

RESUMEN / Adaptación y validación de un instrumento de evaluación de la competencia del consejo breve para dejar de fumar. BTI-Prof©.

Objetivo: adaptación y validación del BTI-St© para evaluar el nivel de competencia en consejo breve para dejar de fumar en profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria.

Diseño: estudio transversal, de adaptación y validación psicométrica de un test referido a criterio

Emplazamiento: Atención Primaria

Participantes: 155 profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria en activo

Procedimiento: se diseñaron 3 escenarios clínicos. A través de una plataforma online, los participantes en primer lugar visualizaban cada escenario donde se desarrollaba un consejo breve para dejar de fumar o y posteriormente debían valorar si se había realizado de acuerdo con el modelo de las 5A+5R.

Mediciones principales: competencia en el consejo breve para dejar de fumar medida a través del BTI-Prof©

Resultados: Los resultados vinculados a la fiabilidad para el escenario 1 fueron el coeficiente Kuder Richardson (KR-20)=0,880, en escenario 2 el coeficiente KR-20=0,829 y en escenario 3 el coeficiente KR-20=0,826. El test-retest muestra una adecuada estabilidad temporal: escenario 1 con un coeficiente de correlación intraclass (CCI)=0.857 (CI95%= 0.734-0.923); $p < 0.0001$, escenario 2 con CCI=0.829 (CI95%= 0.676-0.909); $p < 0.001$ y escenario 3 con CCI=0.869 (CI95%= 0.76-0.928); $p < 0.0001$.

Conclusiones: El BTI-Prof© es una herramienta robusta, con adecuadas propiedades psicométricas para evaluar la competencia en consejo breve para dejar de fumar en profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria.

ABSTRACT / Adaptation and validation of an instrument to evaluate the competence on a Brief Tobacco Intervention. BTI-Prof©.

Objective: adaptation and validation of the BTI-St© to assess the level of competence in Brief Tobacco Intervention in general practitioners and nurses in Primary Care.

Design: cross-sectional study of adaptation and psychometric validation of a criterion-referenced test.

Setting: Primary Care

Participants: 155 general practitioners and nurses working at Primary Care.

Process: 3 clinical scenarios were designed. Using an online platform, participants first viewed each scenario in which brief tobacco intervention was given. Health professional had to assess whether or not the scenarios were carried out in accordance with the model of to the 5A+5R model.

Main measures: competence in brief tobacco intervention measured by the BTI-Prof©.

Results: Results related to reliability for scenario 1 were the Kuder Richardson coefficient (KR-20)= 0.880, in scenario 2: KR-20=0.829 and in scenario 3: KR-20=0.826. The test-retest shows adequate temporal stability: scenario 1 with intraclass correlation coefficient (ICC) = 0.857 (CI95%= 0.734-0.923); $p<0.0001$, scenario 2 with ICC=0.829 (CI95%= 0.676-0.909); $p<0.001$ and scenario 3 with ICC=0.869 (CI95%= 0.76-0.928); $p<0.0001$.

Conclusions: The BTI-Prof© is a robust tool with adequate psychometric properties to assess competence in brief tobacco intervention in primary care general practitioners and nurses.

INTRODUCCIÓN

El tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Provoca la muerte de más de 7 millones de personas al año, de las cuales más de 6 millones son consumidores directos y alrededor de 1.2 millones son no fumadores expuestos al humo ajeno (1). El consumo de tabaco es la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte evitable en España, causando 56.124 muertes anuales (2). Dado que el consumo de tabaco es un hábito adictivo (3), se considera la principal causa evitable de enfermedad (4) y de muerte prematura (5). Actualmente según la Encuesta Europea de Salud en España, referida a 2020, un 19,8% de la población de 15 o más años son fumadores diarios (6).

Como consecuencia de todo ello, la OMS (7) planteó una estrategia global contra el tabaquismo y sus consecuencias a través de varias líneas de actuación. Una de ellas es el plan MPOWER que contiene 6 medidas. La tercera medida, ofrecer ayuda para el abandono del tabaco, se vincula muy especialmente con la Atención Primaria (AP).

