

ESTUDIO PILOTO SOBRE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y COUNSELING EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

M.A. Robles, D. Sánchez y M. González

M^a Auxiliadora Robles Bello y David Sánchez Teruel son profesores en el Departamento de Psicología de la Universidad de Jaén. Manuel González Cabrera pertenece al Departamento de Enfermería de la misma Universidad.

Introducción

Counseling es un término inglés para el que es difícil encontrar en castellano una palabra que pueda traducir el

significado que englobe todos aquellos elementos y matices que le son propios (Bimbela, 2001). Las traducciones más utilizadas son “consejo asistido” y/o “relación de ayuda” y/o “asesoramiento”. En definitiva, el counseling consiste en una relación entre dos personas: un profesional que informa y facilita herramientas y estrategias sobre el tratamiento, y un paciente/usuario/cliente que se compromete y colabora en su proceso de salud-enfermedad. Además, en este trato recíproco se exploran necesidades, preocupaciones y recursos de los propios pacientes; se ofrece la oportunidad para reflexionar por medio de preguntas abiertas y focalizadas para ayudar a las personas a tomar las decisiones que considere más adecuadas, con el fin de afrontar sus problemas en función de sus valores e intereses. Se trata de una metodología centrada en el usuario (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2010), que intenta deshacerse de una visión paternalista, y viaja hacia una relación más madura y respetuosa, basada en el principio ético de autonomía de una relación de confianza, que fomenta la responsabilidad del sujeto en su propio autocuidado.

El surgimiento del counseling viene dado por la mano de Frank Parsons a principios de 1900, pero no es reconocida como una especialidad psicológica hasta 1940-1950 que se crea la división 17 de la Asociación Psicológica Americana (APA) (Heppner, Leong y Chiao, 2008). Más tarde en Japón, tras la Segunda Guerra Mundial, una serie de líderes en

asesoramiento entre los que se encontraban H. Borow y L. Brammer; ejercieron como asesores al gobierno de su país. En los años 60 su expansión continuó hasta Inglaterra donde F. Robinson y C. G. Wrenn (también líderes en esta disciplina de la psicología) se involucraron en la consolidación del counseling. Con el tiempo, el counseling ha ido expandiendo sus conocimientos, en unos lugares más que en otros, de manera que durante los años 90 y principios del 2000, en Estados Unidos acogieron la problemática relacionada con asuntos multiculturales, los cuales implicaban problemas relacionados con la raza o identidad étnica, orientación sexual, género, clase social y aptitudes físicas. En 1991, desde la multiculturalidad se considera como "una cuarta fuerza" dentro del ámbito de la Psicología (Heppner, Leong y Chiao, 2008).

La práctica habitual del counseling es una buena forma de prevenir la aparición de situaciones difíciles, agresivas y emocionalmente desbordantes (Bayes, 1997; Bimbela, 1995; Launius y Jensen, 1987). En especial en aquellas situaciones donde puedan producirse alteraciones emocionales en alguno de los protagonistas implicados y/o cuando se desea promover cambios en las conductas de los pacientes/usuarios/clientes (Bimbela, 2001). Para ello, ofrece una serie de técnicas, instrumentos y métodos perfectamente aplicables a la mejora de las relaciones interpersonales de los propios profesionales de la salud (Brook y Boaz, 2005; Martínez y Valverde, 2004).

Los objetivos del counseling son conocer y practicar habilidades para que las relaciones sean más eficaces, así como, aprender a identificar las preocupaciones y necesidades de los usuarios, relacionadas con la salud, disminuyendo su sufrimiento para ayudarles a su adaptación durante el proceso de tratamiento (Benbassat, Baumal, 2002). También ayuda a los profesionales a mejorar su propia salud y a poner en marcha acciones para evitar el estrés relacionado con su trabajo (Brook y Boaz, 2005).

