

# Cuestionario sobre Conocimiento, Actitudes, Comportamientos y Organización

(Knowledge, Attitudes, Behaviors and Organization, KABO)

## Descripción

El cuestionario sobre “Conocimiento, Actitudes, Comportamientos y Organización” (Knowledge, Attitudes, Behaviors and Organization, KABO) es una escala autoadministrada específicamente diseñada para evaluar diversos factores relevantes en la implementación de intervenciones para ayudar a dejar de fumar. Más concretamente, este cuestionario evalúa aquellos factores que intervienen en la implementación de estas intervenciones en los centros sanitarios por parte de profesionales de la salud.

El cuestionario KABO incluye las dimensiones desarrolladas por Sheffer, Barone y Anders (2009) para medir los factores cognitivos y sociales tales como la motivación, el conocimiento sobre la deshabituación tabáquica, la autoeficacia, las creencias sobre la importancia de implementar intervenciones para la deshabituación tabáquica, la eficacia de las mismas, la importancia de las barreras y de la preparación. Además incluye nuevas preguntas diseñadas para explorar el entorno clínico y las características a nivel organizativo identificadas previamente en la literatura (Freund et al., 2009; Leitlein et al., 2012; Sarna et al., 2009).

El instrumento ha sido creado por diversos expertos en el diseño, implementación y evaluación de intervenciones para dejar de fumar. Las propiedades psicométricas del instrumento han sido testadas por profesionales sanitarios de diversos hospitales catalanes. Dicho trabajo ha sido publicado en “Addictive Behaviors”

Referencia: Andrés A, Castellano Y, Fu M, Feliu A, Ballbè M, Antón L, Baena A, Fernández E, Martínez C. *Exploring individual and contextual factors contributing to tobacco cessation intervention implementation*. Addictive Behaviours. 2019. 88: 163-168.

## Descripción del instrumento

El cuestionario consta de diversas secciones. La primera parte incluye preguntas sobre las características sociodemográficas como sexo, edad, etc, y características individuales sobre la profesión, años de experiencia profesional, formación en tabaquismo.

Posteriormente, se pregunta el nivel de actividad en proporcionar ayuda para dejar de fumar del participante de acuerdo al modelo de intervención breve de las 5 A's (III. Nivel de Actuación), a través de las siguientes preguntas:

Por favor, puntúe cada pregunta o afirmación seleccionando la puntuación más adecuada de acuerdo a su respuesta, siendo: 0=Nunca/ Nada; 10=Siempre/Completamente

¿Con qué frecuencia usted PREGUNTA Y DOCUMENTA el consumo de tabaco de sus pacientes?

¿Con qué frecuencia usted ACONSEJA dejar de fumar a sus pacientes?

¿Con qué frecuencia VALORA el deseo de sus pacientes para dejar de fumar?

¿Con qué frecuencia AYUDA a sus pacientes a dejar de fumar (usando estrategias o técnicas para propiciar el cambio, estableciendo un día para dejar de fumar y/o mediante el uso de medicación)

¿Con qué frecuencia RECOMIENDA/INDICA medicación para dejar de fumar a sus pacientes como tratamiento sustitutivo de nicotina, bupropion o vareniclina?

¿Con qué frecuencia OFRECE SEGUIMIENTO a sus pacientes como parte de la intervención para dejar de fumar mediante la programación de visitas sucesivas, derivando a otros profesionales, enviando una carta o recordatorio por correo, o realizando llamadas telefónicas de seguimiento?

¿Con qué frecuencia REALIZA EL SEGUIMIENTO de los pacientes que han iniciado un tratamiento para dejar de fumar con usted?

¿Con qué frecuencia OFRECE SEGUIMIENTO a los pacientes que han dejado de fumar con usted mediante derivación a otros profesionales o unidades?

