

# PROPUESTA DE UNA APLICACIÓN PARA EL ENTRENAMIENTO EN TÉCNICAS DE ENTREVISTA E INTERVENCIÓN EN EL TRASTORNO DE PÁNICO Y DEPRESIÓN

EVA DEL RÍO GONZÁLEZ; ÁNGEL ENRIQUE ROIG; BERENICE SERRANO ZÁRATE; ELENA VILLA  
MARTÍN; JUANA MARÍA BRETÓN LÓPEZ Y AZUCENA GARCÍA PALACIOS

Departamento de psicología básica, clínica y psicobiología.  
Universitat Jaume I. Castelló de la Plana

rio@uji.es, aenrique@uji.es, bserrano@uji.es, villa@uji.es, breton@uji.es, azucena@uji.es

---

**Resumen.** El trastorno depresivo y el trastorno de pánico son dos patologías de salud mental que afectan a gran cantidad de personas. Según el estudio ESEMeD (2004), que estima la prevalencia europea de trastornos mentales, el 12.8% y el 2.1% de la población han sufrido en algún momento de su vida un trastorno depresivo mayor o un trastorno de pánico, respectivamente. En consecuencia, estos dos trastornos constituyen un eje fundamental en el contenido de asignaturas clave de la carrera de Psicología como son “Psicopatología”, “Psicopatología Experimental”, “Evaluación e Intervención Clínica” y “Técnicas de Intervención y Tratamiento Psicológico”. Por otro lado, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICS) se han convertido en una herramienta fundamental como recurso y apoyo docente, facilitando la impartición de las materias y la realización de trabajos prácticos por parte de los alumnos. En este sentido, el presente trabajo tiene como objetivo la descripción y diseño de una aplicación informática en la que los alumnos puedan, a partir de casos prácticos, realizar un entrenamiento en técnicas de entrevista y el diseño de una intervención psicológica para trastornos como la depresión y el trastorno de pánico. Para ello, los usuarios irán seleccionando, mediante un árbol de decisión, distintas opciones en cuanto a la evaluación y los componentes de tratamiento adecuados para los casos prácticos planteados. Consideramos que el uso de esta aplicación podría ser de mucha utilidad para la realización de prácticas de aula y laboratorios de asignaturas como las arriba mencionadas, fomentando la motivación por parte de los alumnos mientras aprenden, de manera intuitiva, a crear protocolos de evaluación y tratamiento por ellos mismos. Esta herramienta permitiría la adquisición de los conocimientos desde un enfoque constructivo en el que es el alumno quien, asumiendo un papel activo y de forma autónoma, ha de ir integrando la información con el fin de aplicarla de un modo práctico. Se pretende mejorar la calidad de la enseñanza

con el fin de formar profesionales más competentes en el desarrollo de actividades de Psicología Clínica. Se trata de un trabajo en progreso.

**Palabras clave:** Depresión, Pánico, Psicopatología, TICs (Tecnologías de la Información y la Comunicación).

## 1. INTRODUCCIÓN

El trastorno depresivo mayor y el trastorno de pánico son dos problemas de salud mental con una gran prevalencia y que genera grandes costes económicos [1]. Según el estudio ESEMeD (2004) que se realiza a nivel europeo y que rastrea el nivel de prevalencia de diferentes problemas de salud mental, el 12,8% de la población adulta ha sufrido un trastorno depresivo mayor a lo largo de su vida y el 3.9% en el último año. En cuanto al trastorno de pánico, el 2,1% de la población ha presentado esta patología en algún momento de su vida y el 0,8% lo ha sufrido en el último año.

Ambos trastornos tienen una elevada psicopatología, que reporta altos niveles de malestar en la persona que los padece. En consecuencia, el papel del psicólogo tiene como funciones fundamentales evaluar la presencia de dicha sintomatología con el fin de proporcionar un tratamiento ajustado a cada paciente que permita aliviar el malestar que le genera. La puesta en práctica de estas funciones conlleva, por parte de los psicólogos, la adquisición de habilidades en la identificación de alteraciones psicopatológicas, realización de diagnósticos clínicos y la administración de procedimientos de intervención psicológica. Estos conocimientos y habilidades son aprendidos durante la formación de graduado en psicología, así como a través de la realización de másteres especializados, cursando asignaturas relacionadas con el área de psicología clínica. Éstas suelen incluir docencia de problemas y laboratorio, en el que el alumno va adquiriendo y entrenando dichas habilidades.