El counseling contempla cuatro tipos de habilidades: a) *a nivel emocional* (intra e interpersonales) dirigidas a manejar tanto las propias emociones como las de los usuarios y allegados, y las de otros profesionales; b) *a nivel comunicativo*, siendo una herramienta básica para la relación interpersonal, y a través de la cual se abordan las emociones de los usuarios y se estimulan los cambios de comportamiento. Las habilidades interpersonales y la comunicación se especifican como las competencias centrales en el counseling (Batalden, Leach, Swing, Dreyfus y Dreyfus, 2002; Benbassat y Baumal, 2002; Scheiber, Kramer y Adamowski, 2003); c) *motivación*, que tiene como objetivo estimular determinados cambios de conductas y hábitos del usuario; d) *autoevaluación*, que ayuda a los expertos a identificar qué tipo de conocimientos, habilidades y experiencia son necesarias para su desarrollo profesional continuo a través del proceso de revisión en el aprendizaje (Belar, Brown, Hersch, Hornyak, Rozensky, Sheridan et al., 2001). El acto de autoeva-

luación es una tarea intrínsecamente exigente, que puede ser vista como una reflexión personal sobre la propia ejecución con el fin de reconocer la conciencia que se posee sobre los propios conocimientos, habilidades y necesidad de entendimiento en un área en particular (Eva y Regehr, 2009). Este enfoque metacognitivo se refiere a las creencias y valoraciones acerca de su propio pensamiento, así como a la capacidad de supervisar y regular la cognición (Flavell, 1979), de tal manera que la autoevaluación es un proceso difícil, pero el aprendizaje es posible si el enfoque reflexivo está integrado en el proceso de instrucción (Mok, Lung, Cheng y Cheung, 2006; Roberts, Borden, Christiansen y López, 2005).

Los pacientes obtienen beneficios de la aplicación de este tipo de estrategias para que las emociones (Sánchez-Teruel, 2009) no desborden al profesional y pierdan su funcionalidad, se interviene sobre los tres niveles de la respuesta humana que están en el origen y mantenimiento de los trastornos: *a nivel cognitivo* (forma de interpretar las situaciones), *fisiológico* (ante la interpretación, el sistema nervioso vegetativo se activa para enfrentarse o huir de la situación. Este sistema solo es ventajoso si se presenta en niveles moderados, pero no si es excesivo en tiempo o grado) y *motor* (afrentamiento a situaciones) (Lane, Rollnick, 2007). La cuestión es que no sólo los pacientes se benefician sino que las instituciones sanitarias también lo hacen, al ver aumentar la calidad autopercibida en el servicio por parte de los propios pacientes/usuarios/clientes, y además, mejora el clima laboral entre los profesionales (menos estrés, menos “daños asociados”: bajas, dolores musculares, cefaleas, burnout, etc.) (Bimbela, 2001). Finalmente, la sociedad en general también obtiene ganancias, pues logra un uso más racional del servicio sanitario-asistencial y fármacológico, fomentando la promoción de estilos de vida más saludables (Sánchez-Teruel, en prensa).

En muchas profesiones sanitarias se adopta cada vez más un enfoque basado en competencias para la formación en centros de trabajo (Irigoin y Vargas, 2002). La competencia puede ser definida como una integración de diferentes aspectos como son el conocimiento científico y la información relacionada con el tema del experto en el trabajo (Nelson, 2007). El fundamento de la competencia en el cuidado de la salud se refiere a la capacidad de aplicar la información y métodos científicos mediante el uso de diferentes habilidades interpersonales, se incluye además la incorporación de prácticas relacionadas con la reflexión y la autoevaluación (Organización Panamericana de la Salud-OPS, 2008).

El objetivo de la formación basada en competencias es que los estudiantes adopten los principios fundamentales de la comunicación y los conceptos teóricos asociados, y sean capaces de aplicar sus conocimientos en situaciones prácticas (Segura, Larizgoitia, Benavides, Gómez, 2003). El estudiante del área de salud debería de aprender a reflexionar sobre su propio conocimiento, habilidades y comunicación, y tiene

que estar activamente dirigido a buscar y aceptar la retroalimentación en diferentes momentos durante el entrenamiento (Billorou, Pacheco y Vargas, 2011).