Posteriormente se aplica el cuestionario KABO, que se compone de un total de 26 ítems que se puntúan en una escala de 0 a 10 puntos (0=Nunca/ Nada; 10=Siempre/Completamente ) y se agrupan en un total de siete subescalas, tal y como se indica a continuación:

| Subescala  | Número total de ítems | Ítems   | Rango de puntuaciones posible |
|--|-----------------------|---------|-------------------------------|
| 1. Habilidades individuales (Individual skills, IS)  | 6                     | 23 - 28 | 0 - 60                        |
| 2. Actitudes y creencias (Attitudes and beliefs, AB)   | 4                     | 29 - 32 | 0 - 40                        |
| 3. Compromiso individual (Individual commitment, IC)   | 4                     | 33 - 36 | 0 - 40                        |
| 4. Creencias sobre el deseo/preparación del paciente para dejar de fumar (Beliefs about patient desire/readiness to quit, BPR) | 3                     | 37 - 39 | 0 - 30                        |
| 5. Apoyo positivo de la organización (Positive organizational support, POS )   | 4                     | 40 - 43 | 0 - 40                        |
| 6. Recursos de la organización (Organizational resources, OR)  | 3                     | 44 - 46 | 0 - 30                        |
| 7. Apoyo de la organización (Organizational endorsement, OE)   | 2                     | 47 - 48 | 0 - 20                        |

La puntuación de cada subescala se obtiene de la suma de los ítems correspondientes. Mayores puntuaciones en el cuestionario indican mayores niveles de apoyo e implementación de las prácticas de deshabituación tabáquica, sin embargo algunos de los ítems puntúan de forma inversa en el cuestionario. En consecuencia, la puntuación obtenida en los ítems 28, del 33 al 35, del 37 al 39 y del 44 al 48 debe ser recodificada de forma inversa antes de calcular los totales de las subescalas, de acuerdo con la siguiente equivalencia de puntuaciones:

|  |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|--|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Puntuación obtenida en el cuestionario | 0  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Puntuación recodificada                | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0  |

Los autores de este trabajo solicitan a aquellos investigadores que deseen utilizar el cuestionario KABO citarlo correctamente:

Andrés A, Castellano Y, Fu M, Feliu A, Ballbè M, Antón L, Baena A, Fernández E, Martínez C. *Exploring individual and contextual factors contributing to tobacco cessation intervention implementation*. Addictive Behaviours. 2019. 88: 163-168.

En caso de duda pueden dirigirse a la Unidad de Control de Tabaquismo del ICO: [cmartinez@iconcologia.net](mailto:cmartinez@iconcologia.net); [sensefum@iconcologia.net](mailto:sensefum@iconcologia.net)

## I. Datos socio demográficos

1. Fecha de nacimiento   día   mes     año
2. Sexo  Mujer  Hombre
3. ¿A qué colectivo pertenece?
- Médico
- Enfermería - **especificar:**  Grado/Diplomatura  Auxiliar
- Psicólogo/a
- Otros - **especificar:** .....
4. ¿Cuántos años lleva ejerciendo su profesión?   años
5. Actualmente, ¿usted fuma?
- Sí, fumo diariamente
- Sí, fumo ocasionalmente (pase a la pregunta 7)
- No, nunca he fumado (pase a la pregunta 7)
- No, soy exfumador (pase a la pregunta 7)
6. ¿Cuántos cigarrillos (manufacturados y/o de liar) fuma al día?   cigarrillos
7. ¿En qué tipo de organización trabaja?
- Pública (SISCAT/XHUP y/o ICS)
- Privada
- Otras - **especificar:** .....
8. De los siguientes tipos de centros sanitarios, ¿usted trabaja en...?
- Centro hospitalario
- Centro de Atención Primaria (pase a la pregunta 11)
- Centro socio-sanitario (pase a la pregunta 11)
- No, no trabajo (pase a la pregunta 11)
- Otros - **especificar:** .....(pase a la pregunta 11)
9. ¿En qué tipo de hospital trabaja de acuerdo a la clasificación del Servei Català de la Salut?
- Hospital de alta tecnología
- Hospital de referencia
- Hospital general básico
- Hospital básico aislado o complementario

10. ¿En cuáles de las siguientes unidades trabaja en el hospital? [Respuesta múltiple si es necesario]

- Unidad de hospitalización
- Consultas externas
- Consultas o unidades especializadas
- Quirófano
- Urgencias
- Otras - **especificar:** .....