Para ofrecer ayuda para el abandono del tabaco actualmente contamos con el consejo breve para dejar de fumar (CBDF), una intervención costo efectiva en cuanto a su repercusión en el abandono del hábito tabáquico especialmente a largo plazo (8) y asumible por las instituciones sanitarias (9,10). Esta intervención es identificada como una de las principales estrategias señaladas en el artículo 14 del Convenio Marco del Control de Tabaco de la OMS (11).

Para un desarrollo normalizado del CBDF en AP, la OMS lanzó un toolkit en el que se define un modelo para llevar a cabo dicho consejo y que está basado en la estrategia de las 5A+5R (12). Este modelo entiende que el proceso de ofrecer CBDF debe basarse en 5 fases para la A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) y 5 para la R (Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition). A nivel nacional, también el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) recomienda su aplicación en la atención a personas fumadoras (13).

Debido a la magnitud del tabaquismo es necesario disponer de intervenciones fáciles, breves y efectivas (14) pero esto no asegura su aplicación. Una revisión sistemática mostró que un 65% de médicos de familia preguntan a los pacientes sobre el consumo de tabaco y un 63% aconsejan sobre el abandono (15). Un estudio realizado a 3.482 enfermeras muestra que un 73% preguntan sobre el consumo y un 62% aconsejan sobre el abandono (16). En España, un estudio metacéntrico con 1842 médicos y 1075 enfermeras encontró que solo un 25% intervienen activamente en la promoción de la cesación entre sus pacientes, lo que revela un amplio margen de mejora (17). Las dificultades para aumentar el éxito en la aplicación de la CBDF son diversas, pero la capacitación de los profesionales sobre el abandono tabáquico es crucial. Un metaanálisis mostró que profesionales formados en CBDF son más propensos a realizar intervenciones para dejar de fumar (18).

Incluso la OMS aboga por la incorporación de la educación sobre la CBDF en los planes de estudios de disciplinas de Ciencias de la Salud (19).

Es necesario disponer de una herramienta que permita monitorizar la adquisición de competencias en CBDF por parte de los profesionales de medicina y enfermería. Sin

embargo, en la actualidad las herramientas disponibles o bien no siguen el modelo de las 5A+5R (20,21) o lo hacen parcialmente (22–25) teniendo una evaluación de la fiabilidad y validez muy heterogénea. Actualmente en España existe un instrumento que permite valorar la adquisición de competencia en CBDF validado en estudiantes de enfermería (BTI-St©) y que sigue el modelo de las 5A+5R (26).

Una vez conocido que el tabaquismo es una epidemia a nivel mundial, que el CBDF es una intervención eficaz en profesionales de enfermería y medicina en Atención Primaria y que no se dispone de ninguna herramienta para evaluar la adquisición de competencias en CBDF, el objetivo de la presente investigación fue la adaptación y validación del BTI-St© para evaluar el nivel de competencia en CBDF en profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, de adaptación y validación psicométrica. El instrumento original (BTI-St©) (26) fue desarrollado y validado en España para estudiantes de enfermería para medir el aprendizaje en CBDF. Posee 23 ítems de respuesta dicotómica (Sí/No) que siguen el modelo de las 5A y las 5R recomendado por la US Public Health Service (27), la OMS (12) y el PAPPS (13). Tiene un formato gráfico donde los ítems se integran dentro de un algoritmo.

Se trata de un test referido al criterio (TRC) que permite evaluar programas educativos y verificar el logro de competencias con fines de certificación (28). Los TCR indican el rendimiento individual en relación a unos criterios de rendimiento establecidos previamente (29).

El uso del BTI-St© requiere el desarrollo de situaciones clínicas videograbadas. Los sujetos visualizan los vídeos y evalúan la situación clínica cumplimentando el BTI-St© e indicando que 5A y 5R se han desarrollado correctamente. Posteriormente las respuestas deben ser corregidas con respecto a su solución, es decir, el criterio de rendimiento establecido previamente.

