

Entrenamiento en Habilidades Clínicas Básicas de la Entrevista Conductual en Estudiantes de Psicología¹

*(Training in basic clinical behavioral interviewing skills
for psychology students)*

Ana Leticia Becerra-Gálvez^{*,2}, Alejandro Pérez-Ortiz^{**},
Gabriela Ordaz Villegas^{*} y Alan Alexis Mercado Ruiz^{*}

*Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional
Autónoma de México

**División de Investigación y Posgrado, Facultad de Estudios Superiores
Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México
(México)

Resumen

La entrevista conductual es el pilar del proceso de evaluación en contextos clínicos. Su implementación conlleva la puesta en marcha de habilidades clínicas básicas como el establecimiento de componentes de relación, la identificación y caracterización del problema y el cierre, por lo que una adecuada guía de los psicólogos en formación se vuelve fundamental. El objetivo de esta investigación fue evaluar el efecto de una intervención sobre las habilidades clínicas básicas de la entrevista conductual en estudiantes del último año de la licenciatura en psicología. Se empleó un diseño preexperimental con evaluación pre y post, en el cual participaron 26 estudiantes, 14 mujeres y 12 hombres ($M=21.14$ años; $DE=1.4$) del séptimo semestre de la carrera. Previo al entrenamiento, se calculó la confiabilidad entre observadores de una lista de chequeo elaborada *ex profeso* para identificar las habilidades clínicas básicas de la entrevista conductual (Fase 1), obteniendo una confiabilidad inter-jueces inicial ($\alpha=0.96$) y posterior ($\alpha=0.94$), lo que permitió su empleo como herramienta de evaluación durante el entrenamiento (Fase 2). La intervención constó de ocho sesiones presenciales de dos horas cada una, en las que se usaron técnicas como *role play*, modelamiento, moldeamiento, instrucción directa y retroalimentación. Los resultados indican que las diferencias entre las

1 Ana Leticia Becerra-Gálvez  <https://orcid.org/0000-0002-5075-6098>

Alejandro Pérez-Ortiz  <https://orcid.org/0000-0002-1134-9190>

Gabriela Ordaz Villegas  <https://orcid.org/0000-0001-8394-3677>

Alan Alexis Mercado Ruiz  <https://orcid.org/0000-0001-6050-3783>

2 Dirección para correspondencia: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: behaviormed.ana@gmail.com

puntuaciones totales pretest y postest fueron estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto grande ($z=1.542$, $p=0.034$, $r=0.58$). Se concluye que es necesario continuar con este tipo de investigaciones y en el futuro emplear las nuevas tecnologías para el entrenamiento de estas habilidades.

Palabras clave: entrevista conductual, habilidades clínicas, entrenamiento simulado, observación sistemática, confiabilidad inter-jueces

Abstract

The behavioral interview is fundamental in the evaluation process in clinical settings. Its implementation requires the use of basic clinical skills such as establishing relationship components, identifying and characterizing the problem, and closing the gap. Therefore, adequate guidance from psychologists in training becomes essential. The objective of this research was to evaluate the effect of an intervention on basic clinical skills of behavioral interviewing in final-year psychology students. A pre-experimental design with pre- and post-assessment was used. Twenty-six students participated, comprising 14 women and 12 men ($M = 21.14$ years, $SD = 1.40$) in their seventh semester of psychology. Before training, inter-rater reliability was calculated using a specially developed checklist for identifying basic clinical skills in behavioral interviewing (Phase 1). Initial ($\alpha = 0.96$) and subsequent ($\alpha = 0.94$) inter-rater reliability were obtained, allowing its use as an assessment tool during training (Phase 2). The intervention consisted of eight face-to-face sessions, each lasting two hours, during which role-playing, modeling, shaping, direct instruction, and feedback techniques were employed. The results indicate that the differences between the total pre- and post-test scores were statistically significant and had a large effect size ($z=1.542$, $p=0.034$, $r=0.58$). It is concluded that new technologies should continue to be used in the future for training in these clinical skills.

Keywords: behavioral interview, clinical skills, simulated training, systematic observation, inter-rater reliability

Introducción

La entrevista es un elemento primordial en el proceso de evaluación conductual; es concebida como el intercambio de información verbal y no verbal entre el terapeuta y el usuario del servicio psicológico. Autores como Villarreal (2008) y Becerra y Reynoso (2022) comentan que la entrevista conductual es un encuentro bajo el cual se indaga el problema psicológico, las situaciones antecedentes que evocan su ocurrencia y las consecuencias que pueden asociarse con su mantenimiento en el tiempo.

Para fines del Análisis Conductual Aplicado (ACA), la entrevista conductual es el medio con el cual se conceptualizan topográficamente las conductas problemáticas reportadas por el usuario, primordialmente, de forma verbal (Bravo & Miguel, 2021; Froxán et al., 2006; Knappe, 2023); se formulan las hipótesis funcionales de la conducta (Froxán, 2024; Hanley, 2012) y finalmente, se estructura un plan de

intervención de forma sistemática que modifique las contingencias reorganizando las relaciones estimulares o las consecuencias operantes (Hanley et al., 2003). Ante ello, es indispensable entrenar a los estudiantes de psicología en las habilidades básicas para la implementación de una entrevista conductual, pues así se estructura el interrogatorio, se facilita la comprensión de las condiciones contextuales bajo las cuales el problema se presenta y se potencializa el entendimiento de las técnicas o procedimientos que se pueden emplear en el tratamiento (Becerra & Reynoso, 2022).

La enseñanza de la entrevista conductual en estudiantes de psicología en proceso de formación clínica cobra relevancia si se considera el creciente aumento de usuarios que solicitan apoyo psicológico. Tan solo la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) menciona que una de cada ocho personas en el mundo vive con algún trastorno mental, lo que representa un aproximado de 970 millones de individuos que necesitan atención a la salud mental. En México, la situación no es distinta, pues se registró un aumento del 15.4% entre 2019 y 2021 en el número de casos de ansiedad y depresión, y se dice que 18.1 millones de personas experimentaron síntomas de alguno de estos padecimientos durante y posterior a la pandemia por la COVID-19 (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2023; Medina-Mora et al., 2023).

