



Educación Médica

www.elsevier.es/edumed



ORIGINALES

Competencias sociales en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud (España)



David Sánchez-Teruel^{a,*}, María Auxiliadora Robles-Bello^a y Manuel González-Cabrera^b

^aDepartamento de Psicología, Universidad de Jaén, Jaén, España

^bServicio de Urgencias, Hospital Universitario San Agustín, Linares, Jaén, y Departamento de Enfermería, Universidad de Jaén, Jaén, España

Recibido el 11 de junio de 2015; aceptado el 9 de julio de 2015

PALABRAS CLAVE

Habilidades sociales
Competencias
Juego de roles
Aprendizaje
Ciencias de la Salud

Resumen El propósito de este estudio fue describir y entrenar las competencias sociales en un grupo de estudiantes del área de Ciencias de la Salud. Se valoró el nivel de habilidad social en un grupo de estudiantes de Ciencias de la Salud ($N = 216$; 131 [60,6%] mujeres) con edades comprendidas entre los 20 y los 54 años de edad ($M = 33,12$; $DT = 8,75$) antes y después de un entrenamiento en habilidades sociales utilizando la técnica de juego de roles. Se aplicó la intervención solo al grupo experimental. La muestra total presentaba un nivel muy bajo de habilidad social inicial. El grupo de estudiantes entrenado mejoró su nivel de habilidad social en comparación con el grupo control, sobre todo en autoexpresión en situaciones sociales, expresión de enfado o disconformidad, y decir “no” y cortar interacciones. Se discute la importancia de las habilidades sociales en la competencia profesional de los estudiantes del área de salud, y se plantean perspectivas futuras de interés para investigadores y docentes del área sanitaria interesados en este aspecto.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Social skills
Competencies
Role playing
Learning
Health sciences

Social skills in university students studying Health Sciences (Spain)

Abstract The aim of this study was to describe and train social skills to a group of students in the field of health sciences. Social skill level was assessed in a group of health science students ($N = 216$; 131 [60.6%] women) aged between 20 and 54 years ($M = 33.12$; $SD = 8.75$) both before and after training in social skills using the role-playing technique. Intervention alone was applied to the experimental group. The total sample had a very low level of initial social skills. The trained students group showed improved social skill level compared to the control group,

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dsteruel@ujaen.es (D. Sánchez Teruel).

particularly in self-expression in social situations, expressing anger or disagreement, and saying "no" and ending interactions. The importance of social skills in health students' professional competence is discussed, and future considerations of interest to researchers and teachers working in a health setting and with a stake in this approach are considered.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Dentro del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) muchas profesiones sanitarias adoptan un enfoque basado en competencias¹. La competencia puede definirse como una integración de diferentes aspectos como son el conocimiento científico y la información relacionada con el trabajo². Sin embargo, existen otras variables no cognitivas que afectan al desarrollo de la competencia, como pueden ser el uso de diferentes habilidades interpersonales³.

El objetivo de la formación basada en competencias es que los estudiantes universitarios adopten los principios fundamentales de la comunicación y los conceptos teóricos asociados para aplicar sus conocimientos en situaciones profesionales prácticas⁴. Sin embargo, los estudiantes del área de la salud siguen dando una mayor importancia a las competencias instrumentales y técnico-sanitarias que a las competencias interpersonales y sociales en su formación universitaria⁵.

Varios autores han demostrado que determinadas competencias profesionales, entre ellas las habilidades sociales, pueden entrenarse utilizando técnicas de simulación y juegos de rol^{6,7}. Así, las habilidades sociales son tradicionalmente un aspecto clave en la mejora de las relaciones entre profesional y usuario en los servicios de salud⁸. Además, un alto nivel de habilidades sociales previene de forma directa la aparición del síndrome de estrés laboral o *burnout* y promueve conductas más saludables en profesionales de la salud⁹⁻¹¹. También se ha demostrado que la ausencia de habilidades sociales por parte de un profesional sanitario puede provocar la insatisfacción en el paciente, lo que afectaría negativamente al resto de las competencias técnico-sanitarias y a la propia adherencia al tratamiento planteado¹². Sin embargo, se supone que las personas que eligen profesiones sanitarias ya tienen muy desarrolladas estas habilidades, por lo que su plan de estudios no tiende a centrarse en su desarrollo^{13,14}. No obstante, investigaciones sobre este aspecto en estudiantes de Ciencias de la Salud indican que los niveles de competencia social inicial varían considerablemente, destacando la necesidad de una mayor capacitación¹⁵.

