasis en

CORRELACIÓN ESCALA GENERAL – SUBESCALAS

		APERT		DIVERG		REQUER		ATRACT		GENERAL	
APERT.	Corr. de Pearson	1									
	Sig. (bilateral)										
	N										
DIVERG.	Corr. de Pearson	,602**		1							
	Sig. (bilateral)	,000									
	N	124									
REQUER.	Corr. de Pearson	,528**		,450**		1					
	Sig. (bilateral)	,000		,000							
	N	124		124							
ATRACT.	Corr. de Pearson	,577**		,458**		,569**		1			
	Sig. (bilateral)	,000		,000		,000					
	N	124		124		124					
GENERAL	Corr. de Pearson	,852**		,791**		,792**		,782**		1	
	Sig. (bilateral)	,000		,000		,000		,000			
	N	124		124		124		124			

* Significativo para $\alpha < .05$. ** Significativo para $\alpha < .01$

Tabla 7: Correlación entre la Escala General y las Subescalas.

que la participación era voluntaria y fueron aplicados en forma presencial y un anónima. La mayoría de los cuestionarios bajo número fue enviado vía mail.

Análisis de datos

Los datos cuantitativos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS v. 17.0. Se calcularon estadísticos descriptivos, correlación de Pearson, diferencias de medias con ANOVA de un factor y análisis de confiabilidad, todos con un error del 5%.

Resultados

Respecto a la variable Actitud, los resultados de la Escala General muestran que los sujetos obtuvieron un puntaje promedio de 60 puntos (SD=7.4), un puntaje mínimo de 30 puntos y un puntaje máximo de 73 puntos. El 95.2% de la muestra, se encuentra entre los intervalos de Actitud Positiva y Muy Positiva, mientras que un 4% lo hace en el intervalo de neutralidad y un 0,8%, en el intervalo de Actitud Negativa. Al realizar el mismo análisis por sub-escalas, los resultados son similares obteniéndose, en la sub-escala *Apertura*, un puntaje promedio de 17 puntos (SD=2.5), un puntaje mínimo de 8 puntos y un máximo de 20 puntos. Un 92% de la muestra, se encuentra entre los intervalos de Actitud Positiva y Muy

Positiva, mientras un 7.3%, está en el intervalo de Neutralidad y un 0.8%, en el intervalo de Actitud Negativa. En la sub-escala *Atractivo*, el puntaje promedio obtenido es 12 puntos (SD=1.8), el puntaje mínimo es 5 puntos y el máximo 15 puntos. Un 95,2%, se encuentra entre los intervalos de Actitud Positiva y Muy Positiva, mientras que un 4% está en el intervalo Neutralidad y un 0.8%, en el intervalo de Actitud Negativa. En la sub-escala *Requerimientos*, el puntaje promedio obtenido corresponde a 17 puntos (SD=2.4), el puntaje mínimo a 9 puntos y el máximo a 20 puntos. Un 98,4% de la muestra, se encuentra entre los intervalos de Actitud Positiva y Muy Positiva, mientras un 1.6%, se encuentra en el intervalo de Neutralidad. Por último, en la sub-escala *Divergencia*, el puntaje promedio obtenido es 14 puntos (SD=2.4), con un puntaje mínimo de 6 puntos y un máximo de 18 puntos. Un 72.6%, se encuentra entre los intervalos de Actitud Positiva y Muy Positiva, mientras un 22.6%, está en el intervalo de Neutralidad y un 4.8%, en el intervalo de Actitud Negativa (Ver Tabla 8).

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA LA PBE

	Muy Negativa	Negativa	Neutra	Positiva	Muy Positiva

General	0	0	0,8%	45,2%	50%
Atractivo	0	0,8%	4%	47,6%	47,6%
Apertura	0	0,8%	7,3%	35,5%	56%
Requerimientos	0	0	1,6%	40,3%	58,1%
Divergencia	0	4,8%	22,6%	61,3%	11,3%

Tabla 8: Resultados del cuestionario presentados en porcentajes y por intervalos.