Varios autores (Caballo, 1993; Montes-Berges, 2011; Ovejero, 1990) han demostrado como pueden ser entrenadas determinadas competencias profesionales utilizando técnicas de simulación y juegos de roles. De hecho, suele utilizarse (Gil y León, 1992; Montes-Berges, 2007) este tipo de técnica de juego de roles para el entrenamiento de habilidades y competencias en estudiantes y profesionales de ciencias de la salud.

De ahí, que el objetivo de este estudio sea reflejar la autoevaluación de competencias y destrezas profesionales en comunicación y *counseling* en estudiantes de Grado Psicología y Enfermería de últimos cursos de la Universidad de Jaén (España), antes y después de la realización de un entrenamiento en habilidades interpersonales y de comunicación, utilizando como metodología básica de entrenamiento la técnica del juego de roles.

Metodología

Participantes

Los participantes fueron en total 209 estudiantes de últimos cursos durante los años académicos 2010-2011 y 2011-2012 de la Universidad de Jaén. De los cuales, 89 estudiantes eran de psicología (20 hombres-22,47% y 69 mujeres-77,53%) y 120 de enfermería (40 hombres-33,33% y 80 mujeres-66,66%), todos de últimos cursos. Los alumnos de Enfermería tienen edades comprendidas entre 18 y 54 años, con una edad media de 23 años y una desviación típica de 7,75 y los alumnos de Psicología tienen edades comprendidas entre 20 y 44 años, con una edad media de 23,30 y una desviación típica de 4,21

Medida e instrumento de evaluación

Las habilidades de comunicación se evaluaron con un cuestionario semiestructurado de 21 ítems ya utilizado con anterioridad por Poirer, Clark, Cerhan, Pruthi, Geda y Dale (2004), y para esta investigación, se realizó una traducción al castellano realizada por dos profesores de Filología inglesa de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de Jaén. A los estudiantes se les pidió que valorasen su propia habilidad en dos momentos distintos (antes y después del entrenamiento) según una escala tipo Likert del 1 al 5 (1 = nada, 5 = muy bueno). Los ítems que miden las habilidades de comunicación fueron analizados utilizando el factor de rotación varimax. Se puede observar que son cinco los factores que explican el 59% de la varianza, y esos factores se representan en la Tabla 1 con puntuaciones por encima de 0,50 (ver Tabla 1).

Tabla 1
Análisis factorial del cuestionario semiestructurado
de habilidades de comunicación

Área evaluada	Habilidades de comunicación	Habilidades especiales	Capacidad para motivar	Capacidad de empatía	Capacidad para inducir el cambio
Inicio de la conversación	.566				
Mantenimiento de la conversación	.632				
Contacto ocular	.585				
Preguntas abiertas	.636				
Dar información+	.513				
Silencio		.622			
Motivar		.515			
Confrontación+		.641			
Motivar ante ansiedad			.690		
Motivar ante depresión			.699		
Motivación+			.732		
Empatía				.712	
Reflexión+				.776	
Evaluación del cambio					.511
Evaluación en ansiedad					.776
Evaluación en depresión					.721
Evaluación					.510
Intervención en ansiedad					.699
Intervención en depresión					.709
Intervención					.511
alfa de Cronbach					
I	.68	.66	.80	.70	.74
II	.54	.60	.75	.64	.61

Existen cinco factores que se puede interpretar con claridad; por una parte tenemos la *comunicación* como habilidad básica que incluye ítems relacionados con la habilidad para iniciar una conversación, para mantenerla, para mantener contacto visual, hacer preguntas abiertas y proporcionar información. Otro factor se refiere a las *habilidades de comunicación* que se llaman especiales y que son las habilidades para utilizar y respetar el silencio, para motivar y hacer frente a imprevistos (relacionado con la capacidad de afrontamiento). La *capacidad de motivación* durante la entrevista en la que se realiza el juego de roles, que incluye aspectos como la habilidad para extraer información sobre su nivel de ansiedad, de depresión y para motivar el cambio. El cuarto factor se refiere a las *habilidades para sentir empatía y reflexionar* sobre la situación. La última variable está relacionada con la *capacidad para cambiar la orientación* del paciente dentro de la entrevista.

