

DISPOSICIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD CHILENOS HACIA LA CONSEJERÍA BREVE ANTI-TABACO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA

READINESS OF CHILEAN HEALTHCARE PROFESSIONALS TOWARDS BRIEF TOBACCO CESSATION COUNSELING IN HOSPITALIZED SMOKING PATIENTS OF A PRIVATE INSTITUTION

Lisette Irarrázabal

Enfermera Matrona, PhD., MS

Profesora Asistente. Departamento del Adulto Senescente. Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Centro Colaborador OPS-OMS para el cuidado en ENT

Santiago, Chile

lirarrav@uc.cl

<https://orcid.org/0000-0002-4351-9158>

Claudia Bambs

Médico especialista en Medicina Interna, MSc Epidemiología

Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Centro Avanzado de Enfermedades Crónicas (ACCDiS) Fondap 15130011 y Centro para la Prevención y el Control del Cáncer (CECAN) Fondap 152220002, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Santiago, Chile

cbambs@uc.cl

<https://orcid.org/0000-0002-7043-6833>

Artículo recibido el 28 de septiembre de 2023. Aceptado en versión corregida el 12 de diciembre de 2023.

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar la disposición pre y post intervención de profesionales de la salud de una consejería breve antitabaco (CBA) para pacientes fumadores hospitalizados.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio cuantitativo, descriptivo correlacional de corte transversal, con 65 sujetos participantes. **RESULTADOS:** El 84,6% de los participantes son mujeres, con edad promedio de 33.8 años (DS±9,1). El 52,3% se desempeñaba como técnico en enfermería, seguidos por los enfermeros(as) (18,5%). El 34,9% de los sujetos eran fumadores, de ellos el 21,6% fumaba entre 1 y 5 cigarrillos diarios. Se observó mayor disposición y aceptabilidad hacia la CBA en los proveedores de salud que no fuman versus

los fumadores en la medición basal. Post intervención hay diferencias significativas en el grupo de profesionales fumadores, mejorando su disposición y aceptabilidad hacia la CBA. **CONCLUSIONES:** A mayor consumo de tabaco en los proveedores de salud, menor es la disposición, la aceptabilidad y la conducta habitual de realizar la CBA a los pacientes adultos hospitalizados. Una intervención de CBA dirigida a personal fumador ha demostrado ser efectiva en mejorar su disposición. Si bien el ser fumador constituye una barrera de implementación, es algo que se puede mejorar con capacitación, por lo que se invita a tomar en consideración el nivel de consumo de tabaco de los funcionarios en futuras intervenciones de CBA en pacientes hospitalizados.

Palabras clave: Consejería; cesación tabáquica; personal de salud

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess readiness among healthcare providers in pre- and post- brief tobacco cessation counseling (BTCC) intervention for hospitalized smoking patients. **MATERIAL AND METHOD:** Quantitative, descriptive, cross-sectional correlational study, with 65 participants. **RESULTS:** 84,6% of the participants are women, with an average age of 33,8 years (DS9,1). 52,3% work as nursing technicians, followed by nurses (18,5%). 34,9% of the participants are smokers, of which 21,6% smoke between 1 and 5 cigarettes a day. Greater readiness and acceptability towards BTCC are observed in non-smoking healthcare providers. Significant differences are found in the post BTCC intervention group of smoking healthcare providers, improving their readiness and acceptability towards BTCC. **CONCLUSIONS:** The greater the tobacco consumption of healthcare providers, the lower readiness, acceptability, and common practice of performing BTCC on hospitalized adult patients. A BTCC intervention aimed at smoking healthcare providers has been shown to be effective in improving their readiness. Although being a smoking healthcare provider has shown to be a barrier to BTCC implementation, it is something that can be overcome with intervention, which is why it is important to consider the level of tobacco consumption of healthcare providers in future implementation of BTCC in hospitalized patients.

Keywords: Counseling; tobacco cessation; healthcare providers

https://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.Num.esp.77-91

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es la principal causa de muerte prevenible en el mundo y en Chile constituye un importante problema de salud pública por su elevada prevalencia y porque implica un costo directo anual de más de 1 billón de pesos

para el Estado chileno, lo cual representa aproximadamente el 0,8% de todo el producto interno bruto y el 11,5% de todo lo que Chile gasta en salud cada año⁽¹⁾.