En esta línea, se ha demostrado que un aspecto crucial para el desarrollo profesional en estudiantes de Psicología y Medicina se refiere a las habilidades interpersonales y de comunicación, en concreto, a la capacidad de expresar enfado o disconformidad y a la autoexpresión en situaciones sociales¹⁶. Otros autores demostraron que la asertividad estaba muy relacionada con el autoconcepto profesional en estudiantes de Ciencias de la Salud (Medicina, Psicología, Enfermería y Odontología)¹⁷. Estudios más recientes han planteado la importancia de algunas habilidades sociales como hacer peticiones y decir "no" y cortar interacciones,

para la práctica profesional en estudiantes de Enfermería y Psicología^{18,19}. Sin embargo, existen resultados que muestran que el currículo universitario no parece tener en cuenta la necesidad del entrenamiento en habilidades sociales entre profesionales de la salud²⁰, aunque está más que demostrada su importancia en estas profesiones^{21,22}. De ahí que este artículo se centre en conocer cómo responden estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud a un entrenamiento en habilidades sociales (EHS). En concreto, se tratará de determinar si a través de este entrenamiento se puede incrementar su nivel de habilidad social, considerando que después del entrenamiento estos alumnos mejorarán su nivel de habilidad social, utilizando como metodología básica la técnica del juego de roles.

Método

Participantes

La muestra inicial estuvo constituida por 247 alumnos de grado de Enfermería y Psicología, de los que 12 (4,9%) fueron excluidos por errores u omisiones en sus respuestas a los cuestionarios de evaluación y 19 (7,7%) alumnos fueron excluidos por no asistencia a dos o más sesiones del programa de entrenamiento. Los participantes finales fueron en total 216 estudiantes de últimos cursos de grado de Enfermería y Psicología, con edades comprendidas entre los 20 y 54 años ($M = 33,12$; $DT = 8,75$). No existían diferencias en edad entre los grupos experimental y control ($F_{(1,215)} = 3,784$; $p = 0,47$). La muestra se caracterizaba por estar constituida por mujeres (131; 60,6%), la mayoría de los estudiantes eran solteros (129; 59,7%), con nivel socioeconómico medio (176; 81,5%), la mayoría vivían con compañeros de piso (97; 44,9%) y se encontraban desempleados (132; 61,1%) (tabla 1). A todos los participantes se les informó sobre esta investigación y se les solicitó su consentimiento por escrito previo al inicio, tal y como plantea la Declaración de Helsinki. Además, se obtuvo un informe favorable del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad de Jaén.

Medida e instrumento de evaluación

Hoja de datos sociodemográficos (confeccionada para esta investigación). En ella cada participante reflejaba los siguientes datos: sexo, edad, estado civil, nivel socioeconómico, con quién residía y situación laboral.

*Escala de Habilidades Sociales (EHS de Gismeno)*²³. Se obtiene un índice global del nivel de habilidades sociales o aserción de los sujetos analizados. La escala está compues-