Como puede notarse, ante esta realidad, se demanda de psicólogos capacitados y profesionales que puedan ofrecer atención de calidad, desde un marco ético y desde los enfoques que han dado evidencia de su eficacia (Luebbe et al., 2007). Y es que uno de los campos competitivos más solicitados por los estudiantes en las etapas de formación profesional es el área clínica; de hecho, es uno de los nichos laborales de aquellos que egresan de esta carrera, ya sea que se desempeñen de forma privada o como adscritos en centros de atención, clínicas u hospitalares. Al respecto, la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (INEGI, 2022) revela que cerca de 85.500 profesionales de la psicología trabajan en el sector salud, lo que incluye la práctica clínica y la atención de problemas emocionales de distintos estratos poblacionales. Realizar actividades profesionales en esta área implica una adecuada formación y el desarrollo de habilidades clínicas básicas y complejas. Según Knappe (2023), las habilidades mínimas requeridas son: la entrevista, el diagnóstico diferencial y la conceptualización, incluso, agrega que se requiere de supervisión constante que se sirva de medios de evaluación formal, por ejemplo, pruebas escritas, presentaciones de caso o ejercicios. La supervisión constante favorece la correcta ejecución del interrogatorio y la aplicación del razonamiento para interpretar los hallazgos (Elder, 2018). Estudios han demostrado que el entrenamiento formal y supervisado en la adquisición de habilidades clínicas básicas desde el pregrado es indispensable, pues se reduce el sesgo por parte del profesional evitando caer en intuiciones clínicas (Schoenwald et al., 2013), mejora la relación terapéutica (Ljunggren et al., 2022) y los resultados clínicos son mejores (Froxán et al., 2006).

Si bien hasta el momento, no se han identificado investigaciones en las que se pruebe la eficacia de mecanismos educativos para entrenar habilidades clínicas básicas específicamente para el dominio de la entrevista conductual,

Rueda-León et al. (2021) sugieren que las habilidades clínicas necesarias para la valoración psicológica incluyen: la cordialidad-atracción (componentes de relación que permite demostrar interés por el usuario y cordialidad en el proceso); competencia (capacidad para ayudar al usuario y resolver conflictos); confianza (mejorar los resultados del tratamiento) y directividad (ofrecer instrucciones y retroalimentación). Concluyen que la examinación de estas habilidades depende de una correcta operacionalización de los indicadores y que no existe diferencia en la manifestación de dichas habilidades en la modalidad de atención presencial *u online*.

Para optimizar el proceso de formación en la adquisición o mejoramiento de habilidades clínicas en profesionales de la salud, no solo en los psicólogos, los cursos se sirven de procedimientos conductuales como los ejercicios simulados o también denominados *role-playing*, modelamiento-moldeamiento, las videogramaciones y la instrucción constante e inmediata (Borrell, 2004; Ibáñez-Reyes et al., 2011). La simulación (*role play*) es un recurso didáctico muy útil que reduce el perjuicio a un usuario real y los alumnos pueden identificar y corregir sus errores sin temor a experimentar consecuencias graves por dañarlo (Alfonso & Martínez, 2015; Barney & Shea, 2007). Este tipo de procedimientos mejoran sustancialmente la calidad de las entrevistas en comparación con el auto-entrenamiento o la simple revisión teórica de los pasos para llevar a cabo la entrevista (Veiga et al., 2025). Asimismo, la práctica constante de forma individual frente al espejo permite al estudiante identificar los componentes no verbales que debe mejorar (Lamaster & Larsen, 2010).

Para Parsons et al. (2023), las estrategias más eficaces para el entrenamiento de la entrevista son aquellas que incluyen la instrucción guiada, el modelado, la práctica por medio de los ejercicios de *role play* y la retroalimentación posterior a la ejecución; todos estos componentes se encuentran disponibles en el paquete *Behavioral Skills Training* (BST). Mientras que Ward-Horner y Sturmey (2012) señalan que las simples instrucciones no bastan y que los componentes más importantes del entrenamiento son el modelado y el *feedback*.

Un ejemplo de la eficacia del paquete BST es el estudio realizado por Stocco et al. (2017), quienes, por medio de un diseño N=1 de línea base múltiple, mejoraron las habilidades de entrevista en cinco estudiantes universitarios (4 mujeres y 1 hombre). Este entrenamiento incluyó instrucciones, modelado, *role play*, *feedback* y autoevaluación. El entrenamiento osciló entre 6 horas con 31 minutos y 14 horas con 42 minutos ($M=10$ h 47 min) y los resultados fueron los siguientes: los observadores entrenados para el jueceo tuvieron hasta $\geq 80\%$ de acuerdo en cuatro sesiones de práctica, mientras que los estudiantes que recibieron el entrenamiento adquirieron las habilidades objetivo (respuestas verbales adecuadas, interrogatorio correcto y postura-sonrisa apropiada), aun cuando se observaron diferencias individuales en la rapidez para discriminar el contexto y formular las preguntas, todos tuvieron cambios relevantes en la ejecución.

En esa misma línea, el estudio con enfoque mixto longitudinal realizado por Ljunggren et al. (2022) evaluó en cinco momentos diferentes las habilidades de comunicación y micro-habilidades de entrevista en 63 estudiantes de psicología.

Los participantes realizaron entrevistas auténticas de 15 minutos, las cuales fueron grabadas y posteriormente analizadas en grupos (4 estudiantes y un instructor), empleando un instrumento, el cual se sometió a un análisis factorial confirmatorio para conocer su estructura interna. Este evaluó por medio de 11 ítems las habilidades clínicas en términos de la *atención y exploración* (reflexión emocional, escucha activa y lenguaje no verbal), *habilidades de estructuración* (apertura y cierre) y *relación directa* (presencia personal del entrevistador en preguntas y comentarios). Los resultados revelan una mejoría en las habilidades clínicas con el tiempo y estas, una vez adquiridas, se mantienen hasta por tres meses.