La estrategia MPOWER de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

identifica el apoyo a la cesación tabáquica como una de las medidas más importantes y costo-efectivas para el control del tabaquismo⁽²⁾. Dentro de las intervenciones de apoyo a la cesación tabáquica destaca la consejería breve, que puede ser brindada por cualquier profesional de la salud en solo 1 a 3 minutos⁽³⁾. Sin embargo, expertos coinciden en la falta de intervenciones para el apoyo a la cesación tabáquica durante la hospitalización tanto en hospitales públicos como privados en nuestro país.

Los fumadores se hospitalizan más que los no-fumadores y la mantención del hábito tabáquico se asocia a re-hospitalizaciones, especialmente en pacientes cardiovasculares^(4,5). La estadía hospitalaria es una ventana de oportunidad en la vida de un fumador, el cual podría encontrarse especialmente receptivo a recibir apoyo para la cesación tabáquica. Numerosos estudios han evaluado la efectividad de intervenciones de cesación tabáquica en hospitalizados, demostrando un 37% mayor efectividad que el grupo de comparación (RR 1,37 CI 95% 1,27-1,48)⁽⁶⁾. Uno de los elementos claves para la efectividad de intervenciones de cesación tabáquica iniciadas en el hospital es la continuidad de cuidados a través de un seguimiento presencial o telefónico por un período mayor a 1 mes post alta⁽⁶⁾. La Universidad de Ottawa recomienda el abordaje sistemático del tabaquismo desde la identificación de los fumadores al ingreso, hasta la intervención y seguimiento post alta⁽⁷⁾. Adicionalmente, tanto la OMS como la entidad acreditadora de hospitales *Joint Commission*

recomiendan que los hospitales identifiquen a los fumadores desde su ingreso, ofrecerles consejería antitabaco y, si corresponde, terapia farmacológica, junto con planificar el seguimiento post alta^(8,9). Un estudio realizado en Dinamarca con 2,561 trabajadores de salud intrahospitalarios mostró una fuerte asociación entre el consumo personal de tabaco y el conocimiento, las actitudes y las prácticas de consejería antitabaco con sus pacientes⁽¹⁰⁾. A mayor consumo personal, menor realización de consejería antitabaco a los pacientes.

Barreras mencionadas por enfermeras para la implementación de programas de cesación tabáquica en el hospital son la falta de información sobre métodos de cesación tabáquica, la falta de opciones para derivar a tratamiento, la falta de material de autoayuda para los pacientes, el temor a la respuesta de pacientes no receptivos, la falta de preparación para dar una consejería breve antitabaco y la falta de conocimiento^(11,12).

La evidencia recomienda conocer el contexto y especialmente el nivel de disposición o *readiness* en los profesionales de la salud antes de la implementación de la consejería breve antitabaco⁽¹³⁾.

El propósito de este trabajo es conocer la disposición (*readiness*) basal de profesionales de la salud hacia la consejería breve antitabaco (CBA) para pacientes fumadores hospitalizados y explorar el efecto de una intervención simple para mejorar su disposición. Los resultados de este estudio pueden ser de utilidad para informar a los tomadores de decisión en la generación de estrategias

para la implementación de la consejería breve antitabaco intrahospitalaria en Chile.

METODOLOGÍA

Estudio de carácter exploratorio en el cual se midieron características sociodemográficas, porcentaje de participantes que completan la capacitación y que realizan la consejería breve, y su nivel de disposición a la CBA basal y post intervención inmediata. Se preguntó también por el nivel de consumo de cigarrillo personal e intentos de dejar de fumar en los funcionarios que se identificaron como fumadores.

Muestra por conveniencia: 65 trabajadores de la salud (enfermeras, técnicas de enfermería, kinesiólogos y médicos) del Servicio de Medicina y Médico- Quirúrgico del Hospital Clínico de la Red de Salud UC Christus. Dada la naturaleza exploratoria del estudio no se realizó el cálculo de tamaño muestral si no que se incluyó a todos los profesionales que cumplían el criterio de inclusión durante los meses de marzo a agosto 2016. de los servicios participantes a recibir la intervención en consejería breve antitabaco.