Tradicionalmente esas prácticas se realizan mediante el visionado de entrevistas realizadas con pacientes reales o simulados o mediante la realización de juego de roles en los que un estudiante (o el profesor) simula ser un paciente y otro estudiante va realizando una entrevista diagnóstica o administrando una técnica de intervención psicológica. Otra modalidad para que los estudiantes puedan seguir entrenándose cuando no están en el aula es mediante casos escritos o fragmentos de vídeos que puedan visionar en el Aula virtual. En ningún caso los estudiantes interactúan con pacientes reales porque no tienen la capacitación profesional para ello.

El método tradicional tiene la desventaja de que, en muchos casos (excepto cuando se utiliza la técnica del role-playing) los estudiantes no pueden interactuar con el paciente visualizado, y por lo tanto no pueden ir planteándose qué tipo de preguntas harían en función de las respuestas del paciente, limitando de este modo la capacidad de generar hipótesis diagnósticas. De este modo, las tareas posteriores de diagnóstico y planificación del tratamiento queda facilitada (y por lo tanto, limitada la capacidad de aprendizaje), ya que toda la información pertinente ha sido extraída adecuadamente por el profesor, pero el alumno no se ha visto en la situación de estar sólo ante un paciente y ante la incertidumbre de no saber cuál ha de ser la siguiente pregunta. En este sentido, los métodos tradicionales proporcionan una baja validez ecológica, ya que distan

mucho de la realidad a la que se enfrenta un terapeuta y, por tanto, la transferencia de lo aprendido a estas situaciones es menor.

En el caso del role-playing sí se consigue esa interacción, y que el alumno se enfrente a esa incertidumbre. No obstante, debido a limitaciones de tiempo no es posible que todos los estudiantes puedan realizar un role-playing en horario de las clases prácticas, y la mayoría de las veces sólo se pueden realizar uno o dos role-playings en los que 4 estudiantes (como mucho) pueden interactuar, permaneciendo los demás como meros observadores.

En los últimos años, con el avance de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICS), se han ido desarrollando entornos educativos como un recurso didáctico más. Este hecho ha generado cambios en la organización y en las funciones que los docentes han ido desempeñando desde hace varios años, ya que se han ido integrando recursos en la docencia con el fin de facilitar los procesos de enseñanza y aprendizaje a la vez que hacerlos más eficaces [2]. En este sentido, el uso de las TIC puede proporcionar a los profesionales de la salud mental una valiosa herramienta para el entrenamiento en habilidades de evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicológicos [3].

Por tanto, el objetivo del presente trabajo es proporcionar una herramienta que permita establecer una relación más activa con los contenidos de la asignatura. Concretamente, se pretende diseñar un software informático que incluye el método de casos y el aprendizaje basado en problemas para el entrenamiento en habilidades de diagnóstico e intervención psicológica.

## **2. DESCRIPCIÓN DE LA APLICACIÓN**

Nuestra propuesta, parte de la idea de que las nuevas tecnologías pueden ayudar al aprendizaje activo por parte de los alumnos en el aula. En muchas ocasiones, el tiempo disponible para realizar las prácticas de aula y laboratorio es escaso, y no permite que todos los alumnos practiquen los role-playing, por lo que, como ya hemos comentado, parte del alumnado solo es un mero espectador de la dinámica de intercambio de roles.

Por ello, nos proponemos diseñar y validar un software informático (que podría ser ejecutado online), y que permita el aprendizaje basado en problemas que dé lugar a un entrenamiento en habilidades de diagnóstico e intervención psicológica. De este modo, los alumnos tendrían disponible una aplicación a la que poder acceder desde sus casas, con un tiempo ilimitado para su uso y que permita una práctica más personalizada. Individualmente, los alumnos tendrán que tomar decisiones hasta llegar al diagnóstico adecuado y una vez delimitado el problema a tratar, la intervención terapéutica más idónea en función del caso práctico planteado.

## 2.1. Partes de las que se compone la aplicación

La web tendrá diversos apartados y los alumnos saltarán de un apartado a otro a medida que superen adecuadamente el punto anterior. La aplicación consta de un apartado para elegir un caso práctico, otro para plantear las hipótesis diagnósticas y la evaluación y otro para delimitar el tratamiento más apropiado en cada caso.

### 2.1.1. Elección de un caso práctico

En primer lugar habrá un apartado para elegir un caso práctico que será presentado o bien por escrito, o a través de un vídeo, audio o cualquier otro material multimedia (Imagen 1).