Adicionalmente, se realizaron Pearson entre dicha variable y cada una de los análisis complementarios, correlacionando la variable *Actitud* con las variables *edad* y *años de ejercicio profesional*. En dichos análisis, se encontró una correlación positiva y significativa ($r=0.217$; $p=0.016<0.05$, con dos colas) entre los *años de ejercicio profesional* y el *puntaje de la Escala General* (ver Tabla 9), mientras que para la correlación entre la *edad* y el *puntaje de la Escala General*, no resultó ser significativa ($r=0.162$; $p=0.072>0.05$, con dos colas). Con el objetivo de profundizar el análisis correlacional entre los *años de ejercicio profesional* y el *puntaje de la Escala General*, se realizó una correlación de Pearson entre dicha variable y cada una de las sub-escalas (ver Tabla 10), obteniéndose una correlación positiva y significativa con las sub-escalas de *Apertura* ($r=0.192$; $p=0.033<0.05$) y *Atractivo* ($r=0.206$; $p=0.021<0.05$), no así con las sub-escalas de *Divergencia* ($r=0.135$; $p=0.136>0.05$) y *Requerimientos* ($r=0.175$; $p=0.052>0.05$). Luego, para conocer si los puntajes de la Escala General obtenidos por los psicólogos difieren entre los distintos servicios de salud, se realizó un ANOVA de un factor, cuyo resultado arrojó que no existen diferencias significativas entre los grupos ($p=0.994>0.05$).

CORRELACIÓN AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL - ESCALA GENERAL

		AÑOS EJERC. PROFESIONAL
GENERAL	Corr. de Pearson	0,217*
	Sig. (bilateral)	0,015
	N	124

* Significativo para $\alpha<.05$

Tabla 9: Correlación de Pearson entre los Años de ejercicio profesional y los puntajes obtenidos en la Escala General.

CORRELACIÓN DE PEARSON AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL - SUBESCALAS

		AÑOS EXP. PROFES.				
AÑOS EXP. PROFES.	Corr. de Pearson Sig. (bilateral) N	1	APERT.			
APERT.	Corr. de Pearson Sig. (bilateral) N	0,192* 0,033 124	1	DIVERG.		
DIVERG.	Corr. de Pearson Sig. (bilateral) N	0,135 0,136 124	0,602** 0,000 124	1	REQUER.	
REQUER.	Corr. de Pearson Sig. (bilateral) N	0,175 0,052 124	0,528** 0,000 124	0,450** 0,000 124	1	ATRACT.
ATRACT.	Corr. de Pearson Sig. (bilateral) N	0,206* 0,021 124	0,577** 0,000 124	0,458** 0,000 124	0,569** 0,000 124	1

* Significativa al nivel de .05 (bilateral).

** Significativa al nivel .01 (bilateral).

Tabla 10: Correlación de Pearson entre los años de ejercicio profesional y los puntajes de cada una de las sub-escalas.

Conclusión

Los Resultados obtenidos en la Escala General de Actitudes, permiten dar respuesta a la pregunta de investigación y muestran que un 95.2% de los psicólogos clínicos de los Centros Comunitarios de Salud Mental de la provincia de Santiago, tienen una Actitud Positiva o Muy Positiva frente a la PBE, a diferencia de los hallazgos internacionales (Addis y Krasnow, 2000; Aarons, 2004). En función

de este resultado, se rechaza la hipótesis de investigación.

Esta actitud, además resultó ser una característica que se distribuye de forma homogénea en los distintos Servicios de Salud Metropolitano, por lo que en futuras investigaciones puede ser considerado como un solo grupo.

En lo relativo a la puntuación obtenida por sub-escala, los datos manifiestan lo siguiente: en la sub-escala

Apertura, un 92% de los psicólogos presentan una actitud positiva hacia la adquisición de nuevas prácticas en su quehacer clínico; en la sub-escala *Atractivo*, un 95.2% adoptaría la PBE si ésta les parece intuitivamente atractiva; así mismo, en la sub-escala *Requerimientos*, un 98.4% de los psicólogos muestran estar dispuestos a adoptar la PBE si su uso ha sido requerido por la institución. Por último, en la sub-escala *Divergencia*, un 72.6% de psicólogos clínicos estaría dispuesto a adoptar una PBE a pesar de ser muy diferente de su práctica clínica actual, mientras un 22.6%, se muestra con una actitud neutra. En virtud de estos hallazgos se puede concluir, que independiente del nivel de uso de la PBE, al menos en este contexto, la actitud es un factor a favor del proceso de implementación. Sin embargo, hace falta más que sólo las actitudes positivas para la efectividad de dicho proceso. En el actual sistema, la difusión e implementación de las Guías Clínicas depende de cada COSAM (M. Castillo, comunicación personal, 12 mayo, 2010), y por ende existen tantas maneras de implementarlas como la cantidad de COSAM existentes, por ejemplo, usarlas como guía para el diagnóstico y no necesariamente como una guía para el tratamiento (D. Leyton, comunicación personal, 30 mayo, 2010) o bien,

presentarlas como guía a implementar, y posteriormente solicitar informes de resultados basados en indicadores que no dan cuenta del uso ni de su impacto en los pacientes (J. Trejos, comunicación personal, 19 abril, 2010). Por esta razón, es necesario e importante que la tarea del MINSAL no termine en la publicación y entrega de Guías Clínicas en los COSAM, sino que se genere un protocolo común de implementación que incluya, por ejemplo, una capacitación de los profesionales que se espera que la utilicen y un espacio de discusión en torno a la guía y su utilidad clínica, con el fin de propiciar el empoderamiento de éstas por parte de los psicólogos. Además, realizar una evaluación del proceso de implementación en cada centro, a corto, mediano y largo plazo, con el fin de hacer un seguimiento del impacto de dichas guías en este contexto. Sin estas medidas el efecto favorable de la existencia de Actitudes Positivas se diluye.