Criterios de inclusión: ser mayor de 18 años, al menos 6 meses de antigüedad en el servicio, tener atención directa con los pacientes.

Procedimiento de reclutamiento: Se invitó a participar a través de afiches que se colocaron en los servicios. Los

funcionarios interesados en participar firmaron un consentimiento informado (N°16-124) antes de recibir la intervención.

Recolección de información.

La medición de niveles de disposición se realizó previo e inmediatamente posterior a la intervención de capacitación en CBA en el hospital. La intervención se realizó en dos sesiones de 45 minutos cada una, en días distintos durante su jornada laboral no más allá de una semana de diferencia entre las dos sesiones. La primera sesión contemplaba contenido teórico de la cesación tabáquica y la segunda una modalidad práctica tipo role playing de entrega de CBA entre los participantes. El estudio fue aprobado por el comité de ética de Ciencias de la salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado (N°16-124).

Instrumento de recolección de información.

El instrumento mide seis variables de interés: sociodemográficas, una de consume tabaco (fuma) actualmente, una sobre el conocimiento de algún recurso, ayuda o programa ambulatorio para ayudar a los pacientes que deseen dejar de fumar y tres variables relacionadas con escalas que miden Disposición, Aceptación y Práctica habitual de la CBA (Ver tabla 1).

Tabla 1: Operacionalización de las variables

Variables de interés	Tipo de variable	Descripción	Observaciones
Sociodemográficos			
edad	Continua	años	
sexo	Dicotómica	masculino o femenino	
tipo de cargo que desempeña	Ordinal	TENS, Enfemera, Kinesiólogo, Médico, otro	
años en el servicio	Continua	años	
Consumo de tabaco			
consume tabaco (fuma) actualmente	Dicotómica	si o no	
Conocimiento			
conocimiento de recursos para cesación tabáquica	Dicotómica	si o no	
Readiness			
Nivel de disposición (readiness) del equipo de salud para implementar la intervención (BRICS)	Escalas (rango)	0 (totalmente en desacuerdo) hasta el 4 (totalmente en acuerdo). Rango 0-20 puntos	BRICS fue utilizada en Chile (31), adaptada y validada (face to face validity) con trabajadores de la salud en español.
Aceptabilidad			
Aceptabilidad de CBA	Escalas (rango 0-32)	0 (Muy en desacuerdo) a 4 (Muy de acuerdo).	Esta escala proviene de la escala original Abbreviated Acceptability Rating Profile (AARP), la cual fue traducida al español para un estudio previo.
Práctica habitual			
Práctica Habitual en CBA	Escalas (rango 0-16)	0 (nunca/ casi nunca) hasta el 4 (casi siempre/siempre)	La escala de Práctica habitual fue sometida a entrevistas cognitivas, para la detección de posibles incomprensiones del lenguaje en el estudio previo con profesionales de la salud de atención primaria (APS) en Chile.
Práctica habitual en Clínicos (pares) en CBA	Escalas (rango 0-20)	1 (nunca/ casi nunca) hasta el 5 (casi siempre/siempre)	

Fuente: Elaboración del autor

Readiness/ Disposición a la Consejería Breve Antitabaco (CBA)

El nivel de disposición (*readiness*) del equipo de salud para implementar la intervención se midió utilizando la escala abreviada de disposición al cambio BRICS: *Brief Readiness Scale*⁽¹⁴⁾, la cual fue creada y utilizada con profesionales de la salud del programa de adicciones en Estados Unidos. Esta escala breve contiene 5 ítems tipo *Likert*. Cada ítem representa los cinco dominios de la disposición al cambio^(15,16) a) percepción de los atributos personales, b) motivación, c) clima organizacional y d) recursos institucionales y disposición a comprometerse. La escala BRICS fue adaptada para esta propuesta cambiando la palabra “nueva tecnología” por “intervención en consejería breve para fumadores.” Las preguntas son: 1. Yo creo que tengo las habilidades para realizar consejería breve (CB) a un paciente fumador, 2. Yo creo que tengo flexibilidad para realizar CB a un paciente fumador; es decir, que puedo adaptar la forma en que hago mi trabajo de modo de incorporarlo esta herramienta, 3. Yo creo que usar la consejería breve con pacientes fumadores va a tomar demasiado tiempo, 4. Yo creo que voy a recibir el entrenamiento que necesito para realizar la CB para pacientes fumadores y 5. Yo creo que la CB ayudará a los pacientes fumadores en el proceso de dejar de fumar.