La validación del BTI-St© incluyó la delimitación de la competencia a evaluar y la redacción de los ítems a partir de una búsqueda bibliográfica previa. A continuación se realizó una validación de contenido basada en el juicio de expertos. Dichos expertos eran profesionales de Atención Primaria con un carácter multiprofesional (medicina, enfermería, psicología). Por este motivo no fue necesaria la modificación de los ítems en la versión para profesionales.

La adaptación y evaluación de la fiabilidad del instrumento para profesionales (BTI-Prof©) se desarrolló en 2 fases: 1) Diseño y validación de los escenarios clínicos y 2) evaluación de la fiabilidad.

Fase 1: Diseño y validación de los escenarios clínicos

Para la adaptación del uso en profesionales de medicina y enfermería fueron diseñados nuevos escenarios clínicos videograbados donde se desarrollaban CBDF, para posteriormente establecerlos como criterios de rendimiento.

Seis expertos con más de 10 años de experiencia clínica en Atención Primaria y con distintos perfiles profesionales (2 médicos, 3 enfermeras y 1 psicóloga) debatieron y consensuaron a través de metodología Delphi el diseño de los escenarios, el número de casos a desarrollar, cuáles eran los escenarios más idóneos teniendo en cuenta la realidad de las consultas de Atención Primaria y cuáles eran las condiciones en las que estos debían presentarse.

A continuación se realizaron los guiones de los escenarios que fueron evaluados por los expertos en condiciones ciegas. Se calculó el Índice de Validez de Contenido (IVC) para determinar el consenso entre los expertos. Se acordó que para obtener la versión final del guion, el IVC fuera igual a 1.

Para valorar la validez aparente de los escenarios, después de la grabación, se realizó un pilotaje con 11 profesionales de enfermería y medicina que evaluaban la comprensibilidad de los videos, el acercamiento a la realidad, su calidad técnica y su uso en condiciones reales (online) respondiendo a una escala Likert de 4 opciones (muy mala, mala, buena, muy buena).

Fase 2: Evaluación de la fiabilidad del BTI-Prof©

La evaluación de la fiabilidad del instrumento se realizó entre marzo y abril de 2022. Se contactó con profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria a través de las direcciones-gerencias de distintas áreas de salud que accedieron a participar en el estudio, no existiendo ningún criterio de aleatoriedad para la selección de los profesionales que participaron. Se desarrolló una página web que permitía la visualización de los vídeos en formato online. Los participantes en primer lugar visualizaban cada escenario clínico y posteriormente cumplimentaban el BTI. La cumplimentación online del formulario fue a través de una plataforma específica que permite hacerlo en formato PDF, con la finalidad de mantener la visualización del algoritmo a la hora de cumplimentarlo.

Para analizar la fiabilidad del cuestionario se determinó la consistencia interna a través del cálculo del coeficiente Kuder-Richardson (KR-20) al poseer ítems dicotómicos (29). Asimismo, el instrumento se administró en dos ocasiones (test-retest) en un intervalo de 10 días para evaluar la estabilidad temporal a través del Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI). Los resultados se considerarán buenos si son superiores a 0.80 al tratarse de una herramienta de evaluación (30) para el KR-20 y si es superior a 0.70 para el CCI (31).

El análisis de datos se realizó con los paquetes estadísticos Jamovi y SPSS.23.0.

RESULTADOS

En el Delphi se acordó crear 3 escenarios clínicos y que estos estuviesen lo más cerca posible de la realidad clínica desarrollándolos en un contexto real (fueron grabados en el centro de salud de Úbeda, Jaén). Así mismo, entre las condiciones para la creación de las situaciones se estableció que hubiese representación equivalente de los géneros masculino y femenino (en los escenarios aparecen tanto hombres como mujeres con distintos roles: ciudadanía/profesional) y que no superaran los 3 minutos de duración (caso 1: 1m 15 seg; caso 2: 2m 06 seg; caso 3: 2 m 42 seg). Los escenarios fueron desarrollados en función de su frecuencia clínica y su dificultad. Por ello no se eligió ningún escenario con el

desenlace “la persona no consume tabaco” y se desarrollaron 3 escenarios: dos con disposición a intentar dejar de fumar y uno sin disposición. Los escenarios están disponibles como material electrónico adicional.