Recientemente, Najström et al. (2025) realizaron un segundo análisis de los resultados reportados por Ljunggren et al. (2022), con la meta de investigar la precisión de la autoevaluación de los estudiantes en relación con su desempeño en la formación de habilidades de entrevista y comunicación. Los hallazgos revelaron una alta precisión en la autoevaluación, pues las comparaciones entre las calificaciones otorgadas por el supervisor y las reportadas por los mismos participantes demostraron una buena coherencia general. Los autores concluyeron que la autoevaluación es una herramienta educativa que se complementa con la percepción del docente, siempre y cuando los criterios de evaluación sean claros y las prácticas conlleven espacios de reflexión sobre el propio desempeño.

Con base en la información presentada y ante la necesidad de formar a los psicólogos en la entrevista clínica bajo el enfoque conductual, el objetivo de esta investigación consistió en evaluar el efecto de una intervención sobre las habilidades clínicas básicas de la entrevista conductual en estudiantes del último año de la licenciatura en psicología.

Método

Este estudio se dividió en dos fases: Fase I: Obtención de la confiabilidad interjueces de las habilidades clínicas por medio de una lista de chequeo y Fase II: implementación del entrenamiento en habilidades clínicas básicas para ejecutar la entrevista conductual.

Fase I. Confiabilidad Inter-Jueces: Valoración de Lista de Chequeo Para Habilidades Clínicas de la Entrevista Conductual

Partiendo de un diseño de tipo instrumental, se obtuvo la confiabilidad interjueces (*inter-rater reliability design*) de una lista de chequeo de habilidades clínicas elaborada *ex profeso*, aspecto que permitió estimar el grado de acuerdo entre los observadores que evalúan una misma conducta o criterio de desempeño (Hallgren, 2012).

Instrumento. Se empleó la lista de chequeo para la Evaluación de habilidades Clínicas elaborada en su versión reducida por Miguel et al. (2016), la cual cuenta con 41 indicadores con modalidad de respuesta dicotómica (Ausencia-Presencia) y que está constituida por las siguientes secciones: 1) *Establecimiento de componente de relación*, 2) *Conducción general de la entrevista*, 3) *Empleo de técnicas de*

intervención y 4) *Cierre de sesión*. Para fines de esta investigación no se empleó la sección 3 y se eliminaron dos indicadores de la sección *Conducción general de la entrevista*, dado que hacían alusión al llenado y a ejemplos de autorregistros conductuales (tareas para casa). Ahora bien, para tener datos cuantitativos de las ejecuciones por participante, se recurrió a un mecanismo de codificación en el que se cuantificó la conducta observada asignando el valor de 0 a la no ejecución y 1 a la ejecución por cada uno de los criterios (Hayes & Krippendorff, 2007). Los indicadores 13, 14 y 18 fueron ajustados en su polaridad y codificación para garantizar una interpretación coherente. La versión ajustada y empleada en esta investigación se encuentra en el Anexo 1.

Capacitación a Observadores en el Llenado de la Lista de Chequeo. Participaron dos observadores especialistas (una mujer y un hombre, de 40 y 28 años, respectivamente), quienes contaban con estudios de doctorado, con amplia experiencia en la implementación de la entrevista conductual e intervenciones psicológicas con enfoque cognitivo-conductual. Los observadores fueron capacitados en el llenado de la lista de chequeo bajo los siguientes elementos:

1. **Identificación de las Habilidades Clínicas Básicas Para Fines de la Entrevista.** Se elaboró la definición operacional de las conductas verbales y no verbales que se evaluarían según la lista de chequeo empleada.
2. **Entrenamiento de los Observadores.** Se capacitó en los indicadores y criterios de evaluación descritos en la lista de chequeo, se resolvieron dudas y se revisaron nuevamente las definiciones operacionales. Esta capacitación incluyó la revisión de los indicadores y la reducción del sesgo contra-ejemplo (es decir, se realizó una lectura guiada de cada indicador de la lista de chequeo y el ensayo conductual de lo que podría pasar durante los ejercicios de *role playing*). Posteriormente, cada observador parafraseó los criterios para reformular la definición operacional de cada indicador y finalmente, evitar las inferencias. Los observadores fueron cegados en cuanto a datos como los siguientes: identidad del estudiante y experiencia previa en la ejecución de la entrevista.

Análisis Estadístico y Resultados de la Fase I. Para el análisis estadístico de los datos obtenidos se utilizó el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 25.0. En esta versión de SPSS no existe la función nativa para calcular el Alfa de Krippendorff, por lo cual se empleó la extensión Kalpha (.spd) desarrollada por Hayes y Krippendorff (2007). De manera que, por medio del cálculo del Alfa de Krippendorff se determinó el grado de confiabilidad inter-jueces. Los valores bajo los cuales se interpreta son: $\alpha \geq 0.80$ fuerte acuerdo/confiabilidad; $\alpha = 0.67-0.79$ confiabilidad tentativa y $\alpha < 0.67$ no confiable (Hayes & Krippendorff, 2007; Krippendorff, 2004).

Para conocer el grado de confiabilidad inter-jueces, se obtuvieron las puntuaciones de 26 participantes, los cuales recibieron posteriormente el entrenamiento en las habilidades clínicas básicas de la entrevista conductual y de los cuales se dará mayor detalle en la descripción de la Fase II. Como se muestra en la Tabla 1, se identificaron las puntuaciones por cada caso, en ambos observadores y en ambos momentos de la evaluación (pre y post). Los resultados revelaron que el cálculo del alfa de Krippendorff en la pre-evaluación fue igual a 0.96, IC 95% [0.93, 0.98]. Mientras que en la post-evaluación se obtuvo una $\alpha = 0.94$, IC 95% [0.91, 0.99]. Se decidió calcular el estadístico por caso y en ambos momentos para conocer la estabilidad en la concordancia entre observadores, evitar el *rater drift* (pérdida de consistencia a lo largo del tiempo) y atribuir los cambios en las habilidades clínicas al entrenamiento y no a variaciones en el criterio de los jueces (Gorman & Rentsch, 2009; Hayes & Krippendorff, 2007). Dado que el valor de α fue superior al umbral de 0.80 (fuerte acuerdo) en ambos momentos de la observación inter-jueces, se concluyó que la lista de chequeo mostró consistencia suficiente para ser empleada como mecanismo de evaluación antes y después del entrenamiento (Fase II).