Tabla 1 Resumen de datos sociodemográficos en grupo experimental y control

Variables/Grupo	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	Estadístico contraste	p
Sexo	Mujeres	Hombres					
Control	66 (61,1)	42 (38,9)				3,78	0,72**
Experimental	65 (60,1)	43 (39,9)					
Estado civil	Solteros	Casados	Separados/ divorciados	Parejas de hecho	Viudos		
Control	65 (60,2)	28 (25,9)	4 (3,7)	10 (9,3)	1 (0,9)	2,98	0,97*
Experimental	64 (59,3)	26 (24,1)	6 (5,5)	12 (11,1)	0 (0)		
Nivel económico	Alto	Medio	Bajo				
Control	6 (5,5)	87 (80,5)	15 (14)			1,67	0,29*
Experimental	5 (4,6)	89 (82,4)	14 (13)				
¿Con quién vive?	Solo	Compañeros	Pareja	Familia de origen	Familia propia		
Control	19 (17,6)	48 (44,4)	14 (13)	11 (10,2)	16 (14,8)	1,29	0,69*
Experimental	17 (15,7)	49 (45,4)	16 (14,8)	9 (8,3)	17 (15,8)		
Situación laboral	Desempleado	Ocupado					
Control	64 (59,3)	44 (40,7)				1,34	0,45**
Experimental	68 (62,1)	40 (37,9)					

*Estadístico ANOVA (F); **Estadístico *t* de Student; *** $p < 0,01$.

ta por 6 factores: Factor 1: *Autoexpresión en situaciones sociales* (este factor refleja la capacidad de expresarse uno mismo de forma espontánea, y sin ansiedad, en distintos tipos de situaciones sociales); Factor 2: *Defensa de los propios derechos como consumidor* (refleja la expresión de conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos en situaciones de consumo); Factor 3: *Expresión de enfado o disconformidad* (mide la capacidad de evitar conflictos o confrontaciones con otras personas); Factor 4: *Decir “no” y cortar interacciones* (la habilidad para cortar interacciones que no se quieren mantener así como el negarse a prestar algo cuando nos disgusta hacerlo); Factor 5: *Hacer peticiones* (refleja la expresión de peticiones a otras personas de algo que deseamos), y Factor 6: *Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto* (definido por la habilidad para iniciar interacciones con el sexo opuesto y de poder hacer espontáneamente un cumplido, un halago, hablar con alguien que te resulte atractivo). La escala está compuesta por 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en sentido inverso, es decir, expresar acuerdo con su contenido indicaría falta de aserción o déficit en habilidades sociales, y 5 de ellos en sentido positivo, es decir, contestar afirmativamente expresaría manifestar una conducta asertiva. Con esta formulación se pretende evitar la tendencia a mostrar acuerdo de forma indiscriminada. Cada ítem tiene cuatro alternativas de respuesta: A: no me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría; B: más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra; C: me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así, y D: muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos. Los ítems redactados de manera positiva se puntúan: A = 1, B = 2, C = 3, D = 4; si la redacción del elemento es inversa, se puntúa: A = 4, B = 3, C = 2 y D = 1. Una mayor

puntuación global indica que la persona tiene más habilidades sociales y más capacidad de aserción en distintos contextos. La puntuación total oscila entre 33 y 134, donde no hay puntos de corte, sino que a mayor puntuación global, más habilidades sociales y capacidad de aserción en distintos contextos. Cada participante debe seleccionar una de entre cuatro alternativas que se le ofrecen. El alfa de Cronbach de la escala completa es de 0,88 y su validez de constructo se realizó mediante descripciones y listas de adjetivos con los que se encontraron correlaciones positivas y estadísticamente significativas²³.

Procedimiento

Al inicio del curso 2013 se solicitó al alumnado formar parte de un entrenamiento en habilidades sociales-EHS. Dicha participación sería recompensada con un incremento en la nota de prácticas de las asignaturas que eran impartidas por los autores de este artículo. A aquellos alumnos que no desearon participar se les ofreció otra práctica de similares características a la planteada.

A todos los alumnos participantes (N = 216) se les administraron los instrumentos de evaluación descritos antes y después del entrenamiento propiamente dicho, en concreto, en la primera sesión y en la última de esta investigación. Tras la primera sesión, el total de alumnos fue dividido de forma aleatoria en dos grupos: grupo experimental y grupo control. El EHS solo se aplicó al grupo experimental, y al resto no se le aplicó ningún tipo de entrenamiento. Solo se aplicó dicho entrenamiento al finalizar esta investigación, y a aquellos alumnos del grupo control que así lo solicitaron. El proceso de EHS tuvo la siguiente estructuración^{7,24}: durante el curso académico los alumnos realizaron 6 talleres forma-

tivos (de 1 hora cada taller), consistentes en sesiones teórico-prácticas sobre habilidades sociales, donde se explicaron 50 competencias sociales, agrupadas en 5 grandes bloques: técnicas de relajación, habilidades sociales básicas y avanzadas, habilidades relacionadas con la gestión de emociones, habilidades alternativas al estrés y habilidades de planificación. Además, se realizaron sesiones de entrenamiento práctico utilizando la técnica de juegos de rol y simulaciones con vídeo y proyector durante 6 horas en pequeños grupos de 10 personas.