El alfa de Cronbach calculado oscila entre 0.54 y 0.80 lo que indica la consistencia interna de las puntuaciones (ver Tabla 1), por lo que se puede decir que la fiabilidad del cuestionario es la adecuada.

A los estudiantes, además se les pidió que se puntuasen a sí mismos sobre su grado de competencia en cuanto al counseling, haciendo uso de una escala tipo Likert en la que 1 es la puntuación mínima y 5 la máxima, lo que se evidenciaba en ítems del tipo *¿qué conocimiento te ofrece tu carrera sobre el counseling?*, etc.

Procedimiento

Al inicio del curso 2010-2011, se solicitó al alumnado formar parte, como voluntarios de un proyecto en el que se iba a realizar un entrenamiento en counseling durante los años 2010 al 2012.

A todos los alumnos se les realiza un cuestionario de Poirer, Clark, Cerhan, Pruthi, Geda y Dale, (2004) antes y después del entrenamiento en counseling. Dicho entrenamiento se realizó durante ambos cursos académicos (2010-2011 y 2011-2012) con la siguiente estructuración: durante el curso académico 2010-2011, los alumnos de ambas titulaciones realizaron 10 horas de talleres formativos, consistentes en sesiones teóricas sobre counseling (habilidades de comunicación, autoevaluación, principios de desarrollo profesional, etc.). Durante el curso académico 2011-2012 se realizaron las sesiones de entrenamiento prácticas utilizando la técnica de juegos de rol y simulaciones durante 10 horas en pequeños grupos de 4 personas.

Las simulaciones en situaciones análogas o juegos de rol, se llevaron a cabo en pequeños grupos de 4 personas: un estudiante tomaba el papel de profesional (psicólogo o enfermero), otro era un cliente/paciente/usuario y dos personas actuaron en calidad de observadores, dando retroalimentación o feedback. El alumno o alumna que realizaba la función de profesional disponía de unas instrucciones resumidas, igual que el cliente, y siempre relacionadas con situaciones reales de salud. El papel de uno de los observadores fue de empatizar con el cliente/usuario/paciente, y el del otro observador empatiza con el profesional. En principio, el contenido y la estructura de este curso fueron similares a los dirigidos a los estudiantes de psicología. Cada pareja de observadores actuaba ante una situación imaginaria basada en situaciones reales relacionadas con salud (Montes-Berges, 2008, 2011).

Resultados

Se compararon las puntuaciones de ambos grupos en cuanto a la autopercepción sobre el nivel de ejecución en las diferentes habilidades y el nivel de competencias mediante análisis de varianza (ANOVA) para muestras independientes, y las diferencias de medias se analizaron con la prueba de *t* de Student. La diferencia entre el pre y el postentrenamiento o cambio en los niveles de competencia de cada grupo, se hizo igualmente con la *t* de Student para muestras relacionadas. El nivel de significación estadística requerido en todas las pruebas ha sido de

$p < 0,05$. El análisis estadístico de los datos se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS versión 19.0.

Al principio del entrenamiento, cada grupo de estudiantes (Enfermería y Psicología) dio un valor promedio más alto en la autoevaluación de sus habilidades básicas de comunicación, así como en empatía y reflexión que en la estimación de sus habilidades en otras áreas de competencia. Además, se puede observar (Tabla 2) cómo los estudiantes de Enfermería perciben sus habilidades de la empatía y de reflexión como más importantes que los estudiantes de Psicología.

Los resultados muestran que en los estudiantes de Psicología el cambio debido al entrenamiento (inicio-fin) fue significativo en todas las áreas de habilidad, y en particular, se detecta una mejoría importante sobre todo en habilidades especiales de comunicación ($t = 8.4$) y cambio en orientación ($t = 9.9$).