A partir de los cálculos correlacionales, se concluye que esta actitud positiva hacia la PBE, tiende a aumentar a mayor cantidad de años de ejercicio profesional. Sin embargo, al profundizar el análisis en función de la correlación entre *años de ejercicio profesional* y las sub-escalas, se encontró que mientras más años de ejercicio

profesional los psicólogos tienden a tener una actitud positiva hacia la PBE tanto si son nuevas como si les son intuitivamente atractivas, pero no necesariamente tenderán a adoptarlas si son divergentes a lo que suelen hacer o si les son requeridas por la institución. Esto sugiere, que probablemente existen factores relacionados con estas dos dimensiones que podrían estar influyendo en la actitud hacia la PBE en los psicólogos de esta población. Por ende sería interesante indagar en variables de la organización asociadas a la dimensión *Requerimientos*, como: la cultura, el clima, el liderazgo de los supervisores, la infraestructura, (Proctor, 2004; Aarons, 2004, 2005, 2006; Aarons & Sawitzky, 2006; Aarons et al., 2007; Aarons & Palinkas, 2007), y condiciones laborales. Respecto a éste último factor, Scharager & Molina (2007) encontraron que los psicólogos del sistema primario de Salud Pública de Chile, si bien están conformes con su trabajo en general, manifiestan que sus condiciones laborales son poco estables y su remuneración es insatisfactoria.

En cuanto a las variables asociadas a la dimensión *Divergencia*, se sugiere investigar características individuales tales como: personalidad del profesional, formación profesional, nivel de instrucción en la PBE (Aarons, 2005) y

correspondencia entre las competencias que presentan los psicólogos actuales y las requeridas en Salud Pública.

Para futuras líneas de investigación se propone investigar sobre el impacto que tienen las Guías Clínicas en los COSAM enfocándose en el nivel de conocimiento que tienen los psicólogos clínicos sobre PBE, el nivel de uso de las guías clínicas y el modo en que se utiliza, la percepción que tienen los psicólogos respecto a las guías y la efectividad de la guía en el contexto donde se aplica. Por otro lado, incorporar este enfoque como parte de los contenidos mínimos obligatorios de la formación de pregrado de un psicólogo, podría constituirse como punto de partida del proceso de difusión de la PBE.

Se sugiere que las investigaciones e intervenciones propuestas se realicen tomando en cuenta los 3 ejes y las 4 metas intermedias propuestas por Proctor (2004) en su modelo de implementación efectiva de PBE.

Este estudio presentó algunas limitaciones. En primer lugar, es posible que la muestra se encuentre sesgada debido al modo de reclutamiento. Por lo tanto, considerar una forma alternativa que permita controlar la influencia del enfoque de la investigación en la disposición de los sujetos a responder el cuestionario, se

hace necesario para evitar que aquellos psicólogos clínicos que presentan una actitud negativa hacia la PBE, no sean precisamente los que quedan fuera de la investigación. En segundo lugar, la sub-escala *Divergencia* presenta una baja confiabilidad la que podría ser corregida modificando la dirección de los ítems 2 y 6, pues éstos corresponden a los únicos ítems que miden la variable actitud de forma inversa; sometiéndolos a un análisis estadístico como parte de la prueba piloto; o, modificando la redacción de los mismos, ya que a pesar de que ambos pasaron la prueba de jueces expertos y la prueba piloto, cabe la posibilidad de que la redacción del ítem podría estar interfiriendo en la comprensión del sentido de los mismos. Por ejemplo, el ítem 2: “*creo que la experiencia clínica, es suficiente para trabajar adecuadamente con mis pacientes*”, podría modificarse a “*creo que mi experiencia clínica, es suficiente para trabajar adecuadamente con mis pacientes*”.

No obstante, a pesar de estas limitaciones de orden metodológico, la información colectada provino de un gran número de psicólogos clínicos de COSAM y la confiabilidad de la escala de actitudes fue alta, lo que permite extraer conclusiones que responden a la pregunta

de investigación y a los objetivos que guiaron este estudio.