11. De las siguientes áreas, ¿cuál es la que mejor define su trabajo? [Escoger sólo una respuesta]

- Asistencia
- Gestión/Administración
- Investigación
- Docencia
- Otros - **especificar:** .....

## II. Formación previa

12. ¿Ha realizado formación previa para ayudar a dejar de fumar?

- Sí
- No (pase a la pregunta 15)

13. Indique mediante una x si ha recibido formación para ayudar a dejar de fumar en cada una de estas posibilidades y, en tal caso, indique el número de horas lectivas recibidas. [Respuesta múltiple]

- Formación incluida en el currículum del grado/diplomatura/licenciatura. Esp.[.....] horas
- Formación incluida en formación de máster/posgrados. Especificar [.....] horas
- Formación incluida en otros cursos formación continuada. Especificar [.....] horas

14. Tipo de metodología que incluían los cursos que ha realizado. [Respuesta múltiple]

- Presencial, sólo teórica
- Presencial, sólo práctica
- Presencial, teórico-práctica
- Virtual, sólo teórica
- Virtual, sólo práctica
- Virtual, teórico-práctica
- Otras - **especificar:** .....

### III. Nivel de actuación

| Por favor, puntúe cada pregunta o afirmación seleccionando la puntuación más adecuada de acuerdo a su respuesta, siendo:   | 0 = Nunca/Nada |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 10 = Siempre /Completamente |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|--|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 15. ¿Con qué frecuencia usted PREGUNTA Y DOCUMENTA el consumo de tabaco de sus pacientes?  | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 16. ¿Con qué frecuencia usted ACONSEJA dejar de fumar a sus pacientes?   | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 17. ¿Con qué frecuencia VALORA el deseo de sus pacientes para dejar de fumar?  | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 18. ¿Con qué frecuencia AYUDA a sus pacientes a dejar de fumar (usando estrategias o técnicas para propiciar el cambio, estableciendo un día para dejar de fumar y/o mediante el uso de medicación).   | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 19. ¿Con qué frecuencia RECOMIENDA/INDICA medicación para dejar de fumar a sus pacientes como tratamiento sustitutivo de nicotina, bupropion o vareniclina?  | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 20. ¿Con qué frecuencia OFRECE SEGUIMIENTO a sus pacientes como parte de la intervención para dejar de fumar mediante la programación de visitas sucesivas, derivando a otros profesionales, enviando una carta o recordatorio por correo, o realizando llamadas telefónicas de seguimiento? | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 21. ¿Con qué frecuencia REALIZA EL SEGUIMIENTO de los pacientes que han iniciado un tratamiento para dejar de fumar con usted?   | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 22. ¿Con qué frecuencia OFRECE SEGUIMIENTO a los pacientes que han dejado de fumar con usted mediante derivación a otros profesionales o unidades?   | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

### IV. Habilidades individuales

| Por favor, puntúe cada pregunta o afirmación seleccionando la puntuación más adecuada de acuerdo a su respuesta, siendo:   | 0 = Nunca/Nada |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 10 = Siempre /Completamente |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|--|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 23. Nivel de conocimientos en el manejo de la intervención para ayudar a dejar de fumar.   | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 24. Grado de preparación para ofrecer ayuda para dejar de fumar.   | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 25. Grado de preparación para recomendar tratamiento farmacológico para dejar de fumar (sustitutivos de nicotina, bupropion, vareniclina).   | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 26. Grado de familiarización con las guías de práctica clínica para dejar de fumar (ejemplos: SEPAR, SEMFIC, etc.).  | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 27. Grado de familiarización en recomendar a sus pacientes el uso de recursos como: "quitlines", sistemas de ayuda por teléfono o por Internet para recibir un soporte extra durante el proceso de dejar de fumar. | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 28. Considero que me faltan conocimientos y habilidades adecuadas sobre cómo ayudar a mis pacientes a dejar de fumar.  | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