Aceptabilidad de la CBA.

La escala de Acuerdo mide aceptación de los pares respecto a medidas de prevención de consumo de tabaco en pacientes como sería la consejería breve

antitabaco. La AARP tiene 8 ítems. La consistencia interna de esta escala mostró ser de un Alpha de Cronbach de 0,98. Las preguntas son: 1. Es una intervención aceptable de ofrecer a los pacientes fumadores; 2. Es una intervención efectiva para el cese de consumo de tabaco; 3. El consumo de tabaco de los pacientes fumadores, justifica el uso de esta intervención; 4. Estoy dispuesto a ofrecer esta intervención a los pacientes fumadores; 5. Esta intervención no produce efectos adversos en los pacientes fumadores; 6. Me agrada esta intervención; 7. Esta intervención es adecuada para abordar el consumo de tabaco de los pacientes fumadores; y 8. Globalmente, la intervención ayuda a los pacientes fumadores (ver tabla 1)

Práctica Habitual.

Las escalas de Práctica Habitual contienen 10 ítems tipo *Likert* de 5 puntos subdivididos para medir práctica habitual en Clínicos, percepción sobre la práctica habitual que tienen sus Colegas pares y actitud frente al consumo como trabajador de salud (ver tabla 1). La *Práctica Habitual en Clínicos* contiene 4 ítems: ¿A los pacientes que atiendo, les pregunto respecto al consumo de tabaco?; ¿a los pacientes fumadores que atiendo, les advierto respecto a los riesgos del consumo de tabaco?; ¿a los pacientes fumadores que atiendo, les aconsejo discontinuar el consumo de tabaco?; ¿a los pacientes no fumadores o que dejaron de fumar, los felicito por no fumar? La *Prácticas Habitual en Colegas* también son 4 ítems que desarrolla las mismas preguntas que la escala anterior, pero

considerando si los colegas de la misma profesión realizan la acción en su práctica habitual. Ejemplo ¿a los pacientes que atienden, les preguntan respecto al consumo de tabaco?

Finalmente, están las dos preguntas que miden actitud frente al consumo de tabaco: ¿Fumar es dañino para los pacientes?; ¿Cómo equipo de salud, debemos ayudar a los pacientes a dejar de fumar?

Plan de análisis y método estadístico.

El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 19. Se realiza un análisis descriptivo de cada variable para identificar tendencias (promedios, DS, porcentajes). Después se hace un análisis de correlación bivariado examinando posibles asociaciones entre niveles de disposición a la consejería antitabaco, aceptación a la CBA y práctica habitual a la CBA y posibles variables explicatorias: continuas [edad, años en el servicio], dicotómicas [sexo, consume actualmente tabaco], ordinal [tipo de cargo que desempeña]. También se realizaron test de normalidad, análisis de consistencia interna de las escalas y las pruebas T para muestras dependientes (pre y post test) con un intervalo de confianza al 95%. Las variables categóricas con un test Chi-cuadrado.

RESULTADOS

Descripción de los funcionarios.

La edad promedio de los participantes fue de $\bar{x}=33,8$ años (min 19, máx. 61). Un 84,6% de los participantes eran mujeres. La profesión

predominante fueron los Técnicos en Enfermería Nivel Superior (TENS) (ver tabla 2). Del total de participantes el 34,9 % reporta consumir cigarrillos a diario. Solo el 14% de los participantes conocen recursos ambulatorios para apoyar a los pacientes que desean dejar de fumar. En cuanto al consumo diario de los participantes que se identifican como fumadores, un porcentaje importante de ellos consume entre 6-10 cigarrillos diarios (ver tabla 2).