Resultados

Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 22.0 utilizando como factor entre grupo Grupo (C = control; E = experimental) y Momento (Pre = preentrenamiento; post = postentrenamiento), y el tamaño del efecto (η^2) y la potencia. El nivel de significación requerido ha sido de $p \leq 0,05$ o $p \leq 0,01$.

Los resultados obtenidos en este estudio parecen mostrar que existen diferencias entre ambos momentos de medida (pre-post) en el grupo experimental y control en los 6 factores de la escala de habilidades sociales (tabla 2). En concreto, existe un importante incremento en el grupo experimental tras los 4 meses de entrenamiento en habilidades sociales en el factor 1: autoexpresión en situaciones sociales ($t = 9,59$; $p \leq 0,001$), factor 3: expresión de enfado o disconformidad ($t = 5,89$; $p \leq 0,001$), factor 4: decir “no” y cortar interacciones ($t = 10,01$; $p \leq 0,001$) y factor 5: hacer peticiones ($t = 4,23$; $p \leq 0,05$). Sin embargo, el tamaño del efecto y la potencia más importante corresponden al

factor 1 ($\eta^2 = 0,95$; potencia = 1,00), factor 3 ($\eta^2 = 0,91$; potencia = 0,98) y factor 4 ($\eta^2 = 0,89$; potencia = 0,96). Los resultados relativos al factor 2: defensa de los propios derechos como consumidor y factor 6: iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto en el grupo experimental, parecen mostrar diferencias significativas en ambos momentos (pre-post); sin embargo, el tamaño del efecto y su potencia no parecen ser suficientemente importantes.

Discusión

El propósito de este estudio fue comprobar el efecto de un entrenamiento en habilidades sociales en estudiantes universitarios de últimos cursos de dos titulaciones de Ciencias de la Salud.

En la evaluación que se realiza al inicio del entrenamiento, los estudiantes, tanto del grupo experimental como del grupo control, mostraron un nivel inicial de habilidades sociales muy por debajo de la media. Este hecho coincide con estudios anteriores que muestran los bajos niveles de habilidades sociales iniciales en estudiantes de Ciencias de la Salud¹⁵. Esto refuerza la idea de que las personas que eligen estas profesiones no tienen por qué presentar altas habilidades sociales, y que además sería de interés incluir contenidos de estas características en el currículo académico de estos futuros profesionales, tal y como lo han mostrado estudios previos^{13,14}.

En cuanto a su nivel de habilidad social tras el entrenamiento, los participantes del grupo experimental obtuvieron un beneficio considerable tras una breve intervención (12 sesiones) respecto a los participantes del grupo con-

Tabla 2 Resultados de la evaluación pre-postintervención en grupo experimental y grupo control