## V. Actitudes y creencias

| Por favor, puntúe cada pregunta o afirmación seleccionando la puntuación más adecuada de acuerdo a su respuesta, siendo:   | 0 = Nunca/Nada |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | 10 = Siempre /Completamente |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|--|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 29. Grado de motivación para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar.  | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 30. Grado de facilidad para superar las dificultades que puede experimentar cuando ayuda a sus pacientes a dejar de fumar. | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 31. Grado de seguridad que posee en su habilidad para ayudar a los pacientes a dejar de fumar.                             | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 32. Grado de seguridad que siente cuando usted trata elementos de la motivación del paciente para dejar de fumar.          | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

## VI. Compromiso individual

| Por favor, puntúe cada pregunta o afirmación seleccionando la puntuación más adecuada de acuerdo a su respuesta, siendo: | 0 = Nunca/Nada |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | 10 = Siempre /Completamente |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|--|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 33. Considero que no es parte de mi trabajo o rol profesional.   | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 34. No es requerido por mis superiores (dirección, supervisión, jefe de servicio, etc.).                                 | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 35. No ayudo a mis pacientes a dejar de fumar porque mis compañeros no realizan esta actividad.                          | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 36. Considero que es parte de mi trabajo y mi rol.   | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

## VII. Creencias sobre el deseo/ preparación del paciente para dejar de fumar

| Por favor, puntúe cada pregunta o afirmación seleccionando la puntuación más adecuada de acuerdo a su respuesta, siendo: | 0 = Nunca/Nada |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | 10 = Siempre /Completamente |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|--|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 37. Creo que el paciente no está motivado o interesado.  | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 38. Creo que para mis pacientes dejar de fumar no es relevante.  | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 39. Considero que puede aumentar el estrés de mis pacientes.   | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

## VIII. Apoyo positivo de la organización

| Por favor, puntúe cada pregunta o afirmación seleccionando la puntuación más adecuada de acuerdo a su respuesta, siendo:   | 0 = Nunca/Nada |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | 10 = Siempre /Completamente |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|--|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 40. La intervención breve para dejar de fumar está protocolizada en mi centro de trabajo.  | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 41. La intervención breve para dejar de fumar es una actividad requerida por mis superiores (dirección, supervisión, jefes de servicio, etc.).                           | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 42. Cuento con apoyo organizativo en mi centro de trabajo para realizar la intervención breve para dejar de fumar.   | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 43. Recibo reconocimiento/ recompensa por el esfuerzo realizado por parte de mis superiores/de la organización cuando realizo la intervención breve para dejar de fumar. | 0              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 0                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

## IX. Recursos de la organización

| Por favor, puntúe cada pregunta o afirmación seleccionando la puntuación más adecuada de acuerdo a su respuesta, siendo: | 0 = Nunca/Nada                      10 = Siempre /Completamente |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 44. No es una tarea protocolizada en mi organización.  | 0   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 45. Faltan recursos farmacológicos para ayudar a dejar de fumar a ofrecer en mi lugar de trabajo.                        | 0   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 46. Faltan de registros para el correcto seguimiento/control de esta intervención en mi organización.                    | 0   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

## X. Apoyo de la organización

| Por favor, puntúe cada pregunta o afirmación seleccionando la puntuación más adecuada de acuerdo a su respuesta, siendo: | 0 = Nunca/Nada                      10 = Siempre /Completamente |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 47. Tengo poco tiempo para realizar la actividad.  | 0   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 48. Tengo sobrecarga en el resto de mis responsabilidades durante mi jornada laboral.                                    | 0   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

*¡Muchas gracias por su colaboración!*