Los resultados en estudiantes de Enfermería muestran un cambio significativo (inicio-fin) en todas las habilidades, excepto en empatía y reflexión ($t = .9$).

Los resultados intergrupos muestran un nivel de significación adecuado ($p < 0,01$) en estudiantes de Psicología y Enfermería para todas las habilidades de comunicación. Sin embargo, los resultados muestran que el nivel de cambio pre y postratamiento ha sido mucho mayor en los estudiantes de Psicología que en los de Enfermería en todas las habilidades de comunicación. Además, parece ser que todos los estudiantes (psicología y enfermería) presentan un mayor nivel de autoconocimientos relacionados con la comunicación antes del entrenamiento que los mostrados tras el entrenamiento ($F_p = 5.6$; $F_f = ns$).

Al comienzo del entrenamiento, las autoevaluaciones de los conocimientos de *comunicación* más altas son para los estudiantes de psicología siendo el cambio mayor en enfermería, y al final del entrenamiento en counseling las autoevaluaciones eran similares en ambos grupos (ver tabla 2). Al principio de curso la media de las autoevaluaciones en competencia en los estudiantes de psicología era de 62.2 y al final del entrenamiento de 72.8. El cambio fue significativo ($t_{80} = 8.3$, $p < .001$). Las medias de los estudiantes de enfermería fueron 63.2 al inicio y al 72.0 al final ($t_{103} = 5.5$, $p < .001$).

Tabla 2

Media y desviación típica de las habilidades de autoevaluación, competencia sobre la comunicación de ambos grupos de estudiantes al inicio y final del curso, medido con la *t* de Student para muestras relacionadas.

Habilidad variable	Psicología		Enfermería		Diferencia entre grupos	Significación
	Media	DT	Media	DT	<i>F</i>	<i>p</i>
Habilidades de comunicación						
Inicio	3.4	.5	3.6	.6	20.8	.000
Fin	4.0	.4	3.7	.4	8.8	.000
Cambio <i>t</i>	6.7 ***		3.2 ***			
Habilidades especiales de comunicación						
Inicio	2.5	.5	2.5	.6	7.9	.000
Fin	3.1	.6	2.9	.6	7	.001
Cambio <i>t</i>	8.2 ***		5.7 ***			
Motivar en la entrevista						
Inicio	1.9	.7	1.6	.7	1.5	.071
Fin	2.2	.6	2	.7	6.8	.001
Cambio <i>t</i>	7.6 ***		5.0 ***			
Empatía y reflexión						
Inicio	3.1	.7	3.4	.7	10.0	.000
Fin	3.7	.7	3.6	.7	.5	ns
Cambio <i>t</i>	5.3 ***		.9 ns			
Cambio en orientación						
Inicio	2.7	.6	2.7	.7	14.6	.000
Fin	3.4	.4	3.2	.9	9.0	.000
Cambio <i>t</i>	10.1 ***		5.8 ***			
Conocimientos relacionados con la comunicación						
Inicio						.01
Fin	2.7	.6	2.7	.7	5.6	
Fin	3.4	.4	3.2	.9	ns	
Cambio <i>t</i>	3.9 *		4.4 ***			

** ANOVA ($p < 0,01$), *** $p < 0,001$, ns = no significativo

Discusión

El propósito de este estudio fue describir cómo los estudiantes evalúan sus competencias y destrezas antes y después de un entrenamiento en el que practicaban habilidades de comunicación e interpersonales por medio de una formación y entrenamiento en *counseling*. En la evaluación que se realiza al inicio del curso 2010 los estudiantes de Enfermería y de Psicología calificaron su capacidad de comunicación en el mismo nivel. Inesperadamente, los estudiantes de enfermería valoran su capacidad de empatía y de reflexión por encima de los estudiantes de psicología, quizás esto se puede interpretar porque estos estudiantes realizan prácticas de enfermería reales en Hospitales y Centros de Salud desde sus primeros cursos, obteniendo así, una continua experiencia en situaciones reales en hospitales, etc., que consiste en la observación y frecuentes contactos con pacientes, lo que puede haber contribuido a estos resultados. Muy al contrario, el *practicum* de Psicología se realiza solo en últimos cursos de su formación académica universitaria y con sólo con 9 créditos, parece evidenciar que no contribuye a la adquisición de habilidades y competencias profesionales en estos futuros profesionales de la Psicología.