EHS	GR	PRE M (DT)	POST M (DT)	t	p	η^2	Potencia
Factor 1	C	18,4 (3,8)	18,1 (3,5)	-0,24	0,71 ^{ns}	—	—
	E	17,3 (4,9)	26,1 (4,2)	9,59	0,003**	0,95	1,00
Factor 2	C	12,1 (6,2)	12,9 (6,2)	1,72	0,12 ^{ns}	—	—
	E	13,8 (5,3)	15,2 (2,5)	7,22	0,02*	0,11	0,29
Factor 3	C	11,2 (3,6)	11,9 (3,2)	1,02	0,34 ^{ns}	—	—
	E	11,9 (4,5)	14,2 (7,5)	5,89	0,001**	0,91	0,98
Factor 4	C	14,4 (1,7)	14,9 (2,2)	1,45	0,22 ^{ns}	—	—
	E	13,2 (8,9)	17,4 (9,3)	10,1	0,002**	0,89	0,96
Factor 5	C	16,4 (1,8)	17,1 (1,2)	1,67	0,75 ^{ns}	—	—
	E	17,6 (4,9)	19,7 (5,3)	4,23	0,04*	0,81	0,92
Factor 6	C	14,2 (3,5)	15,1 (3,8)	3,71	0,47 ^{ns}	—	—
	E	13,6 (5,9)	16,6 (8,3)	9,11	0,03*	0,20	0,25
Total EHS	C	82 (18,3)	86 (14,1)	1,83	0,81 ^{ns}	—	—
	E	83 (15,1)	104 (12,1)	34,71	0,00**	0,87	0,95

Factor 1: autoexpresión en situaciones sociales; Factor 2: defensa de los propios derechos como consumidor; Factor 3: expresión de enfado o disconformidad; Factor 4: decir “no” y cortar interacciones; Factor 5: hacer peticiones; Factor 6: iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto

C = Control; DT: desviación típica; E = Experimental; EHS: escala de habilidades sociales (Gismero²³); GR = Grupo.

*Diferencias significativas ($p \leq 0,05$).

**Diferencias muy significativas ($p \leq 0,01$); Diferencias no significativas ($p = ns$).

trol, y no hubo ningún tipo de mejoría en su nivel de habilidad social, lo que coincide con investigaciones anteriores^{25,26}. Además, este resultado concuerda con los obtenidos por estudios internacionales, pero realizados con estudiantes de otras especialidades de Ciencias de la Salud (Medicina)²⁷.

El tipo de habilidades que mejoraron en los estudiantes del grupo entrenado fue sobre todo la autoexpresión en situaciones sociales, la expresión del enfado o disconformidad y el decir “no” y cortar interacciones. Estos resultados muestran la importancia de estas habilidades dentro del desarrollo profesional de estudiantes de Ciencias de la Salud, tal y como han demostrado estudios anteriores^{16,18,19}. La explicación a estos resultados quizás se deba a la mayor concienciación, de estos estudiantes, sobre la importancia de este tipo de contenidos en su profesión. También, es posible que una sobrevaluación 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.

Este estudio también ha mostrado que las habilidades sociales son competencias que pueden ser entrenadas en estudiantes de Ciencias de la Salud, con un costo y tiempo muy reducido. Deberían empezar a plantearse, dentro del currículo universitario de estos profesionales, contenidos específicos relacionados con estas habilidades, junto con las técnico-profesionales y sanitarias, tal y como lo han demostrado estudios anteriores^{20-22,28}. Esto llevará a un incremento imprescindible en competencias para que estos futuros profesionales de la salud ahonden en el valor humano de su profesión.

Las limitaciones de este trabajo son obvias, ya que el uso de autoinformes puede ser criticado por razones justificadas, como la falta de fiabilidad en la medida. Además de la autoevaluación, se podría haber utilizado una evaluación externa; por lo tanto, en el futuro, sería recomendable utilizar instrumentos alternativos como la medición del nivel de habilidad social durante las prácticas formativas o combinar medidas de autoinforme con informes externos de evaluación.