Tabla 1

Puntuaciones Inter-Jueces y Valor de la α de Krippendorff en los dos Momentos de Medición Pre- Post Entrenamiento

Participantes	Pre- evaluación			Post- evaluación		
	Observador 1	Observador 2	α	Observador 1	Observador 2	α
1	14	15	0.9322*	23	25	0.7625
2	14	14	0.9971*	26	28	0.4722
3	18	19	0.9266*	25	27	0.6346
4	10	12	0.8561*	23	23	0.9871*
5	19	20	0.9231*	25	27	0.6765
6	16	18	0.8603*	24	25	0.8707*
7	19	20	0.9231*	27	28	0.6545
8	16	17	0.9309*	26	28	0.4722
9	15	15	1.0000*	24	25	0.8707*
10	19	20	0.9231*	23	23	0.7935
11	25	25	0.7986	28	28	0.7863
12	15	16	0.9319*	26	26	0.7865
13	19	20	0.9214*	26	26	0.7898
14	25	25	0.6342	27	28	0.6545
15	22	23	0.9026*	27	27	0.7896
16	20	21	0.9182*	26	26	0.6986
17	23	24	0.8897*	27	27	0.7865
18	18	17	0.9292*	24	23	0.8897*
19	19	20	0.9231*	25	25	0.9875*
20	21	23	0.8149*	26	27	0.7849
21	18	19	0.9266*	24	25	0.8706*
22	17	16	0.9309*	25	25	1.0000*
23	15	15	0.7869	24	26	0.7150
24	15	14	0.9322*	24	25	0.8707*
25	16	16	1.0000*	27	28	0.6545
26	24	24	0.9854*	27	28	0.7546

Nota. * $\alpha \geq 0.80$ fuerte acuerdo/confiabilidad

Fase II. Entrenamiento en las Habilidades Clínicas Básicas Requeridas en la Entrevista Conductual

A través de un diseño preexperimental con evaluación pretest y postest, participaron un total de 26 estudiantes del séptimo semestre de la carrera de psicología de una Universidad Pública de la Ciudad de México, los cuales cursaron la etapa profesional en el área de Psicología Clínica en los períodos 2023-1, 2024-1 y 2025-1. Recibieron este entrenamiento 14 mujeres y 12 hombres con un rango de edad entre los 21 y los 25 años, con una $M= 21.14$ años y una $DE=1.4$. Un total de once alumnos señalaron que contaban con conocimientos de la entrevista dado que cursaron las asignaturas del área de psicología educativa; sin embargo, solo cuatro refirieron haber implementado una entrevista clínica (no conductual) como parte del encuadre del caso, dado que ofrecieron atención a usuarios infantes con problemas en el desarrollo o en la lectoescritura.

Instrumento y Escenario. Se evaluaron las habilidades clínicas por medio de la lista de chequeo de la Fase I. El entrenamiento se llevó a cabo en un salón de clases, el cual tiene capacidad para 30 estudiantes, cuenta con sillas, mesas, un pizarrón y un video proyector. El salón tiene buena iluminación y ventilación natural. En tanto, la evaluación de cada participante se realizó en un cubículo con cámara de Gesell con iluminación y ventilación natural, el cual tiene capacidad para cuatro personas.

Procedimiento. Esta Fase II de entrenamiento incluyó las siguientes acciones:

1. ***Capacitación a los Individuos con el Papel de Usuario en los Ejercicios de Role Play.*** Estas personas recibieron instrucciones claras relacionadas con este papel: 1) no improvisar contenidos clínicos no previstos en el caso y mantener el mismo afecto/estado de ánimo durante el ejercicio, 2) evitar las inconsistencias en cuanto a los datos sociodemográficos y 3) evitar ofrecer “pistas” que guiaran el proceder del participante durante la ejecución de la entrevista. Todos revisaban a detalle las viñetas de los casos clínicos para posicionarse en el papel y no divagar o errar al ofrecer la información. Se elaboraron dos viñetas de caso clínico, una para cada momento de la evaluación, que contenían elementos como: datos de identificación (sociodemográficos), motivo de consulta y antecedentes psicológicos y manifestaciones del problema en sus tres niveles de respuesta (Anexo 2). A lo largo de la simulación de entrevista, se procuró que la persona que asumía el rol de usuario respondiera de forma clara y mostrara actitud cooperadora. En todo momento se evitaron elementos que pudieran representar conductas asociadas con crisis o respuestas emocionales intensas, esta medida se llevó a cabo en todos los casos para asegurar un contexto controlado, y así lograr que los observadores solo se enfocaran en las habilidades clínicas básicas de la entrevista conductual descritas en la lista de chequeo y no en otras conductas

más complejas que involucraran los primeros auxilios psicológicos o técnicas/procedimientos.

2. **Entrenamiento a Participante.** A lo largo de ocho sesiones con duración de dos horas cada una impartidas a lo largo de cuatro semanas, se implementó la intervención centrada en el desarrollo de habilidades clínicas básicas observables en la entrevista conductual. La primera semana se revisaron las generalidades teóricas (conceptualización, componentes, funciones y elementos clave para la identificación de un problema psicológico). En la segunda semana se instruyó en la discriminación de conductas para elaborar preguntas, clarificar y parafrasear, además de otras conductas no verbales como el contacto visual, postura, ademanes, gestos, asentimientos y proxemia con el usuario. Se modelaron en tres simulaciones de 15 minutos de duración: el inicio y desarrollo de la entrevista, desde el establecimiento de componentes de relación hasta la identificación de los tres niveles de la respuesta problemática referida por el usuario, así como sus diferentes parámetros conductuales. En la semana tres se realizaron prácticas de las habilidades clínicas básicas aprendidas por medio de estrategias como *role-playing* (por parejas con guiones previamente explicados), la instrucción directa y la retroalimentación verbal inmediata. Finalmente, en la semana cuatro se entrenó en el manejo de los silencios, evitar anticipar o guiar las respuestas del usuario, y perfeccionamiento en la identificación de antecedentes y consecuentes de la conducta problemática (no cambiar bruscamente de tema, preguntas de aclaración y explicación de la relación entre los componentes) y el cierre de la entrevista (programar la cita, despedida, alentar al usuario a regresar).
3. **Registro Simultáneo de las Habilidades Clínicas Básicas en las Evaluaciones Pre y Post Entrenamiento.** Sin comunicarse los observadores previamente entrenados en la Fase I en el llenado de la lista de chequeo, registraban al mismo tiempo la ejecución de los participantes en ambos momentos de la medición. Los participantes fueron evaluados de forma individual y sin ser observados por otros compañeros. El *role play* por cada participante tuvo una duración que osciló entre los 16 y los 22 minutos, con un promedio de 19.2.