Previo a la grabación de los escenarios se escribieron los guiones. En la primera ronda se obtuvo un IVC=0.87 en el escenario 1, IVC=0.80 en el escenario 2 y IVC= 0.83 en el escenario 3. Se hicieron correcciones en los guiones en los puntos en desacuerdo y fueron necesarias un total de 2 rondas para conseguir un IVC=1 (total acuerdo) en todos los escenarios. Se grabaron los 3 escenarios y 11 profesionales evaluaron como “buena” la comprensibilidad, “buena” la realidad de los escenarios, “muy buena” la calidad técnica de los videos y “bueno” el uso en condiciones reales lo que supone una adecuada validez aparente.

Se obtuvieron 155 formularios de profesionales de Atención Primaria a través de la plataforma online. Sus características demográficas pueden observarse en la Tabla 1. La corrección del BTI-Prof© se calcula asignando la siguiente puntuación para cada uno de los 23 ítems: aciertos 1 punto y fallos y casillas en blanco 0 puntos.

Los resultados vinculados a la fiabilidad del cuestionario (BTI-Prof©) (Figura 1) mostraron valores adecuados. En el escenario 1 el coeficiente KR-20=0,880, en escenario 2 el coeficiente KR-20=0,829 y en escenario 3 el coeficiente KR-20=0,826. El test-retest muestra una adecuada estabilidad temporal: escenario 1 con CCI= 0.857 (CI95%= 0.734-0.923); $p < 0.0001$, escenario 2 con CCI= 0.829 (CI95%= 0.676-0.909); $p < 0.001$ y escenario 3 con CCI=0.869 (CI95%= 0.76-0.928); $p < 0.0001$.

DISCUSIÓN

Este estudio describe la adaptación y evaluación de las propiedades psicométricas del BTI-Prof© en profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria. Dicho instrumento se basa en la herramienta BTI-St© (26) presentando ambas versiones igual contenido y buenas propiedades psicométricas.

Pese a la necesidad expresada por organismos internacionales como la OMS de tener herramientas que permitan monitorizar la adquisición de la competencia en CBDF (19), en España, como en buena parte del contexto internacional, no existía ninguna previamente basada en las 5A+5R. El BTI-Prof© es un instrumento pertinente ya que pese a los esfuerzos formativos dirigidos a profesionales en CBDF, se desconoce el impacto de la formación que se realiza en España, no existiendo datos al respecto.

El BTI-Prof© es un instrumento basado en el modelo TRC o test de competencia, lo que permite realizar una evaluación objetiva del rendimiento de los profesionales en CBDF y la detección de deficiencias en el aprendizaje. Además, al estar basado en la estructura de las 5A+5R, permite identificar y analizar en qué “A” o “R” los profesionales no han logrado la suficiente competencia, permitiendo el desarrollo de actividades focalizadas en los déficits detectados o reestructurando la propia formación en CBDF para fortalecer dichos aspectos.

Los profesionales relacionados con la salud dental han demostrado su eficacia en la deshabituación tabáquica con la aplicación del CBDF (32). La estructura de las 5A+5R realmente no es propia de ningún perfil profesional y podría ser transversal a todas las

disciplinas de ciencias de la salud, por lo que consideramos que el BTI-Prof© permitiría evaluar la competencia en CBDF en otros perfiles profesionales e incluso en otros contextos asistenciales.

El diseño de los guiones de los escenarios clínicos y la grabación de los vídeos es muy costoso en tiempo y preparación ya que necesita de recursos especializados. No obstante, también facilita la evaluación simultánea de los profesionales al ser visto el mismo caso por todos, por lo que, la variación en el rendimiento puede atribuirse principalmente al aprendizaje del estudiante más que a características del caso (33). Este método de evaluación tiene la ventaja de tener mayor objetividad en comparación con otros métodos utilizados en la evaluación del aprendizaje del CBDF, como la evaluación por expertos mediante rúbricas o la utilización de cuestionarios de autovaloración (34).

