



## ORIGINAL

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



Antonio Jesús Ramos-Morcillo<sup>a</sup>, Ana Teresa García-Moral<sup>b,\*</sup>,  
Serafín Fernández-Salazar<sup>c</sup>, César Leal-Costa<sup>a</sup>, María Ruzafa-Martínez<sup>a</sup>  
y Nani Granero-Moya<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, España

<sup>b</sup> Distrito Sanitario Jaén Nordeste, Servicio Andaluz de Salud, Úbeda, Jaén, España

<sup>c</sup> Estrategia de Cuidados de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud, AGS Nordeste de Jaén, Úbeda, Jaén, España

<sup>d</sup> Distrito Sanitario Jaén Nordeste. Servicio Andaluz de Salud. Facultad CCSS, Universidad de Jaén, Jaén, España

Recibido el 5 de septiembre de 2022; aceptado el 30 de septiembre de 2022

Disponible en Internet el 27 de octubre de 2022

## PALABRAS CLAVE

Competencia;  
Tabaquismo;  
Estudios de validación;  
Atención Primaria de salud;  
Consejo breve

## Resumen

**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:** Ciento cincuenta y cinco profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria en activo.

**Intervenciones:** 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 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 se obtuvieron mediante el coeficiente Kuder-Richardson y fueron para el escenario 1: 0,880, para el escenario 2: 0,829 y para el escenario 3: 0,826. El test-retest muestra una adecuada estabilidad temporal, con unos coeficientes de correlación intraclase de 0,857 (IC 95%: 0,734-0,923),  $p < 0,0001$  para el escenario 1, 0,829 (IC 95%: 0,676-0,909),  $p < 0,001$  para el escenario 2 y 0,869 (IC 95%: 0,76-0,928),  $p < 0,0001$  para el escenario 3.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [tec.promocion.salud.ajaene.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:tec.promocion.salud.ajaene.sspa@juntadeandalucia.es) (A.T. García-Moral).

*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.

© 2022 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## KEYWORDS

Competence;  
Smoking;  
Validation studies;  
Primary Health Care;  
Brief advice

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

### Abstract

*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 Health Care.

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

*Setting:* Primary Health Care.

*Participants:* One hundred fifty-five general practitioners and nurses working at Primary Health Care.

*Interventions:* Three 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 5A + 5R model.

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

*Results:* Results related to reliability were obtained through Kuder-Richardson coefficient, being for scenario 1, 0.880, for scenario 2, 0.829, and for scenario 3, 0.826. The test-retest shows adequate temporal stability: intraclass correlation coefficient for scenario 1 0.857 (95% CI 0.734–0.923),  $p < 0.0001$ , for scenario 2 0.829 (95% CI 0.676–0.909),  $p < 0.001$ , and for scenario 3 0.869 (95% CI 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 Health Care general practitioners and nurses.

© 2022 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## 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<sup>1</sup>. El consumo de tabaco es la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte evitable en España, causando 56.124 muertes anuales<sup>2</sup>. Dado que el consumo de tabaco es un hábito adictivo<sup>3</sup>, se considera la principal causa evitable de enfermedad<sup>4</sup> y de muerte prematura<sup>5</sup>. 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<sup>6</sup>.

Como consecuencia de todo ello, la OMS<sup>7</sup> 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<sup>8</sup>, y asumible por las instituciones sanitarias<sup>9,10</sup>. 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<sup>11</sup>.

Para un desarrollo normalizado del CBDF en AP, la OMS lanzó un documento en el que se define un modelo para llevar a cabo dicho consejo y que está basado en la estrategia de las 5A + 5R<sup>12</sup>. 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 recomienda su aplicación en la atención a personas fumadoras<sup>13</sup>.

Debido a la magnitud del tabaquismo es necesario disponer de intervenciones fáciles, breves y efectivas<sup>14</sup>, pero esto no asegura su aplicación. Una revisión sistemática mostró que un 65% de los médicos de familia preguntan a los pacientes sobre el consumo de tabaco y un 63% aconsejan sobre el abandono<sup>15</sup>. Un estudio realizado a 3.482 enfermeras muestra que un 73% preguntan sobre el consumo y un 62% aconsejan sobre el abandono<sup>16</sup>. En España, un estudio metacéntrico con 1.842 médicos y 1.075 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<sup>17</sup>. 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<sup>18</sup>.