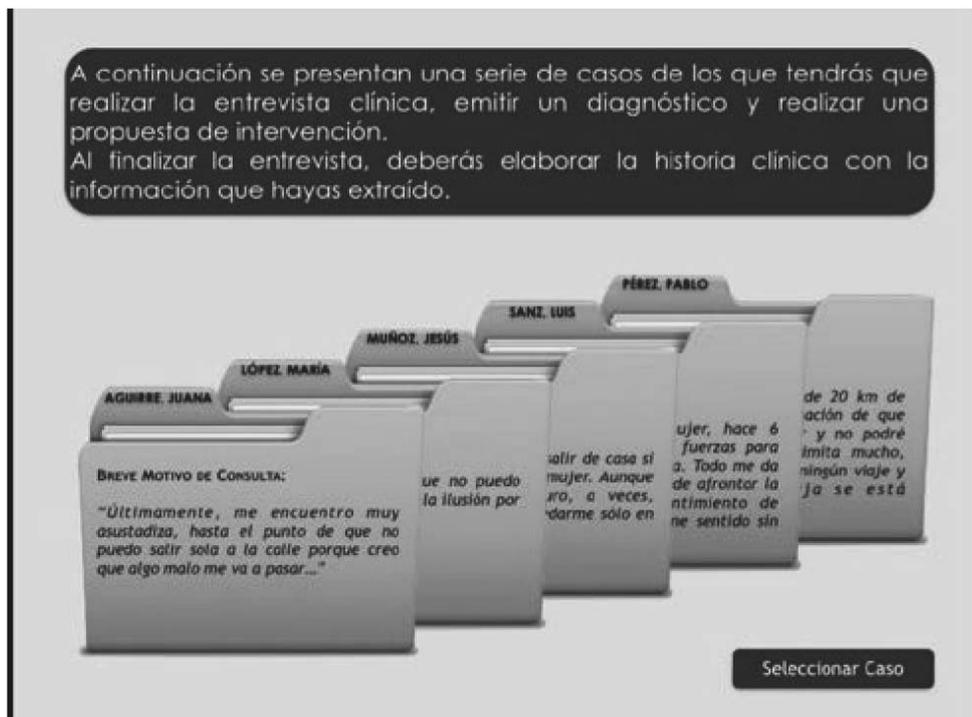


Imagen 1. Visor web para la selección del caso clínico

### 2.1.2. Elección de hipótesis diagnóstica

El estudiante podrá seleccionar de entre un conjunto de preguntas que propondrá el programa que le servirán para plantearse hipótesis diagnósticas, y el "paciente virtual" irá respondiendo a cada una de ellas. De este modo, el alumno podrá delimitar el trastorno objeto de estudio. El proceso de diagnóstico estará basado en los árboles de decisión propuestos por los sistemas de clasificación internacionales como son el

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [4] y la Clasificación Internacional de Enfermedades [5]. El alumno podrá realizar todas las preguntas que considere oportuno, y se contabilizará el tiempo aproximado para la emisión de la pregunta y la respuesta obtenida, de manera que el alumno tendrá un indicador objetivo del tiempo tardado en emitir el diagnóstico, que se podrá transformar a número de sesiones. Este aspecto es especialmente relevante debido a la necesidad de aumentar la efectividad.

Las hipótesis diagnósticas y la evaluación, dónde se deberán elegir los instrumentos más apropiados para evaluar la sintomatología del trastorno presente en el caso en que estén trabajando los alumnos, y poder así rechazar o aceptar alguna de sus hipótesis, se realizarán en paralelo para poder concretar de este modo el diagnóstico de manera más precisa. Del mismo modo que en la entrevista el paciente virtual da feedback sobre qué respondería un paciente real, en ese caso durante la elección de instrumentos de evaluación, al seleccionarlos el paciente dará una puntuación en base a lo que contestaría un paciente real con la patología objeto de estudio en el ejercicio planteado. Siguiendo este patrón, si el cuestionario es acertado, saldrá una puntuación ficticia que confirme que ese instrumento es adecuado para evaluar la patología en cuestión y, en caso de no ser necesario el cuestionario, la puntuación que daría el paciente lo reflejaría y además aparecería una explicación de por qué no es relevante para el caso planteado. De este modo, no se trata sólo de una mera elección al azar, sino que se va gestando un aprendizaje progresivo, en el que el alumno podrá afianzar los conocimientos que ya tenga, o adquirir aquellos de los que carece todavía.