Análisis de Datos y Resultados de la Fase II. Para conocer los cambios en los resultados de forma grupal y tomando en cuenta el tamaño de la muestra, se aplicó la prueba Wilcoxon para determinar la diferencia entre los rangos obtenidos entre las dos mediciones a través de la lista de chequeo y se complementó con la *r* de Rosenthal para calcular el tamaño del efecto (Field, 2009). Para este autor, una $r \leq 0.10$ se considera un efecto pequeño, de 0.30 un efecto mediano y una $r \geq 0.50$

un efecto grande. También se empleó el estimado Hodges-Lehmann (Δ) para un diseño pareado y así contrastar el desplazamiento y la diferencia del cambio con un IC al 95%.

Los resultados obtenidos por medio de la prueba de Wilcoxon para conocer las diferencias entre ambas mediciones en este grupo de participantes revelan una diferencia estadísticamente significativa ($p<.05$) y un tamaño del efecto grande, como se muestra en la Tabla 2. Las medias aumentaron de 18.64 a 25.74 mientras que las medianas combinadas aumentaron de 20 a 26 puntos [$\Delta=6.0$], evidenciando mejora en las habilidades clínicas básicas de la entrevista conductual tras el entrenamiento.

Tabla 2

Significancia y Tamaño del Efecto de las Puntuaciones Pre y Post Entrenamiento en las Habilidades Básicas de la Entrevista Conductual

Condición	Pre-entrenamiento		Post-entrenamiento		Δ	IC 95% (Mdn)	z	p	r
	M	Mdn	M	Mdn					
<i>Evaluación de Habilidades Clínicas (Check list)</i>	18.64	20	25.74	26	6.0	6.0 (26)	1.542	0.034*	0.58

Nota. * $p\leq.05$

Al analizar cada uno de los criterios de evaluación de la lista de chequeo en la evaluación pre-entrenamiento, se encontró que las habilidades más difíciles de implementar en los ejercicios de *role playing* fueron: estrechar la mano del usuario al inicio de la entrevista (76.9%), redirigir la conversación al tema de interés (57.6%), explicar al paciente la relación entre los componentes del problema psicológico (87.4%) y emplear en el interrogatorio los parámetros de conducta de forma adecuada (50%), por ejemplo, preguntar “*¿Cuál es la frecuencia de esos pensamientos?*” cuando el parámetro para ese nivel de respuesta en particular es la intensidad del malestar que generan y no su ocurrencia.

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el efecto de una intervención sobre las habilidades clínicas básicas de la entrevista conductual en estudiantes del último año de la licenciatura en psicología. Los resultados de la Fase I del estudio que consistió en conocer la confiabilidad inter-jueces de una lista de chequeo para evaluar las habilidades básicas de la entrevista conductual revelaron que, esta rúbrica de evaluación es adecuada pues posee una alfa superior al 0.80, además de ser breve y útil para entrenar y evaluar en distintos momentos como se espera en este tipo de medios de verificación/ejecución (Borrell, 2004; Ljunggren et al., 2022). Si bien, en algunos casos en la post-evaluación el valor de alfa no es superior al 0.80;

este hallazgo no se traduce en una debilidad en el efecto del tratamiento, sino en una mayor heterogeneidad en las conductas evaluadas durante el desempeño de cada participante, en otras palabras, dichas variaciones eran de esperarse después del adiestramiento, pues la confiabilidad obtenida se relaciona con la lista de chequeo empleada y no con el rendimiento del participante (Najström et al., 2025).

En cuanto a la Fase II, la cual consistió en la implementación del entrenamiento y es el eje medular de esta investigación, los resultados revelan que el desempeño de los estudiantes de psicología posterior al adiestramiento fue superior con un tamaño del efecto grande ($r=0.58$). Estos resultados son similares a los encontrados en los estudios de Ljunggren et al. (2022), Najström et al. (2025) y Stocco et al. (2017), quienes refieren que el adecuado entrenamiento de las habilidades clínicas básicas empleando simulaciones, instrucción y retroalimentación del desempeño puede tener un efecto positivo que se mantiene hasta por tres meses.

En cuanto a las técnicas empleadas en el entrenamiento, se encuentra que, aun cuando el modelado, el moldeamiento y el *role play* son estrategias conductuales empleadas por excelencia para entrenar este tipo de habilidades según el paquete *Behavioral Skills Training* (BST; Parsons et al., 2023), se espera que los estudiantes desarrollen la habilidad de responder de forma espontánea y adaptativa, apegándose al discurso de los usuarios y siendo creativos en situaciones reales (Ibáñez-Reyes et al. 2011; Schoenwald et al., 2013). Un posible efecto contrario del modelamiento, a pesar de su gran utilidad, es que los estudiantes se conducen de manera imitativa y, por ende, poco resolutiva de las condiciones bajo las cuales se lleva una entrevista conductual, por lo tanto, debe emplearse bajo la premisa de que el estilo para conducirla es propio y variará dependiendo de las conductas del usuario.

Aun cuando a los 11 participantes ya contaban con conocimientos en entrevista (sabían *qué* preguntar) y los otros 4 que tuvieron la oportunidad de implementarla (aprendieron *cómo* llevarla a cabo), es indispensable mencionar lo siguiente, si bien se podría atribuir una experiencia o dominio previo, la entrevista en contextos educativos difiere de la entrevista conductual por su nivel de análisis, ya que requiere de la capacidad de identificar patrones de conducta, las condiciones estimulares y las consecuencias para entender el funcionamiento del comportamiento desadaptativo (Hanley et al., 2003). Este tipo de entrevistas conlleva una mejor comprensión de los patrones de conducta y su funcionamiento e implica el empleo de parámetros y la formulación de hipótesis (Becerra & Reynoso, 2022; Froxán, 2024; Hanley, 2012). En ese sentido, este entrenamiento resultó en algo completamente distinto o nuevo para los participantes.