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<sup>19</sup>.

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<sup>20,21</sup>, o bien lo hacen parcialmente<sup>22-25</sup>, 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<sup>26</sup>.

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 AP 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 AP.

## Métodos

Estudio transversal, de adaptación y validación psicométrica. El instrumento original (BTI-St©)<sup>26</sup> 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 el U. S. Public Health Service<sup>27</sup>, la OMS<sup>12</sup> y el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud<sup>13</sup>. Tiene un formato gráfico donde los ítems se integran dentro de un algoritmo.

Se trata de un test referido al criterio que permite evaluar programas educativos y verificar el logro de competencias con fines de certificación<sup>28</sup>. Los test referidos al criterio indican el rendimiento individual en relación con unos criterios de rendimiento establecidos previamente<sup>29</sup>.

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 qué 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 AP 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 AP y con distintos perfiles profesionales (2 médicos, 3 enfermeras y una psicóloga) debatieron y consensuaron a través de la 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 AP 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 vídeos, 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).

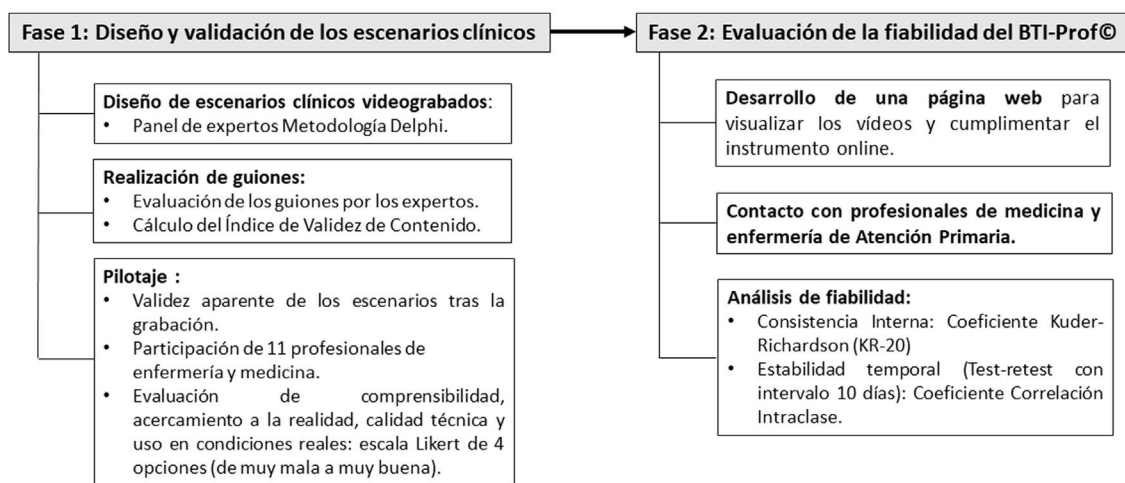
### - Fase 2: evaluación de la fiabilidad del BTI-Prof©

La evaluación de la fiabilidad del instrumento se realizó entre marzo y abril de 2022. Se contactó con profesionales de medicina y enfermería de AP 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-Prof©. 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<sup>29</sup>. Asimismo, el instrumento se administró en 2 ocasiones (test-retest) en un intervalo de 10 días para evaluar la estabilidad temporal a través del coeficiente de correlación intraclass (CCI). Los resultados se considerarán buenos si son superiores a 0,80 al tratarse de una herramienta de evaluación<sup>30</sup> para el KR-20 y si es superior a 0,70 para el CCI<sup>31</sup>.

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

Esta investigación cuenta con la aprobación por parte del Comité de Ética de la Investigación de la provincia de Jaén (ID: 31052018).



Esquema general del estudio.

## 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 min de duración (caso 1: 1 m, 15 s; caso 2: 2 m, 6 s; caso 3: 2 m, 42 s). 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 tres escenarios: dos con disposición a intentar dejar de fumar y uno sin disposición. Los escenarios están disponibles como [material electrónico adicional](#).