Por otro lado, se podría afirmar que los estudiantes de Psicología fueron más críticos en la evaluación de sus habilidades de empatía, además estos alumnos calificaron su conocimiento acerca de la comunicación como más importante que el grupo de Enfermería. Esto podría implicar que ven la situación de comunicación como más difícil y más compleja e importante. Podría ser que las autoevaluaciones de estos estudiantes reflejan sus experiencias anteriores de comunicación, así como su reconocimiento de la urgente necesidad de adquirir más experiencia en cuanto a habilidades comunicativas para la realización eficaz de su trabajo en un futuro.

En cuanto a su capacidad para evaluar sus propias habilidades, los participantes obtuvieron un beneficio considerable del entrenamiento que se describe en este trabajo: con una intervención en tiempo muy reducida, todos los grupos estiman que sus niveles de habilidad se incrementan después del proceso de entrenamiento, lo que coincide con estudios anteriores (Benbassat J, Baumal, 2002; Tiuraniemi, Hatakka y Keskinen, 2008). Este resultado fue consistente con los obtenidos por estudios internacionales (Chan, Wun, Cheung, Dickinson, Chan y Lee et al. 2003; Poirier, Clark, Cerhan, Pruthi, Geda y Dale, 2004), pero realizados con estudiantes de otras especialidades de Ciencias de la Salud (Medicina).

El tipo de habilidades que se mejoraron en los estudiantes al finalizar el entrenamiento son las habilidades de comunicación, capacidad de motivación en la entrevista, empatía, reflexión y capacidad para el cambio, siendo el incremento mayor en los estudiantes de Psicología que en los de Enfermería. La explicación a estos resultados quizás se deba a la

mayor concienciación, de los estudiantes de Psicología, sobre la importancia de este tipo de contenidos en su profesión. Es posible, también, que una sobreevaluación de la competencia sea el reflejo del deseo de agradar al profesor o evitar la disonancia cognitiva al afirmar que no se produjo ningún cambio después de un entrenamiento o un compromiso educativo.

Lo que sí queda claro es que el procedimiento de trabajo de juego de roles en situaciones análogas es un método eficaz (Montes-Berges, 2007; Sánchez-Teruel, 2009). Pero se debe tener cuidado al usarlo, estableciendo metas realistas para que los resultados de aprendizaje en la simulación sean fiables y válidos. Además, los estudiantes deben estar motivados para hacer uso de él, y deben estar preparados para auto-dirigirse dentro del pequeño grupo, en el que las reglas del juego deben ser claras. El ambiente en la situación de grupo debe ser libre de amenazas y cada miembro del grupo debe tener una idea clara de su propia tarea en el grupo.

En grupo, también es importante crear oportunidades para la reflexión sobre el aprendizaje individualizado, así como para el interrogatorio de las experiencias de juego de roles. Esto tiene mucho que ver con teoría que se les ha enseñado (Montes-Berges, 2007). De este modo, esta situación de simulación crea una oportunidad para practicar y aprender las habilidades comunicativas y también para estimar el valor de la propia experiencia y la de los demás. El instructor debe crear un marco para la práctica que sea suficientemente seguro, y además enfatizar el valor positivo de cometer errores, porque estos suelen ofrecer las mejores experiencias de aprendizaje (Segura et al., 2003). Este tipo de situaciones, evidentemente no son tan difíciles como las reales, sin embargo, ofrecen la oportunidad de examinar y probar diferentes maneras de actuar en situaciones con alto nivel de ejecución. En este tipo de entrenamientos se ofrece la oportunidad para experimentar, para corregir errores, cambiar actitudes, y aprender nuevas formas de pensar, ya que el estudiante asume el papel de un paciente, experimenta cómo empatizar de forma más eficaz con el paciente, y se trabaja para ponerse en la situación de la otra persona, en este caso, un paciente/usuario/cliente.