### **2.1.3. Intervención psicológica**

Cuando el alumno llegue al diagnóstico correcto sobre el caso, el siguiente apartado será el de *intervención*. En él, se seleccionarán los componentes de tratamiento más adecuados. En función del caso seleccionado, y aunque hayan varios sobre el mismo trastorno, en cada uno se manifestarán unos síntomas de manera más acusada u otros, por lo que no habrá posibilidad de elegir las mismas estrategias de tratamiento para todos los casos de depresión presentes en la aplicación, por ejemplo. De esta forma, los alumnos se ven enfrentados a la incertidumbre que vivirán en primera persona en un futuro durante su práctica como terapeutas. Cada persona manifiesta un mismo trastorno de manera diferente y le afecta de distintas formas, por lo que siempre hay que personalizar al máximo los tratamientos. En este apartado también habrá feedback sobre si los componentes de tratamiento seleccionados son útiles y necesarios en el ejemplo concreto con el que se esté trabajando.

## 2.2. Características de la aplicación

El programa, además de los apartados anteriormente mencionados, incluirá un sistema de evaluación que formará parte de la evaluación continua de las asignaturas. Lo que facilitará también la tarea al profesorado, pues tendrá disponibles las evaluaciones de todos los alumnos en el sistema, pudiéndolos consultar cuantas veces quiera. La nota dependerá del tiempo empleado en la realización del ejercicio. El tiempo empezará a contar cuando el alumno realice una pregunta al “paciente virtual”. Dicha nota dependerá del tiempo total de la entrevista, cuantas más preguntas irrelevantes se empleen para llegar al diagnóstico peor nota se obtendrá. Cada trastorno tendrá un número imprescindible de preguntas necesarias para llegar al diagnóstico, y el tiempo necesario para hacer ese número concreto de preguntas, sería la nota máxima que se podría obtener.

También cabe comentar que algunos casos se presentarán en inglés para facilitar el aprendizaje de terminología relacionada con el diagnóstico, evaluación e intervención psicológica en este idioma. Yendo un poco más allá de los conocimientos que se puedan adquirir en las clases presenciales. Por tanto, habrá casos en castellano, valenciano e inglés, los tres idiomas oficiales de la Universitat Jaume I, dónde se implantaría este sistema.

El sistema estará disponible desde el Aula Virtual o desde las Aulas de Informática para el libre uso de la misma por parte de los estudiantes. Esta herramienta está pensada como complemento de las prácticas de aula y laboratorio presenciales, para fomentar el autoaprendizaje y la autoevaluación a través de un mecanismo de práctica continuada.

## 3. EJEMPLO CON UN CASO PRÁCTICO DE DEPRESIÓN

**Caso:** «Inés es una joven de unos 27 años cuyo motivo de consulta es: “estoy en un pozo del que no sé cómo salir, me siento muerta en vida”, “estoy apagada, sin ilusión”, “no entiendo por qué cosas con las que antes disfrutaba, como mi trabajo, ahora sólo me producen hastío”, “levantarme cada mañana para mí es todo un reto”. Durante la entrevista presenta una postura decaída, distante de la terapeuta, habla con voz apagada, se le ve enlentecida tanto en sus movimientos como en el habla y muestra una fuerte labilidad emocional. Este sentimiento ha estado presente durante el último año y medio, y ha estado muy relacionado con los conflictos que tenía con su pareja, con la cual acabó separándose por iniciativa de él. Dice haber intentado todo para que la relación funcionara y siguiera adelante. Al no dar frutos sus esfuerzos y ocurrir la ruptura se sintió “hundida”, no salía de casa, no contestaba las llamadas y se fue encerrando en

sí misma. Hace unos meses, contactó con su expareja con motivo de su aniversario y, al notarlo frío y distante se vino abajo. Desde ese momento llora constantemente (casi a diario), no se relaciona con nadie y se pasa el día en casa sola (ha tenido que pedir la baja en el trabajo), no siente ganas de nada, y refiere rumiar constantemente analizando los errores que cometió en su relación. La paciente presenta estado de ánimo predominantemente triste, ausencia de motivación que aparece fuertemente unida a una irritabilidad persistente. “Mis amigos me dicen que estoy insoportable, que salto de forma exagerada por los detalles más simples”. Cuando se le pregunta acerca de su deseo de morir, dice que a veces le encantaría dormirse y no volver a despertar, pero que le da demasiado miedo sentir dolor y que no se ve capaz de hacerlo. Algunas de las causas que dieron lugar a que pidiera la baja en el trabajo, fueron que tenía continuos despistes, le costaba concentrarse hasta en tareas sencillas. Además de los síntomas mencionados, la paciente padece problemas de sueño y su apetito se ha visto alterado pues dice comer más de lo habitual. La paciente refiere sentirse desesperanzada, vacía, culpable por sus errores durante su relación y tener sentimientos de devaluación y minusvalía personal, “no me gusto, no valgo nada”. No hay antecedentes personales ni familiares de problemas psicológicos. Inés refiere nunca haberse sentido así antes y que siempre ha sido una persona muy tranquila, poco aventurera, y a la que le gusta tener una vida calmada y sin grandes riesgos. Inés comprende que necesita ayuda para no seguir sintiendo que “se queda sin vida” y porque no quiere seguir así.»