Antes de la grabación de los escenarios se escribieron los guiones. En la primera ronda se obtuvo un IVC de 0,87 en el escenario 1, de 0,80 en el escenario 2 y de 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 vídeos y «bueno» el uso en condiciones reales, lo que supone una adecuada validez aparente.

Se obtuvieron 155 formularios de profesionales de AP 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: un punto para los aciertos y 0 puntos para los fallos y las casillas en blanco.

Los resultados vinculados a la fiabilidad del cuestionario (BTI-Prof©) ([fig. 1](#)) mostraron valores adecuados. En el escenario 1 el coeficiente KR-20 fue de 0,880, en el escenario 2 de 0,829 y en el escenario 3 de 0,826. El test-retest muestra una adecuada estabilidad temporal, con un CCI para el escenario 1 de 0,857 (IC 95% 0,734-0,923),  $p < 0,0001$ , de 0,829

**Tabla 1** Descripción de la muestra

| N   | 155            |
|---|----------------|
| <i>Edad (años), media (DE)</i>              |                |
| Hombres                                     | 44,5 (DE 11,1) |
| Mujeres                                     | 43,2 (DE 10,4) |
| <i>Sexo, n (%)</i>                          |                |
| Hombres                                     | 58 (37,5)      |
| Mujeres                                     | 97 (62,5)      |
| <i>Perfil profesional, n (%)</i>            |                |
| Medicina                                    | 41 (26,5)      |
| Enfermería                                  | 114 (73,5)     |
| <i>Experiencia en AP (años), media (DE)</i> |                |
| Medicina                                    | 7,42 (DE 8,53) |
| Enfermería                                  | 13,7 (DE 11,1) |

(IC 95% 0,676-0,909),  $p < 0,001$  para el escenario 2 y de 0,869 (IC 95% 0,76-0,928),  $p < 0,0001$  para el escenario 3.

## Discusión

Este estudio describe la adaptación y evaluación de las propiedades psicométricas del BTI-Prof© en profesionales de medicina y enfermería de AP. Dicho instrumento se basa en la herramienta BTI-St©<sup>26</sup>, 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<sup>19</sup>, 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 en CBDF dirigidos a profesionales, 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 del test referido al criterio 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