Las limitaciones de este trabajo son obvias, ya que además de no usar un grupo control, se utilizaron como variables de medida valores no objetivos como la autoevaluación de las habilidades y la competencia. El uso de autoinformes como medida de habilidades de los alumnos puede ser criticado por razones justificadas, como la falta de fiabilidad. Sin embargo, el objetivo original no era medir objetivamente el nivel de competencias, sino que fue explorar las experiencias personales de los alumnos y su propia evaluación sobre su nivel de competencia ante sus vivencias. Con este fin, los autoinformes sí son una opción adecuada. Además de la autoevaluación, se podría haber utilizado una evaluación externa, por lo tanto llegamos a la conclusión de que en el futuro,

sería útil para estudiar las habilidades de los alumnos utilizando instrumentos alternativos.

Conclusión

En definitiva cuando se introducen en un entrenamiento en counseling el trabajo de determinadas habilidades de comunicación e interpersonales, se evidencia que se proporciona al alumno un importante beneficio y una magnífica oportunidad para animarle a reflexionar y mejorar sus habilidades de relación con los demás.

Las implicaciones prácticas de este trabajo resultan interesantes dado que podemos afirmar que la oportunidad de participar en una situación análoga influye positivamente en los alumnos que evalúan sus habilidades de comunicación. En el futuro, valdría la pena prestar atención a la práctica de la enseñanza reflexiva en la formación de los estudiantes de enfermería y psicología. Los componentes cognitivos y emocionales de estas prácticas ayudan a los estudiantes a desarrollar sus habilidades de comunicación. El uso de la simulación y del juego de roles son muy útiles en la enseñanza de habilidades de comunicación e interpersonales, ya que les ayuda a incorporar experiencias e incrementa su nivel de competencia profesional dentro del ámbito sanitario-asistencial.

Agradecimientos: Este trabajo ha sido subvencionado a los autores por el Vicerrectorado de Ordenación Académica, Innovación Docente y Profesorado de la Universidad de Jaén a través de la convocatoria competitiva de proyectos de Innovación Docente del año 2010 al año 2012 con Nº Exp.: PID821012 a través del Secretariado de Innovación Docente y Formación del Profesorado.

Referencias

- Bayés, R. (1997). El Counseling como instrumento terapéutico. En M^a I. Hombrados (ed). *Estrés y salud* (pp.343-350). Valencia: Promolibro.
- Bimbela, J.L. (1995). El modelo P.R.E.C.E.D.E. y su aplicación en el ámbito de la sexualidad y la promoción de la salud. En: J.L. Bimbela (ed). *Sexualidad y salud* (pp.125-131). Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 1995.
- Bimbela, J. L. (2001). El Counselling: una tecnología para el bienestar del profesional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 24 (supl. 2)*, 33-42
- Billorou, N., Pacheco, M. y Vargas, F. (2011) (Eds). *Guía para la evaluación de impacto de la formación*. Montevideo: Organización Internacional del Trabajo (OIT/Cinterfor)
- Brook, U. y Boaz, M. (2005). Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and learning disabilities (LD): Adolescents perspective. *Patient Education and Counseling, 58*, 187-191
- Batalden,P., Leach,D., Swing,S., Dreyfus,H. y Dreyfus,S. (2002).General competencies and accreditation in graduate medical education. *Health Affair, 21*,103-11.