Mientras la versión de estudiantes (BTI-St©) (26) usa el algoritmo en papel, la versión actual dirigida a profesionales (BTI-Prof©) utiliza una versión del algoritmo online, obteniendo ambas versiones unos buenos valores psicométricos. En las dos versiones siempre se visualiza el algoritmo completo. Esto nos hace pensar que el instrumento se puede utilizar tanto en formato papel como en formato digital en el contexto de una actividad educativa.

La versión para profesionales adaptada (BTI-Prof©) posee una buena consistencia interna con valores superiores a 0.80 tanto en el KR-20 como en el ICC en los 3 escenarios clínicos evaluados, resultados similares a los obtenidos con la versión de estudiantes. Los resultados son adecuados y consistentes en los 3 escenarios clínicos a pesar de que presentan situaciones clínicas, contenidos y matices diferentes.

El BTI-Prof© presenta una limitación importante al no permitir evaluar otros aspectos relacionados con la comunicación o la longitudinalidad en la atención clínica propia de la Atención Primaria. Otra limitación es que al no existir otra herramienta equivalente la validez convergente no se ha podido determinar.

En conclusión, BTI-Prof© es un instrumento con adecuadas propiedades psicométricas que permite la valoración de la competencia en el CBDF en profesionales de enfermería y medicina de Atención Primaria. Es necesario generar evidencias de sus propiedades métricas (incluso dentro del contexto hospitalario), en otros perfiles profesionales de Atención Primaria, así como de su uso, valorando la efectividad de intervenciones y reorientando la formación sobre CBDF si fuera necesario.

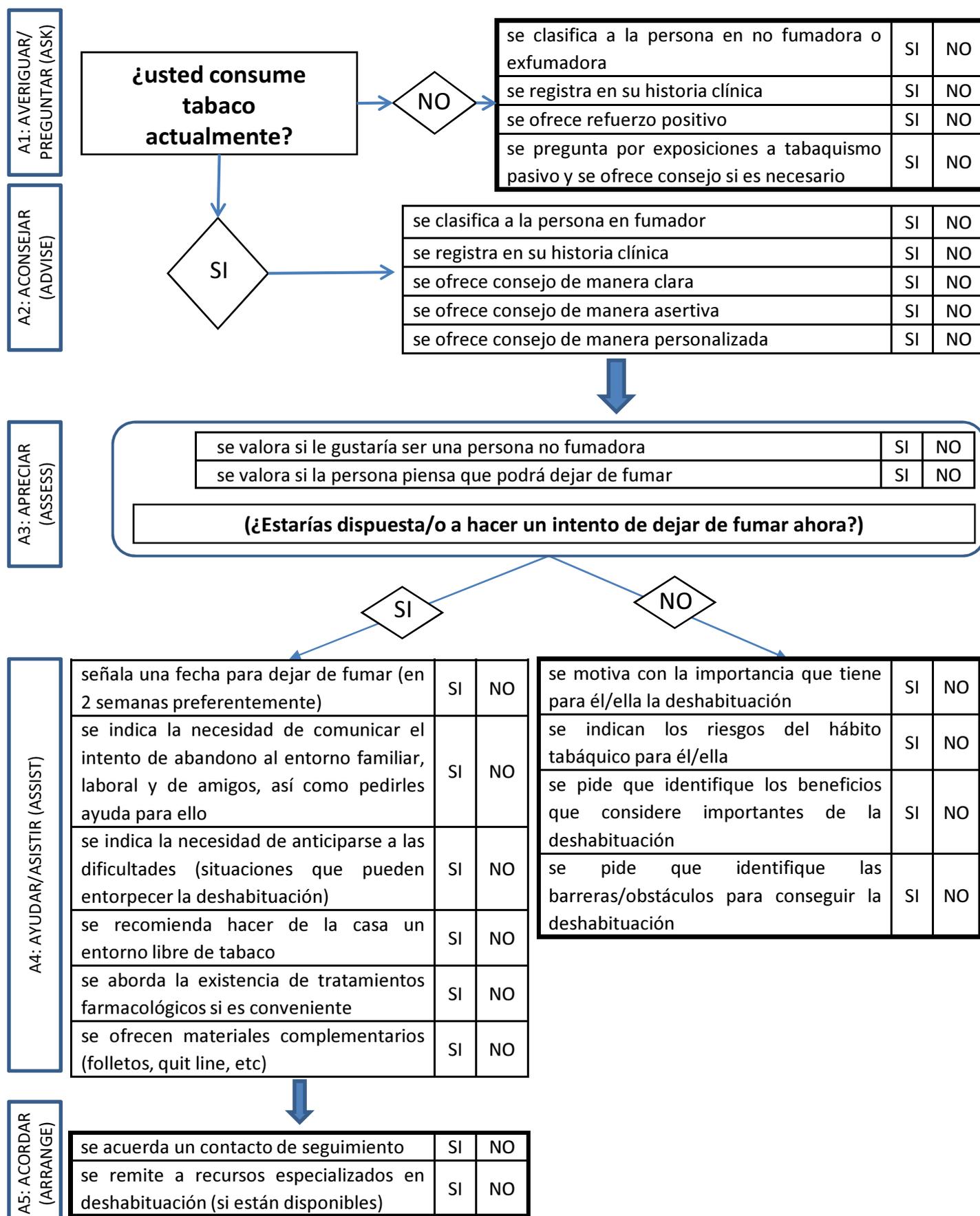
BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Tabaco [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Montes A, Fernández E, López MJ, Martínez-Sánchez JM, et al. Smoking-Attributable Mortality in Spain in 2016. *Archivos de bronconeumología*. 2020;56(9):559-63.
3. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021