**Hipótesis diagnósticas:** distimia (¿los síntomas depresivos se han mantenido durante al menos dos años seguidos?), trastorno bipolar fase depresiva (¿ha habido presencia de episodios pasados maníacos o hipomaníacos? ¿ha habido presencia de episodios depresivos anteriores?), Trastorno depresivo mayor

**Diagnóstico:** Trastorno depresivo mayor puesto que los síntomas perduran desde hace tan sólo año y medio por lo que descartamos distimia. Se menciona en el caso que no hay antecedentes de episodios similares por parte de la paciente ni sus familiares, parece que es la primera vez que la paciente se siente así, y además dice que siempre ha sido una persona tranquila a la que no le ha gustado correr riesgos ni aventuras. Podríamos descartar un trastorno bipolar. Todo apunta a que podría ser un Trastorno depresivo mayor, pues hay presencia de los siguientes síntomas: falta de motivación, ya no hay disfrute de las cosas que antes le agradaban, le cuesta levantarse por las mañanas, postura decaída, voz apagada, enlentecida, labilidad emocional, aislamiento social, llanto frecuente, rumiación constante, irritabilidad persistente, pensamientos de muerte sin planificación ni intentos suicidas, problemas de concentración, problemas de sueño y cambios notables en la alimentación y ganancia de peso, sentimientos de desesperanza, vacío, culpabilidad, devaluación y minusvalía personal.

**Evaluación:** ¿qué instrumentos ves necesario emplear en este caso?

BDI, ODSIS, OASIS, CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA, REGISTRO DE ACTIVIDAD DIARIA (como línea base pre tratamiento), PANAS, QLI, Brief COPE, ideación suicida, Perceived Stress Scale (PSS), EOS (Escala de Orientación al Disfrute) y EROS (Escala de Observación de los Refuerzos Ambientales), Escala de Expectativas de tratamiento...

**Intervención:** ¿Cuáles de las siguientes estrategias de intervención utilizarías en este caso?

Psicoeducación, programación de actividades, reestructuración cognitiva, exposición, prevención de recaídas...

#### 4. CONCLUSIONES

- La inclusión de esta aplicación supondrá una mejora en la coordinación docente, a nivel de programas, contenidos, actividades (prácticas) y evaluación.
- La utilización del sistema en distintas asignaturas fomentará el aprendizaje de conocimientos y habilidades transversales entre las mismas, lo que repercutirá en un aprendizaje más integrador y comprensivo.
- Este programa proporciona la ventaja de la individualización y la adaptación de la enseñanza al propio ritmo del alumno ya que la aplicación va dando feedback en cada apartado acerca de si vamos bien encaminados o no en la correcta realización de la tarea.
- Además, dado el natural uso de las tecnologías por parte del estudiantado, este sistema puede resultar, además de útil e instructivo, ameno en su uso, facilitando la adherencia al mismo.
- Así mismo, otorga cierta libertad a los alumnos para trabajar desde casa, a su ritmo y empleando el tiempo que necesiten para cumplimentar el diagnóstico, evaluación e intervención de cada caso práctico.
- En resumen, creemos que este sistema puede resultar una herramienta de fácil uso, entretenida y muy útil tanto para los profesores como para los alumnos que la empleen, que facilite el aprendizaje dinámico y activo por parte de los estudiantes.

## REFERENCIAS

- [1] ALONSO, J., ANGERMEYER, M. C., BERNERT, S., BRUFFAERTS, R., BRUGHA, I. S., BRYSON, H., ... & VOLLEBERGH, W. A. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21-27.
- [2] LÓPEZ, E. Á., MALDONADO, J. G., & ESPARCIA, A. J. (2002). Recursos didácticos basados en Internet para un curso de Psicología patológica. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 33, 433-452.
- [3] KENNY, P., PARSONS, T. D., GRATCH, J., LEUSKI, A., & RIZZO, A. A. (2007, January). Virtual patients for clinical therapist skills training. In *Intelligent Virtual Agents* (pp. 197-210). Springer Berlin Heidelberg.
- [4] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2013). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- [5] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1992). CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid, Meditor.