- Belar, C., Brown, R., Hersch, L., Hornyak L., Rozensky R. y Sheridan, E., *et al.*, (2001). Selfassessment in clinical health psychology: a model for ethical expansion of practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 135-41.
- Benbassat, J. y Baumal, R. (2002). A step-wise role playing approach for teaching patient counseling skills to medical students. *Patient Education and Counseling*, 46, 147-52.
- Chan, C., Wun, Y., Cheung, A., Dickinson, J., Chan, K., Lee, H., et al. (2003). Communication skill of general practitioners: any room for improvement? How much can it be improved? *Medical Education*, 37, 14-26.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales*, Madrid: Siglo XXI
- Eva, K. y Regehr, G. (2008). 'I'll never play professional football' and other fallacies of self-assessment. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28, 14-9.
- Irigoin, M. y Vargas, F. (2002). *Competencia Laboral: Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector de la Salud*. Montevideo: CINTERFOR
- Flavell J. (1979). Metacognition and cognitive monitoring. A new area of cognitive developmental inquiry. *The American Psychologist*, 34, 906-11.
- Gil, F. y León, J.M. (1992). *Habilidades sociales y salud*, Madrid: Eudema
- Martínez, C. y Valverde, C. (2004). *Counselling: la relación terapéutica*. Madrid. Agencia Española de Cooperación internacional
- Mok, M., Lung, C., Cheng, D., Cheung, R. y Ng, M. (2006). Self-assessment in higher education: experience in using a metacognitive approach in five case studies. *Assessment and Evaluation High Education*, 31, 415-33.
- Montes-Berges, B. (2007). *Técnicas grupales para la salud*. Jaén: Del Lunar
- Montes-Berges, B. (2008). *Comunicación y Relajación: Aprendiendo habilidades interpersonales y de autoconocimiento*. Jaén: Del Lunar
- Montes-Berges, B. (Dir.). (2011). *Entrenamiento en Competencias del EEES para Enfermeros y Fisioterapeutas*. Jaén: Editorial Formación Alcalá
- Nelson, P. (2007). Striving for competence in the assessment of competence: psychology's professional education and credentialing journey of public accountability. *Train Education Profession Psychology*, 1, 3-12.
- Lane, C y Rollnick, S. (2007). The use of simulated patients and role-play in communication skills training: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 67,13-20.
- Launius, M. y Jensen, B. (1987). Interpersonal problem-solving skills in battered, counseling and control women. *Journal of Family Violence*, 2, 151-162.
- Ovejero, A. (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento; un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*, 2, 93-112
- Organización Panamericana de la Salud-OPS, (2008). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de Atención Primaria en Salud*. Washington, D.C.: OPS
- Poirier, M., Clark, M., Cerhan, J., Pruthi, S., Geda, Y. y Dale, L. (2004). Teaching motivational interviewing to first-year medical students to improve counselling skills in health behaviour change. *Clinic Proceedings*, 79, 327-31.
- Sánchez-Teruel, D. y Robles, M. A. (2010): La formación y orientación profesional para el empleo en colectivos de riesgo de exclusión: Un modelo de trabajo innovador. I Congreso Internacional virtual de formación del profesorado. Universidad de Murcia
- Segura, A., Larizgoitia, I., Benavides, F.G., Gómez, L. (2003). *La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales*. Barcelona: Departamento de Salud Pública de la Universidad de Barcelona.

- Tiuraniemi, J., Hatakka, M. y Keskinen, E. (2008). Psychology students' self-assessment of their professional skills: a Finnish case. *Nord Psychol*, 80, 267-82.
- Roberts, M., Borden, K., Christiansen, M. y Lopez, S. (2005). Fostering a culture shift: assessment of competence in the education and careers of professional psychologists. *Professional psychology: research and practice*, 36, 355-61.
- Scheiber S, Kramer T, Adamowski S. (2003). The implications of core competencies for psychiatric education and practice in the US. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 215-21.
- Sánchez-Teruel, D. (2009). *Actualización en inteligencia emocional*. Madrid. Editorial CEP
- Sánchez-Teruel, D. (en prensa). *Cuidando al cuidador*. Jaén. Fortalezas