- [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
4. Banks E, Joshy G, Weber MF, Liu B, Grenfell R, Egger S, et al. Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence. *BMC medicine*. febrero de 2015;13:38.
 5. Drope J, Schluger N, Cahn Z, Drope J, Hamill S, Islami F, et al. *The Tobacco Atlas*. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies; 2018.
 6. Instituto Nacional de Estadística. Fumadores diarios. Datos para España de la Encuesta Europea de Salud en España 2020. [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?c=INESeccion_C&cid=1259944493195&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleFichaIndicador¶m3=1259937499084
 7. WHO. MPOWER: A Policy Package To Reverse The Tobacco Epidemic. World Health Organization., editor. Geneva; 2008.
 8. Lopez-Nicolas A, Trapero-Bertran M, Munoz C. Cost-benefit of medical advice for quitting smoking in the Region of Murcia. *Atencion primaria*. agosto de 2017;49(7):407-16.
 9. Higashi H, Barendregt JJ. Cost-effectiveness of tobacco control policies in Vietnam: the case of personal smoking cessation support. *Addiction*. 2012;107(3):658-70.
 10. West R, Raw M, McNeill A, Stead L, Aveyard P, Bitton J, et al. Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: a review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development. *Addiction* [Internet]. 2015;110(9):1388-403. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/add.12998>
 11. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. [Internet]. World Health Organization., editor. Geneva: World Health Organization; 2003. 44 p. Disponible en: http://www.who.int/fctc/text_download/en/
 12. World Health Organization. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care [Internet]. World Health Organization., editor. Geneva: World Health Organization; 2014. 16 p. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/publications/smoking_cessation/9789241506953/en/
 13. Córdoba García R, Camaralles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango J, Ramírez Manent JJ, et al. Grupo de expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención Primaria*. 2020;52:32-43. Disponible en: /02126567/00000052000000S2/v2_202101130705/S0212656720302869/v2_202101130705/es/main.assets
 14. Olano-Espinosa E, Minue-Lorenzo C. «Do not do» also as regards tobacco. *Atencion primaria*. 2016;48(7):493-9.