Algunas limitaciones de este estudio son las siguientes: 1) A pesar de la conceptualización operacional y la capacitación en el llenado de la lista de chequeo en la Fase I, esta estrategia de evaluación pudo dejar de lado la examinación de componentes no verbales y actitudinales en las secciones: *Establecimiento de componentes de relación* y *Conducción general de la entrevista*. Al respecto, Ljunggren et al. (2022) señalan que la simple verificación de habilidades clínicas genéricas no es suficiente, pues se requiere de un entrenamiento más exhaustivo en la identificación de otras microhabilidades. Se cree que las acciones de capacitación realizadas en esta fase pudieron no ser suficientes, aun cuando se

evaluó la confiabilidad inter-jueces para evitar el *rater drift*, obteniendo el Alfa de Krippendorff también en la post-evaluación (Gorman & Rentsch, 2009). Por lo tanto, debe replicarse, calibrarse y ajustarse de resultar necesario. Una alternativa pudo ser mostrar videos de entrevista semanalmente y requerir el llenado de la lista de chequeo para no perder la familiaridad con los criterios por evaluar. También se pudo emplear un video de calibración semanas antes de la primera evaluación para asegurar y valorar desde ese momento las incongruencias potenciales de la lista de chequeo. 2) El desempeño de los participantes se pudo ver afectado por la sensación de sentirse observados y calificados por los observadores, por lo tanto, bajo esta condición de estrés su desempeño pudo sufrir afectaciones particularmente en la pre-evaluación; 3) Con todo y que la lista de chequeo contenía todos los elementos mínimos necesarios para la implementación de una entrevista conductual, valdría la pena crear un instrumento sensible que incluya una diferencia sustancial entre las habilidades clínicas básicas y las complejas o superiores, pues la literatura actual no ofrece claridad de las condiciones limítrofes bajo las cuales se deben evaluar.

Se sugiere para investigaciones futuras explorar la utilidad de simuladores de entrevistas basados en la inteligencia artificial, los cuales permitan a supervisores y estudiantes recibir retroalimentación en tiempo real de su lenguaje verbal y no verbal. Se recomienda que la aplicación de este tipo de entrenamientos no solo se limite al alumnado de los últimos semestres de la carrera de psicología, sino que pueda adoptarse como una estrategia que dé cuenta de su progresión a lo largo de la formación de los estudiantes. La implementación de recursos tecnológicos puede ser una opción para enseñar entrevista conductual; sin embargo, el gran *talón de Aquiles* seguirá siendo la medición de factores actitudinales y afectivos que generen una cercanía con el usuario. También se sugiere realizar investigaciones que empleen distintas modalidades de entrenamiento, con un grupo control o que empleen diseños escalonados, además de estudios que identifiquen la diferencia por sexos en la implementación de la entrevista conductual, sobre todo cuando se trata de hallar las diferencias actitudinales o no verbales, pues quizás, por cuestiones culturales y de género, las mujeres podrían actuar distinto a los hombres durante el interrogatorio.

Consideraciones Éticas y Financiamiento

Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado antes de participar en el estudio. Las fases del procedimiento de investigación se llevaron a cabo de acuerdo con los principios éticos, garantizando la dignidad, la confidencialidad y el bienestar de todos los involucrados. Esta investigación se realizó bajo los estándares éticos-investigativos y contó con financiamiento del proyecto UNAM-DGAPA-PAPIME PE300521.

Declaración de Conflictos de Interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés para la realización y publicación de este artículo.

Referencias

- Alfonso, J. J., & Martínez, J. (2015). Modelos de simulación clínica para la enseñanza de las habilidades clínicas en ciencias de la salud. *Revista Movimiento Científico*, 9(2), 70-79. <https://revmovamientocientifico.ibero.edu.co/article/view/996>
- Barney, C., & Shea, S. C. (2007). The art of effectively teaching clinical interviewing skills using role-playing: a primer. *The Psychiatric Clinics of North America*, 30(2), 31–50. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.03.001>
- Becerra, A. L., & Reynoso, L. (2022). Entrevista Conductual: elementos y pautas para la valoración de un problema psicológico. En: A. L. Becerra (Ed.), *Entrevista Conductual: pautas y recomendaciones para psicólogos en formación* (1^a ed., pp. 35-70). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Borrell, F. (2004). *Entrevista clínica: manual de estrategias prácticas*. SEMFYC, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. https://www.semfyc.es/images/EntrevistaClinica_Borrell_1726158291.pdf
- Bravo, M., & Miguel, R. (2021). Entrevista conductual en el ámbito hospitalario. En: L. Reynoso y Becerra A. (Coord.), *Medicina Conductual: Avances y Perspectivas* (pp. 16-47). Qartuppi. [http://doi.org/10.29410/QTP.21.11](https://doi.org/10.29410/QTP.21.11)
- Elder, A. (2018). Clinical Skills Assessment in the Twenty-First Century. *The Medical Clinics of North America*, 102(3), 545–558. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.12.014>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS: and sex, drugs and rock'n roll*. SAGE Publications, Ltd.
- Froxán, M. X., Montaño, M., & Calero, A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema*, 18(4), 797-803. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3311>
- Froxán, M. X. (2024). Procesos de aprendizaje en la terapia psicológica. *Apuntes de Psicología*, 42(2), 77-81. <https://doi.org/10.55414/aqcx5a34>
- Gorman, C. A., & Rentsch, J. R. (2009). Evaluating frame-of-reference rater training effectiveness using performance schema accuracy. *The Journal of applied psychology*, 94(5), 1336–1344. <https://doi.org/10.1037/a0016476>
- Hallgren, K. A. (2012). Computing inter-rater reliability for observational data: An overview and tutorial. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 8(1), 23–34. <https://doi.org/10.20982/tqmp.08.1.p023>
- Hanley, G. P., Iwata, B. A., & McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: a review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(2), 147–185. <https://doi.org/10.1901/jaba.2003.36-147>
- Hanley, G. P. (2012). Functional assessment of problem behavior: dispelling myths, overcoming implementation obstacles, and developing new lore. *Behavior Analysis in Practice*, 5(1), 54–72. <https://doi.org/10.1007/BF03391818>
- Hayes, A. F., & Krippendorff, K. (2007). Answering the Call for a Standard Reliability Measure for Coding Data. *Communication Methods and Measures*, 1(1), 77–89. <https://doi.org/10.1080/19312450709336664>