Bibliografía

- Aarons, G. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The evidence-based practice attitude scale (EBPAS) [Versión electrónica]. *Mental Health Services Research* 6(2),61-74.
- Aarons, G. (2005). Measuring provider attitudes toward evidence-based practice: consideration on an organizational context and individual differences [Versión electrónica]. *Child and Adolescent Clinical N Am* 14(2), 255-viii.
- Aarons, G. (2006). Transformational and transactional leadership: Association with attitudes toward evidence-based practice [Versión electrónica]. *Psychiatric Services* 57(8),1162-69.
- Aarons, G & Sawitzky, A. (2006). Organization culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence-based practice [Versión electrónica]. *Psychological Services* 3(1), 61-72.
- Aarons, G. & Palinkas, L. (2007). Implementation of evidence-based practice in child welfare: Service

- provider perspectives [Versión electrónica]. *Administration Policy Mental Health & Mental Health Services Research* 34, 411-19.
- Aarons, G, McDonald, E, Sheehan, A. & Walrath-Greene, C. (2007). Confirmatory factor analysis of the evidence-based practice attitudes scale (EBPAS) in a geographically diverse sample of community mental health providers [Versión electrónica]. *Administration Policy Mental Health & Mental Health Services Research* 34, 465-69.
- Addis, M. & Krasnow, A. (2000). A national survey of practicing psychologist's attitudes toward psychotherapy treatment manuals [Versión electrónica]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(2), 1-9.
- Addis, M. (2002). Methods for disseminating research products and increasing evidence-based practice: Promises, obstacles, and future directions [Versión electrónica]. *Clinical Psychology: Science and Practice* 9(4), 367-378.
- Bados, A., García, E. & Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica [Versión electrónica]. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2(3), 477-502.
- Bonfill, X. & Marzo, M. (2003). Guías de práctica clínica: tenerlas, que sean de calidad y que salgan del armario [Versión electrónica]. *Medicina Clinica* 120(13), 496-7.
- Chile, Ministerio de Salud. (2003). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría [Versión electrónica]. Santiago: Ministerio de Salud.
- Colegio de Psicólogos de Chile. (1999). Código de ética profesional [Versión electrónica]. Santiago, Chile: Comisión Asesora Técnica.
- Gioia, D. (2007) Using an organizational change model to qualitatively understand practitioner adoption of evidence-based practice in community mental health [Versión electrónica]. *Best Practices in Mental Health* 3(1), 1-15.
- Grifell, E., Carbonell, J. & Infesta, F. (2002). Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Guía metodológica [Versión electrónica]. Serie de documentos técnicos de CHC Consultoría I Gestión, S.A. 1, pp.65.
- Leal, P. (2009). *Investigación en Psicoterapia en Chile. Una Revisión* [Versión electrónica]. Memoria para optar al Título de Psicóloga, Departamento de Psicología,

- Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Llobell, P., Frias, M. & Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia [Versión electrónica]. *Papeles del Psicólogo* 25(87), 1-8.
- Moncada, H. & Kühne, W. (2003). Importancia de la investigación en psicoterapia para los psicólogos clínicos [Versión electrónica]. *Terapia Psicológica* 21(2), 193-201.
- Nelson, T. & Steele, R. (2008). Influences on practitioner treatment selection: best research evidence and other considerations [Versión electrónica]. *Journal of Behavioral Health & Services Research* 35(2), 170-178.
- Ortiz, J. & Vera-Villaruel, P. (2003). Investigaciones en psicología clínica basada en la evidencia en Chile: Un análisis bibliométrico de tres revistas de psicología [Versión electrónica]. *Terapia psicológica*, 21, 61-66.
- Proctor, E (2004). Leverage points for implementation of evidence-based practice [Versión electrónica]. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 4(3), 227-242.
- Scharager, J. & Molina, M. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema public de salud en Chile [Versión electrónica]. *Revista Panamericana de Salud Pública* 22(3), 149-159.
- Thomason, T. (2010). The trend toward evidence-based practice and the future of psychotherapy [Versión electrónica]. *American Journal of Psychotherapy* 64(1), 29-38.
- Vera-Villaruel, P. & Mustaca, A. (2006) Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile y Argentina [Versión electrónica]. *Revista Latinoamericana de Psicología* 38, 551-565.