15. Bartsch AL, Härter M, Niedrich J, Brütt AL, Buchholz A. A Systematic Literature Review of Self-Reported Smoking Cessation Counseling by Primary Care Physicians. *PLoS ONE* [Internet]. 2016;11(12):e0168482. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0168482>
16. Sarna L, Bialous SA, Wells M, Kotlerman J, Wewers ME, Froelicher ES. Frequency of nurses' smoking cessation interventions: report from a national survey. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. julio de 2009;18(14):2066-77. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2009.02796.x>
17. Iglesias Sanmartín JM, Martínez AF, Jiménez LC, Cohen VB, Minué-Lorenzo C, Osca Ribera JA, et al. Attitudes towards anti-smoking legislation and prevalence of tobacco consumption in Spanish primary healthcare personnel. *Tob Prev Cessation*. 4 de marzo de 2019 [citado 26 de septiembre de 2022];5(March). Disponible en: <http://www.tobaccopreventioncessation.com/Attitudes-towards-anti-smoking-legislation-and-prevalence-of-tobacco-consumption,104434,0,2.html>
18. Carson KV, Verbiest MEA, Crone MR, Brinn MP, Esterman AJ, Assendelft WJJ, et al. Training health professionals in smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012;(5):CD000214.
19. WHO. Guidelines for implementation of Article 12 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control [Internet]. World Health Organization., editor. Geneva: World Health Organization; 2010. 20 p. Disponible en: http://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/article_12/en/
20. Ockene J, Quirk M, Goldberg R, Kristeller J, Donnelly G, Kalan K, et al. A residents' training program for the development of smoking intervention skills. *Archives of Internal Medicine*. 1988;148:1039-45.
21. Hagimoto A, Nakamura M, Masui S, Bai Y, Oshima A. Effects of trained health professionals' behavioral counseling skills on smoking cessation outcomes. *Annals of Behavioral Medicine*. 2018;52(9):752-61.
22. Kerr S, Whyte R, Watson H, Tolson D, McFadyen A. Smoking cessation in later life : An evaluation of the impact of smoking cessation training on the knowledge , attitudes and practice of members of the primary care team who work with older people. Glasgow; 2007 p. 73.
23. Delucchi KL, Tajima B, Guydish J. Development of the Smoking Knowledge, Attitudes, and Practices (S-KAP) Instrument. *Journal of drug issues*. marzo de 2009;39(2):347-64.
24. Newhouse RP, Himmelfarb CD, Liang Y. Psychometric testing of the smoking cessation counseling scale. *Journal of Nursing Scholarship*. 2011;43(4):405-11.
25. Abdelazim SA, Nour-Eldein H, Ismail MA, Al Sayed Fiala L, Abdulmajeed AA. Effect of training program regarding smoking cessation counseling for primary health care physicians in Port Said City, Egypt. *Journal of Public Health*. 2018;1-7. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s10389-017-0890-4>

26. [REDACTED] M. Design and Validation of an Instrument to Evaluate the Learning Acquired by Nursing Students from a Brief Tobacco Intervention (BTI-St©). *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(20).
27. The Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel and staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *American Journal of Preventive Medicine*. 2008;35(2):158-76.
28. Martínez Arias M del R, Hernández Lloreda MV, Hernández Lloreda MJosé. *Psicometría*. Madrid: Alianza Editorial; 2014.
29. Abad FJ, Olea J, Ponsoda V, García C. *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Síntesis Editorial; 2014.
30. Carretero-Dios H; Pérez C. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2005;5(3):521-51.
31. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Fifth edition. Oxford: Oxford University Press; 2015. 399 p.
32. Holliday R, Hong B, McColl E, Livingstone-Banks J, Preshaw PM. Interventions for tobacco cessation delivered by dental professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021;(2).
33. Hulsman RL, Mollema ED, Oort FJ, Hoos AM, de Haes JCJM. Using standardized video cases for assessment of medical communication skills: Reliability of an objective structured video examination by computer. *Patient Education and Counseling*. 2006;60(1):24-31.
34. Coyne E, Frommolt V, Rands H, Kain V, Mitchell M. Simulation videos presented in a blended learning platform to improve Australian nursing students' knowledge of family assessment. *Nurse Education Today*. 2018;66:96-102.



Adaptación y validación de un instrumento de evaluación de la competencia del consejo breve para dejar de fumar. BTI-Prof©. Ramos-Morcillo, AJ, García-Moral, AT, Fernández-Salazar, S, Leal-Costa, C, Ruzafa-Martínez, M, Granero-Moya, N.