- Ibáñez-Reyes, E. J., Vargas-Flores, J. de J., Landa-Durán, P., & Olvera-Méndez, J. (2011). Evaluación de un manual de entrenamiento en habilidades interpersonales para terapeutas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4). <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/1/article/view/28915>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2023, 04 de julio). *La punta del iceberg. La porción visible de un iceberg en el mar no supera el 11 por ciento del total de su tamaño*. <https://www.gob.mx/imss/articulos/la-punta-del-iceberg?idiom=es>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2022). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/>
- Knappe, S. (2023). Learning and Teaching in Clinical Psychology. En: J. Zumbach, D. A. Bernstein, S. Narciss y G. Marsico. *International Handbook of Psychology Learning and Teaching* (pp. 25-48). Springer International Handbooks of Education. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-28745-0>
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis: an introduction to its methodology*. 2a ed. California, SAGE.
- Lamaster, M. A., & Larsen, R. A. (2010). Prepare for a behavioral interview, then ace it! *Nursing*, 40(1), 8–10. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000387060.63175.ea>
- Ljunggren, I., Najström, M., Levitt, D. H., & Ramnerö, J. (2022). Dialogue as psychological method—a study of training interviewing and communication skills in psychology students. *Nordic Psychology*, 75(4), 386–396. <https://doi.org/10.1080/19012276.2022.2112744>
- Luebbe, A. M., Radcliffe, A. M., Callands, T. A., Green, D., & Thorn, B. E. (2007). Evidence-based practice in psychology: perceptions of graduate students in scientist-practitioner programs. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 643–655. <https://doi.org/10.1002/jclp.20379>
- Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Rafful, C., Cordero, M., Bishai, J., Ferrari, A., Santomauro, D., Benjet, C., Borges, G., & Mantilla-Herrera, A. M. (2023). Los trastornos mentales en México 1990-2021. Resultados del estudio Global Burden of Disease 2021. *Gaceta Médica de México*, 159(6), 527-538. <https://doi.org/10.24875/gmm.23000376>
- Miguel, R. M., Reynoso, L., & Bravo, M. C. (2016). Evaluación de habilidades clínicas (Lista de chequeo reducida). Documento elaborado *ex professo* para la evaluación de indicadores para la entrevista conductual de primera vez.
- Najström, M., Oscarsson, M., Ljunggren, I., & Ramnerö, J. (2025). Comparing self-assessment and instructor ratings: a study on communication and interviewing skills in psychology student training. *BMC Medical Education*, 25(1), 219. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-06783-x>
- Organización Mundial de la Salud. (2022, 08 de junio). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Parsons, M. B., Rollyson, J. H., & Reid, D. H. (2012). Evidence-based staff training: a guide for practitioners. *Behavior Analysis in Practice*, 5(2), 2–11. <https://doi.org/10.1007/BF03391819>
- Rueda-León, L. V., Linares-Maldonado, J. A., Quiroz-González, C., & Sandoval-Arellano, A. (2021). Essential competencies in a clinical psychologist for a functional application of face-to-face and online psychotherapy. *Journal*

- of Basic and Applied Psychology Research*, 2(4), 14–19.
<https://doi.org/10.29057/jbapr.v2i4.6661>
- Schoenwald, S. K., Mehta, T. G., Frazier, S. L., & Shernoff, E. S. (2013). Clinical supervision in effectiveness and implementation research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(1), 44–59. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12022>
- Stocco, C. S., Thompson, R. H., Hart, J. M., & Soriano, H. L. (2017). Improving the interview skills of college students using behavioral skills training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 50(3), 495–510. <https://doi.org/10.1002/jaba.385>
- Veiga, M., Fallon, L. M., Collier-Meek, M., Susilo, A., Ballard, S., & Sunda, R. (2025). Training school psychologists to conduct culturally informed Functional Behavior Assessment interviews. *School Psychology*, 40(2), 264–273. <https://doi.org/10.1037/spq0000650>
- Villarreal, M. (2008). *Entrevista conductual. Revisión teórica*. Trillas.
- Ward-Horner, J., & Sturmey, P. (2012). Component analysis of behavior skills training in functional analysis. *Behavioral Interventions*, 27(2), 75–92. <https://doi.org/10.1002/bin.1339>

(Received: July 31, 2025; Accepted: November 06, 2025)

Anexo 1: Evaluación de Habilidades Clínicas

(Lista de chequeo ajustada para esta investigación de la versión reducida de Miguel et al., 2016)

Nombre/número del observador:	Fecha:	No. de Ensayo	
Nombre del terapeuta a evaluar:	Duración del ensayo:	Viñeta de caso:	
Establecimiento de componentes de relación			
Indicador		Si	No
Saluda verbalmente al paciente			
Estrecha la mano del paciente al saludarle			
Pide al paciente que tome asiento			
Indica al paciente la silla en la que tome asiento			
Se dirige al paciente por su nombre			
Tutea al paciente adecuadamente según si edad y género			
Mantiene contacto visual con el paciente durante el interrogatorio			
El terapeuta conserva una postura relajada			
El terapeuta mantiene una proximidad física adecuada (de 40 a 60 cm)			