Bibliografía

1. Irigoin M, Vargas F. Competencia Laboral: Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector de la Salud. Montevideo: Cinterfor; 2002.
2. Nelson P. Striving for competence in the assessment of competence: psychology's professional education and credentialing journey of public accountability. *Train Education in Professional Psychology*. 2007;1:3-12.
3. Organización Panamericana de la Salud-OPS. 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; 2008.
4. Billorou N, Pacheco M, Vargas F, editores. Guía para la evaluación de impacto de la formación. Montevideo: Organización Internacional del Trabajo; 2011.
5. Lobato C, Apodaca PM, Barandiaran MC, San José MJ, Sancho J, Zubimendi JL. Development of the competences of teamwork through cooperative learning at the university. *Int J Inform Oper Manag Educ*. 2010;3:224-40.
6. Montes-Berges B. Técnicas grupales para la salud. Jaén: Del Lunar; 2007.
7. Montes-Berges B, director. Entrenamiento en Competencias del EEES para Enfermeros y Fisioterapeutas. Jaén: Editorial Formación Alcalá; 2011.
8. Negrillo C, Tirado A, León JM. Entrenamiento en habilidades sociales con profesionales de enfermería. En: Gil F, editor. *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Eudema; 1992. p. 133-48.
9. Blanca JJ, Del Rosal A, González MA, Aceituno A, Martín JC, Arjona A. Efecto de la implantación de turnos de enfermería “a demanda” sobre las horas de absentismo. *Gac Sanit*. 2012; 26:480-2.
10. Párraga JM. Eficacia del programa i.r.i.s. para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios [tesis doctoral]. Cáceres: Universidad de Extremadura; 2005.
11. Sánchez-Teruel D. Cuidando al cuidador. Jaén: Fortalezas; 2013.
12. Marín M, León JM. Entrenamiento en habilidades sociales: Un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema*. 2001;13:247-51.
13. Morrison T. Staff Supervision in Social Care. Making a Real Difference for Staff and Service Users. Brighton: Pavilion; 2005.
14. Pades A. Habilidades sociales en enfermería: Propuesta de un programa de intervención. Tesis Doctoral. Departamento de Psicología de la Universitat de les Illes Balears (España); 2003.
15. Pines EW, Rauschhuber ML, Norgan GH, Cook JD, Canchola L, Richardson C, et al. Stress resiliency, psychological empowerment and conflict management styles among baccalaureate nursing students. *J Adv Nurs*. 2012;68:1482-93.
16. Tiuraniemi J, Läära R, Tuuli K, Lindeman S. Medical students learning reflection and interpersonal skills. *Acad Psychiatry*. 2012;36:74-5.
17. León A, Rodríguez C, Ferrel FR, Ceballos GA. Asertividad y autoestima en estudiantes de primer semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud de una universidad pública de la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Psicaribe*. 2009;24:91-105.
18. Chen JY. Problem-based learning: Developing resilience in nursing students. *Kaohsiung J Med Sci*. 2011;27:230-3.
19. Robles-Bello MA, Sánchez-Teruel D, González M. Estudio piloto sobre habilidades de comunicación y counseling en estudiantes universitarios. *Boletín de Psicología*. 2013;107:7-19.
20. Herrera A, Freytes MV, López GE, Olaz FO. Un estudio comparativo sobre las habilidades sociales en estudiantes de Psicología. *Rev Int Psicol Ter Psicol*. 2012;12,2:277-87.
21. Pades A, Roso F. Tutoría académica y evaluación formativa de programa de Entrenamiento Habilidades Sociales (EHS) en Grado de Enfermería. *Enfermería Docente*. 2013;100:4-10.
22. McCarthy B, Trace A, O'Donovan M. Integrating psychology with interpersonal communication skills in undergraduate nursing education: Addressing the challenges. *Nurse Educ Pract*. 2014;14:227-32.
23. Gismero E. EHS. Escala de Habilidades Sociales. Madrid: Tea Ediciones; 2000.
24. Sánchez-Teruel D, Robles-Bello MA. Resiliencia en el cuidado de personas en situación de dependencia. Jaén: Fortalezas; 2012.
25. Benbassat J, Bauml R. A step-wise role playing approach for teaching patient counseling skills to medical students. *Patient Educ Couns*. 2002;46:147-52.
26. Tiuraniemi J, Hatakka M, Keskinen E. Psychology students' self-assessment of their professional skills: a Finnish case. *Nord Psychol*. 2008;80:267-82.
27. Poirier M, Clark M, Cerhan J, Pruthi S, Geda Y, Dale L. Teaching motivational interviewing to first-year medical students to improve counselling skills in health behaviour change. *Mayo Clin Proc*. 2004;79:327-31.
28. Miles A, Asbridge JE, Caballero F. Towards a person-centered medical education: challenges and imperatives (I). *Educ Med*. 2015;16(1):25-33.