ANEXO 1

ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

0	1	2	3	4
No	Casi Nada	Moderadamente	En mayor medida	En gran medida
Item	Subescala			
1	3	(E)Me gusta usar tipos nuevos de terapia/intervenciones para ayudar a mis clientes		
2	3	(E)Estoy dispuesto/a a probar nuevos tipos de terapia/intervenciones incluso si debo seguir un manual de tratamiento		
3	4	(C)Sé mejor que los investigadores académicos como cuidar a mis clientes		
4	3	(E)Estoy dispuesto/a a usar terapias/intervenciones nuevas y diferentes desarrolladas por los investigadores		
5	4	Los tratamientos/intervenciones basados en las investigaciones no son clínicamente útiles		
6	4	La experiencia clínica es más importante que usar terapias/intervenciones manualizadas.		
7	4	No usaría terapias/intervenciones manualizadas.		
8	3	Probaría terapias/intervenciones nuevas incluso si son muy diferentes de lo que suelo hacer		
		Para las preguntas 9 -15: Si Ud. ha recibido formación en una terapia o intervención que fue nueva para Ud., qué tan probable sería que Ud. la adopte si:		
9	2	Le fue intuitivamente atrayente?		
10	2	Le "hace sentido"?		
11	1	Fue requerida por su supervisor?		
12	1	Fue requerida por su institución?		

13	1	Fue requerida por su comuna (state)?
14	2	Ha sido usada por colegas que están a gusto con ella?
15	2	Ud. siente que ha tenido suficiente formación como para usarla correctamente?

Nota: **Subescala:** 1= Requerimientos / 2= Atractivo / 3= Apertura / 4=Divergencia

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA LA ADOPCIÓN DE LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN PSICÓLOGOS QUE TRABAJAN EN COSAM DE LA PROVINCIA DE SANTIAGO (B. Gaete & C. Herrera, 2010)

Fecha: _____ Edad: _____ Años ejerciendo como Psicólogo: _____

Experiencia en el Sistema Público (meses o años): _____

Experiencia en el Sistema Privado (meses o años): _____

Tipo de Atención en el COSAM: Individual: SI ___ NO ___ Grupal: SI ___ NO ___

Adscrito a un programa: SI ___ NO ___ Especifique a cual(es): _____

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de afirmaciones referentes a la práctica psicológica basada en la evidencia. Indique **qué tan de acuerdo está con cada una de ellas**, marcando con una cruz el casillero que mejor represente su opinión.

Para las preguntas 1 – 8, considerar que:					
0= para nada 1= Sólo un poco 2= Moderadamente 3= Bastante 4= Absolutamente					
1	Aunque sean diferentes de lo que suelo hacer, estoy dispuesto a aprender las terapias con soporte empírico.	0	1	2	3 4
2	Creo que la experiencia clínica es suficiente para trabajar adecuadamente con mis pacientes.	0	1	2	3 4
3	Pienso que los estudios de eficacia y efectividad resultan útiles para la práctica clínica.	0	1	2	3 4
4	Estoy dispuesto/a a usar Guías Clínicas en mi práctica terapéutica.	0	1	2	3 4
5	Creo que la innovación en la práctica clínica es siempre necesaria	0	1	2	3 4
6	Pienso que los estudios de psicoterapia generalizan demasiado y no consideran la individualidad de los pacientes.	0	1	2	3 4
7	Estoy dispuesto/a a usar nuevos tipos de intervenciones basadas en la evidencia.	0	1	2	3 4
8	Creo que el uso de Guías Clínicas, contribuyen a una mejor práctica terapéutica.	0	1	2	3 4
Para las preguntas 9 – 15, considerar que:					
0= Improbable 1= Poco probable 2= Moderadamente probable 3= Bastante probable 4= Muy probable					
9	Si se requiere el uso de una Guía Clínica, ¿qué probabilidad hay de que la use si ésta fue requerida por el Coordinador del área?	0	1	2	3 4
10	Si se requiere el uso de una Guía Clínica, ¿qué probabilidad hay de que la use si ésta fue requerida por la Institución?	0	1	2	3 4
11	Si se requiere el uso de una Guía Clínica, ¿qué probabilidad hay de que la use si ésta fue requerida por el Ministerio de Salud?	0	1	2	3 4
12	Si se requiere el uso de una Guía Clínica, ¿qué probabilidad hay de que la use si ésta le "hace sentido"?	0	1	2	3 4
13	Si se requiere el uso de una Guía Clínica, ¿qué probabilidad hay de que la use si ha sido recomendada por colegas que están a gusto con ella?	0	1	2	3 4
14	Si se requiere el uso de una Guía Clínica, ¿qué probabilidad hay de que la use si siente que ha tenido suficiente formación como para usarla correctamente?	0	1	2	3 4
15	Si se requiere el uso de una Guía Clínica, ¿qué probabilidad hay de que la use si esta le parece atractiva?	0	1	2	3 4