La voz del terapeuta es audible		
La velocidad de la voz del terapeuta varía adecuadamente		
El terapeuta asiente o niega con la cabeza		
El terapeuta tiene movimientos estereotipados de piernas o manos		
El terapeuta lleva sus manos a la cara o al cabello continuamente		
El terapeuta cambia constantemente de postura		
Conducción general de la entrevista		
El terapeuta escucha sin interrupción al paciente		
El terapeuta describe el objetivo de la sesión en su caso particular		
El terapeuta redirige la conversación al tema de interés		
El terapeuta cambia bruscamente el tema que está tratando		
El terapeuta elabora preguntas breves de aclaración		
El terapeuta muestra afirmaciones afectivas demostrando comprensión a los sentimientos del paciente		
El terapeuta indaga parámetros de la conducta (señala cuáles)		
<input type="radio"/> Frecuencia <input type="radio"/> Intensidad <input type="radio"/> Duración <input type="radio"/> Latencia		
El terapeuta explica al paciente la relación entre diversos componentes del problema (AFC)		
El terapeuta ofrece respuestas favorables a las preguntas del paciente con respecto al contenido de la sesión		
Cierre		
El terapeuta resume los resultados obtenidos durante la sesión		
El terapeuta pregunta al paciente si tiene dudas o comentarios finales		
El terapeuta programa con el paciente la próxima cita		
El terapeuta estrecha la mano del paciente para despedirse		
El terapeuta lo alienta a regresar		
Observaciones:		

Anexo 2: Viñetas de Caso Empleadas en la Pre y Post Evaluación

Caso 1. Estrés (Para evaluación pre-intervención)

Paciente: Laura, 34 años, ejecutiva de marketing, originaria y residente de la Ciudad de México.

Motivo de consulta: “*Me he sentido muy estresada últimamente, y eso me está afectando*” (sic. pac.)

Datos Sociodemográficos:

- Estado civil: Soltera (sin novio)
- Nivel educativo: Licenciatura en Comunicación
- Ocupación: Ejecutiva de marketing en una empresa de tecnología desde hace dos años.
- Religión: Cristina
- Comparte casa habitación con una amiga de nombre Ana, la cual conoce desde hace 8 años. La relación es respetuosa y funcional.

Antecedentes Psicológicos:

- Historia de ansiedad leve en la adolescencia (13 años) debido al divorcio de sus padres, la cual fue tratada con terapia cognitivo-conductual. Recibió 4 sesiones y no recuerda detalles de lo aprendido, solo recuerda los ejercicios de respiración que le enseñó la terapeuta, la cual era una mujer joven muy carismática.
- Niega antecedentes psiquiátricos y consumo de fármacos.
- Estrés relacionado con el trabajo durante el último mes y especialmente durante las temporadas de alta carga laboral.

Manifestaciones del Problema:

- Laura presenta síntomas de agotamiento extremo (ENA 8/10), insomnio persistente (Frec. 5/7 días a la semana) y dolores de cabeza recurrentes (Frec. 7/7 días a la semana; ENA 9/10).
- Refiere una sensación constante de sobrecarga, dificultad para concentrarse y una creciente irritabilidad. Piensa que es inútil constantemente: “*Todo me sale mal, no puedo ni concentrarme*”, “*Me doy cuenta de que no soy tan buena en lo que hago como yo pensaba*”; “*El estrés está acabando con mi vida, no lo puedo superar*”.

- Ha experimentado una disminución en su rendimiento laboral y ha comenzado a evitar actividades sociales, prefiriendo permanecer en casa para descansar.

Otros datos de relevancia:

- Es la única hija, la relación con ambos padres es percibida como funcional y adecuada a pesar de la separación
- Está interesada en conseguir un ascenso laboral.
- No está interesada en tener pareja en este momento.
- No tiene hobbies, pero disfruta de ver series y películas en casa.

Caso 2. Ansiedad con crisis de angustia (Para evaluación post-intervención)

Paciente: Roberto, 45 años, profesor universitario originario y residente de Ecatepec, Estado de México.

Motivo de Consulta: *“Estoy teniendo muchos nervios, suelo angustiarme mucho por las cosas que me pasan y hasta por las que no pasan”*

Datos Sociodemográficos:

- Estado civil: Casado (23 años de matrimonio con Raquel, su esposa), con una hija adolescente de 14 años (Sofía) y un joven de 22 años (Abraham).
- Nivel educativo: Doctorado en Filosofía
- Ocupación: Profesor universitario en una facultad de humanidades de la Universidad de Durango. Ofrece clases de historia universal en línea desde hace 9 años.

Antecedentes Psicológicos:

- Sin antecedentes de trastornos psicológicos significativos.
- Niega antecedentes psiquiátricos o consumo de fármacos.
- Experimentó un episodio de ansiedad moderada durante sus estudios de doctorado previos al examen profesional, manejado con técnicas de respiración y meditación que aprendió en un libro de autoayuda.

Manifestaciones del Problema:

- Roberto ha comenzado a experimentar ataques de pánico recurrentes (Frecc. 1-2/7 días a la semana), con síntomas como palpitaciones, sudoración excesiva y sensación de desmayo. Ha comenzado a fumar a razón de 4-5 cigarrillos por día, pelea constantemente con su esposa por temas de dinero y con sus hijos por temas relacionados con su desempeño escolar.
- Refiere una preocupación por su rendimiento en el trabajo y el futuro académico de sus hijos, piensa constantemente que no es un buen padre y que no le alcanza el dinero. *“Soy un fracasado, de nada sirvió estudiar tanto si no gano lo suficiente para darle de todo a mi familia.”*, *“Ahora mi hijo está en la universidad y le va muy bien en la carrera de Ingeniería en Sistemas, pero ¿Y qué pasará cuando termine? ¿Qué tal que le pasa lo mismo que a mí y termina ganando solo lo necesario para sobrevivir?”*, *“Raquel me ayuda vendiendo cosas por catálogo para tener más dinero, pero eso a mí me da mucha vergüenza.”*
- Ha notado que sus síntomas aumentan en situaciones sociales (convivir con compañeros de trabajo y con su jefe), por las noches antes de dormir (piensa tanto en el futuro que no puede conciliar el sueño con facilidad, en presentaciones o exposiciones frente a muchas personas, pero particularmente cuando se acerca la fecha para el pago de servicios).

Otros datos de relevancia:

- Quedó huérfano de padre a los 19 años y la relación con su madre (Bertha) es distante.
- Ha pensado en cambiar de institución educativa o hacer evaluaciones para ser maestro de la SEP.
- Disfruta mucho de la música jazz y el bossa nova.