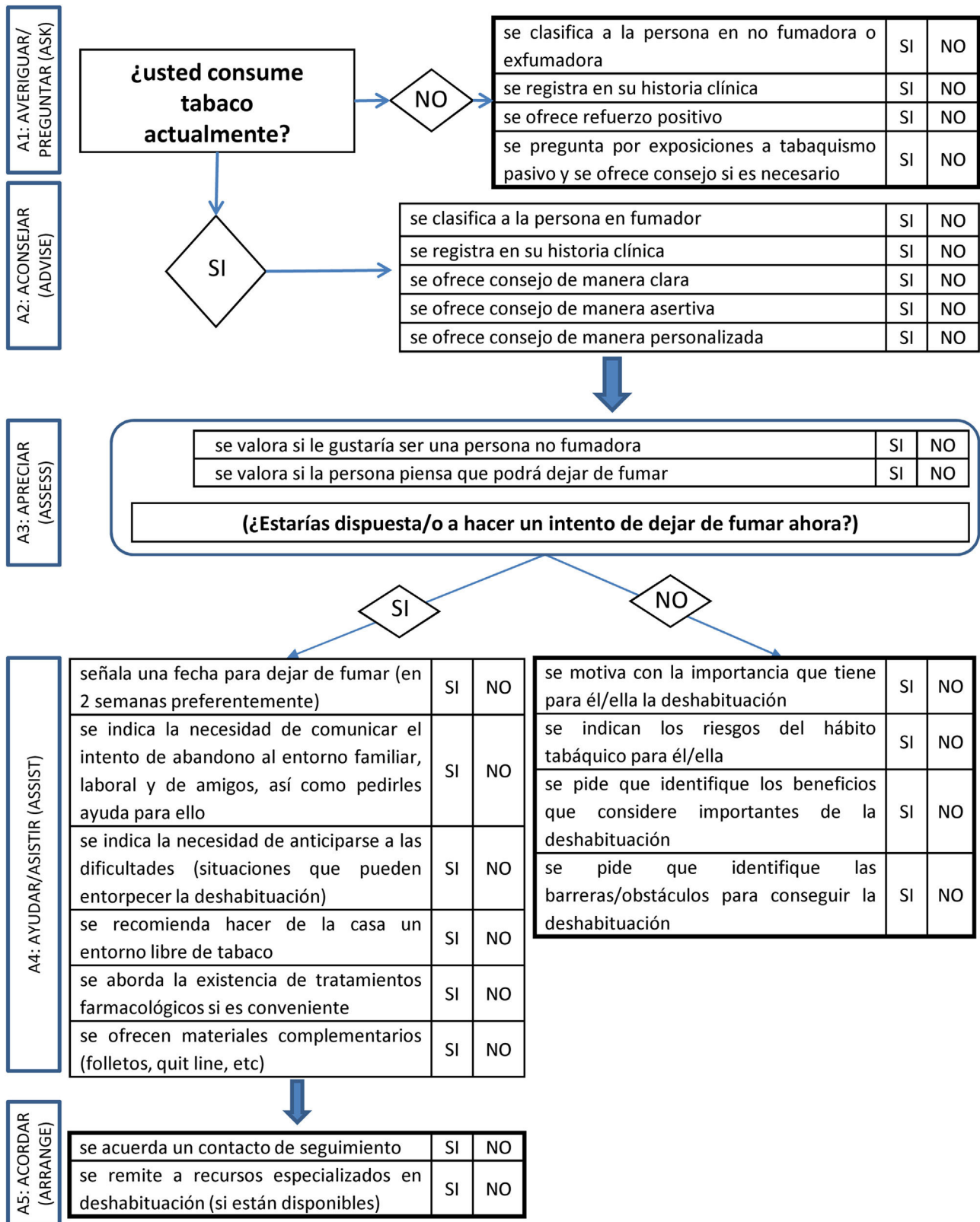


Figura 1 BTI-Prof©

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<sup>32</sup>. 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<sup>33</sup>. 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<sup>34</sup>.

Mientras la versión de estudiantes (BTI-St©)<sup>26</sup> 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 2 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 AP. 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 AP. Es necesario generar evidencias de sus propiedades métricas (incluso dentro del contexto hospitalario), en otros perfiles profesionales de AP, así como de su uso, valorando la efectividad de intervenciones y reorientando la formación sobre CBDF si fuera necesario.

## Lo conocido sobre el tema

No se dispone de herramientas que sean capaces de medir la competencia en CBDF en profesionales de medicina y enfermería en AP.

## Qué aporta este estudio

El BTI-Prof© es una herramienta robusta, con adecuadas propiedades psicométricas para evaluar la competencia en CBDF en profesionales de medicina y enfermería en AP.

## Financiación

Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. FPS 2014 - Proyectos de Investigación Atención Primaria. Expediente: AP-0210-2019.

## Conflicto de intereses

Todos los autores expresan que no existe relación financiera ni personal con otras personas u organizaciones que pueda influir de forma inapropiada (sesgo) en su trabajo y declaran explícitamente que no tienen conflictos de intereses.

## Appendix A. Material electrónico adicional:

- Escenario 1: <https://www.youtube.com/watch?v=Z8-pP1KoCwg>  
 Escenario 2: [https://www.youtube.com/watch?v=if\\_6eJZa57w](https://www.youtube.com/watch?v=if_6eJZa57w)  
 Escenario 3: <https://www.youtube.com/watch?v=ldPHOLHwHd0>

## Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Tabaco [Internet]. [consultado 1 Sep 2022]. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
- Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Montes A, Fernández E, López MJ, Martínez-Sánchez JM, et al. Smoking-attributable mortality in Spain in 2016. *Arch Bronconeumol*. 2020;56:559–63.
- Organización Mundial de la Salud. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad (Versión: 02/2022). Ginebra: OMS; 2022 [Internet]. [consultado 27 Sep 2022]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>.
- 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 Med.* 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]. [consultado 1 Sep 2022]. Disponible en: [https://www.ine.es/ss/Satellite?c=INESeccion\\_C&cid=1259944493195&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayou&param1=PYSDetalleFichaIndicador&param3=1259937499084](https://www.ine.es/ss/Satellite?c=INESeccion_C&cid=1259944493195&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayou&param1=PYSDetalleFichaIndicador&param3=1259937499084).
  7. World Health Organization. *MPOWER: A policy package to reverse the tobacco epidemic.* Geneva: World Health Organization; 2008.
  8. López-Nicolás A, Trapero-Bertran M, Muñoz C. [Cost-benefit of medical advice for quitting smoking in the Region of Murcia] Spanish. *Aten Primaria.* 2017;49:407–16.
  9. Higashi H, Barendregt JJ. Cost-effectiveness of tobacco control policies in Vietnam: The case of personal smoking cessation support. *Addiction.* 2012;107:658–70.
  10. West R, Raw M, McNeill A, Stead L, Aveyard P, Bilton 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;110:1388–403, <http://doi.wiley.com/10.1111/add.12998>.
  11. World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003, [consultado 1 Sep 2022]. Disponible en: <https://fctc.who.int/publications/i/item/9241591013>.
  12. World Health Organization. *Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014, [consultado 1 Sep 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/toolkit-for-delivering-5as-and-5rs-brief-tobacco-interventions-in-primary-care>.
  13. Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango J, Ramírez Manent JI, et al., Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPs. Grupo de expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria.* 2020;52:32–43.
  14. Olano-Espinosa E, Minué-Lorenzo C. [“Do not do” also as regards tobacco] Spanish. *Aten Primaria.* 2016;48:493–9.
  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:e0168482, <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. *J Clin Nurs* [Internet]. 2009;18:2066–77, <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2009.02796.x>.
  17. Iglesias Sanmartín JM, Furio Martínez A, Clemente Jiménez L, Barchilon Cohen V, Minué-Lorenzo C, Osca Ribera JA, et al. Attitudes towards anti-smoking legislation and prevalence of tobacco consumption in Spanish primary healthcare personnel. *Tob Cessation.* 2019;5:9, <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. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5. CD000214.
  19. World Health Organization. *Guidelines for implementation of Article 12. WHO Framework Convention on Tobacco Control* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponible en: [http://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/article\\_12/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. *Arch Intern Med.* 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. *Ann Behav Med.* 2018;52:752–61.
  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: Caledonian Nursing and Midwifery Research Center;* 2007.
  23. Delucchi KL, Tajima B, Guydish J. Development of the Smoking Knowledge, Attitudes, and Practices (S-KAP) instrument. *J Drug Issues.* 2009;39:347–64.
  24. Newhouse RP, Himmelfarb CD, Liang Y. Psychometric testing of the smoking cessation counseling scale. *J Nurs Scholarship.* 2011;43:405–11.
  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. *J Public Health.* 2018;26:569–75, <http://link.springer.com/10.1007/s10389-017-0890-4>.
  26. Ramos-Morcillo AJ, Leal-Costa C, García-Moral AT, del-Pino-Casado R, Ruzafa-Martínez M. Design and validation of an instrument to evaluate the learning acquired by nursing students from a Brief Tobacco Intervention (BTI-St©). *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16:3944.
  27. *Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff.* A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med.* 2008;35:158–76.
  28. Martínez Arias MR, Hernández Lloreda MJ, Hernández Lloreda MV. *Psicometría.* Madrid: Alianza Editorial; 2014.
  29. Abad FJ, Olea J, Ponsoda V, García C. *Medición en ciencias sociales y de la salud.* Madrid: Edición Síntesis; 2014.
  30. Carretero-Dios H, Pérez C. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *Int J Clin Health Psychol.* 2005;5:521–51.
  31. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. *Health measurement scales: A practical guide to their development and use.* 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.
  32. Holliday R, Hong B, McColl E, Livingstone-Banks J, Preshaw PM. Interventions for tobacco cessation delivered by dental professionals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;2:CD005084.
  33. Hulsman RL, Mollema ED, Oort FJ, Hoos AM, de Haes JC. Using standardized video cases for assessment of medical communication skills: Reliability of an objective structured video examination by computer. *Patient Educ Couns.* 2006;60:24–31.
  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 Educ Today.* 2018;66:96–102.