Figura 1. BTI-Prof

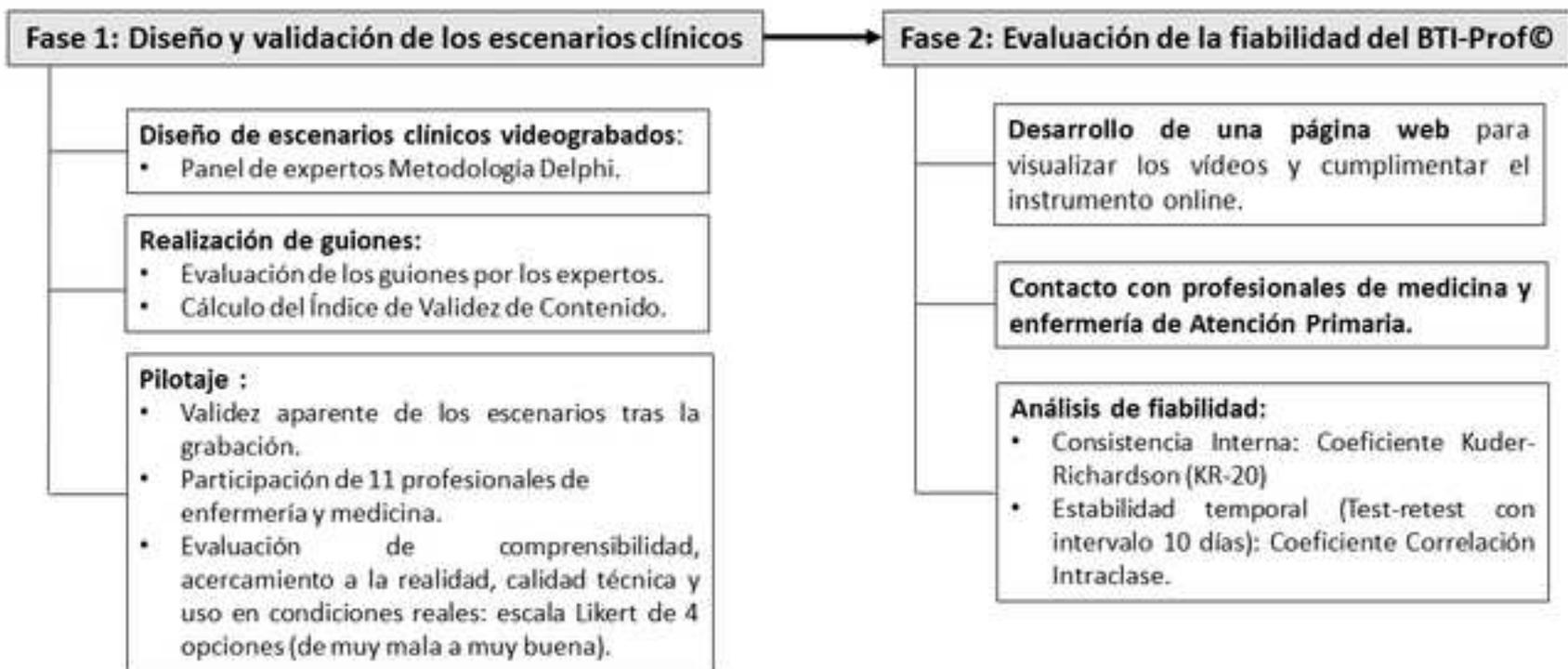


Figura 2. Esquema del estudio

Tabla 1. Descripción de la muestra

N	155
Edad (años)	
Hombres	44.5; DE= 11.1
Mujeres	43.2; DE= 10.4
Sexo:	
Hombres	58 (37.5%)
Mujeres	97 (62.5%)
Perfil profesional:	
Medicina	41 (26.5%)
Enfermería	114 (73.5%)
Experiencia en AP (años):	
Medicina	7.42; DE=8.53
Enfermería	13.7; DE=11.1

Material electrónico adicional:

Escenario 1: <https://www.youtube.com/watch?v=Z8-pP1KoCwg>

Escenario 2: https://www.youtube.com/watch?v=if_6eJZaS7w

Escenario 3: <https://www.youtube.com/watch?v=ldPH0LHwHd0>