Disposición del personal de salud en la consejería breve antitabaco

En la evaluación basal del nivel de disposición (escala BRICS) se observó cierto nivel de disposición a la consejería-breve antitabaco antes de la capacitación (15,2 puntos; rango 0-20). La evaluación por ítem mostró que el 83,1% cree que tomará mucho tiempo hacer la consejería, el 27,1% no cree que tendrá flexibilidad para realizar la consejería, 30,5% no cree que tenga las habilidades, 20,4% no cree que la consejería antitabaco ayudará a los pacientes y el 8,6% no cree que recibirá entrenamiento en consejería breve para poder realizarla. El coeficiente de confiabilidad de la escala fue aceptable ($\alpha=0,6904$).

La escala de disposición (*readiness*) pre y post intervención en consejería breve antitabaco no tuvo una diferencia estadísticamente significativa. Esto puede deberse a que la intervención consistía en dos sesiones separadas por días, por lo que solo 34 pacientes de 65 completaron la última sesión y por ende realizaron la encuesta post-intervención. En el análisis por ítem de la escala BRICS,

una pregunta demostró mejor disposición post intervención en comparación con la medición basal ($p < 0,05$) (ver tabla 3).

Tabla 2: Características sociodemográficas del equipo de salud ($n=65$)

		Porcentaje	n
Profesión	TENS	52,3%	34
	Enfermería	18,5%	12
	Kinesiólogo	1,5%	1
	Médico	3,1%	2
	Otro	24,6%	16
Consume tabaco habitualmente	Si	34,9 %	22,7
	No	65,1%	42,3
Consumo diario:	N° cigarrillos		
	menos de 1	26,1%	17
	1-5	21,6%	14
	6-10 cigarrillos	26,1%	17
	11-20	13,1%	8,5
	>20	13,1%	8,5
Tiempo transcurrido desde que despierta hasta fumar el 1er cigarrillo:	Tiempo (min)		
	5 min o menos	9,7%	6,3
	6-30	4,7%	3,1
	31-60	9,7%	6,3
	>60 min	69,9%	45,5

Fuente: Elaboración del autor.

Nota: La categoría “otros” incluye internos de medicina, enfermería y TENS

Tabla 3: Resumen de los resultados del Disposición a la Consejería antitabaco con la escala BRICS ($n=34$)

Items de la escala BRICS	Promedio pre (rango 0-4)	Promedio post (rango 0-4)	Valor $p < 0,05$
1. Yo creo que tengo las habilidades para realizar consejería breve (CB) a un paciente fumador	2,771	3,371	0,0020**
2. Yo creo que tengo flexibilidad para realizar CB a un paciente fumador; es decir, que puedo adaptar la forma en que hago mi trabajo de modo de incorporarlo esta herramienta	3,142	3,342	0,1469

3. Yo creo que usar la consejería breve con pacientes fumadores va a tomar demasiado tiempo	2,6	2,771	0,4466
4. Yo creo que voy a recibir el entrenamiento que necesito para realizar la CB para pacientes fumadores	3,411	3,235	0,2798
5. Yo creo que la CB ayudará a los pacientes fumadores en el proceso de dejar de fumar.	3,228	3,4	0,1603

Fuente Elaboración del autor

** Comparación de las diferencias de las medias pre y post intervención con la T de student.

La escala de Aceptabilidad pre y post intervención en consejería breve antitabaco tuvo una diferencia estadísticamente significativa como escala. El coeficiente de confiabilidad de la escala fue ($\alpha=0,8976$). El promedio obtenido post intervención fue de 27

puntos en un rango de 0-32, lo que es una diferencia estadísticamente superior ($p<0,027$) al promedio pre-intervención (25 puntos). En el análisis por ítem se encuentran diferencias significativas en dos de ocho preguntas (ver tabla 4).

Tabla 4: Diferencia de promedios pre y post intervención por ítem de las escalas de Acuerdo y Práctica Habitual Clínica y Colegas (pares de la misma profesión) (n=35)

Ítems	Mean pre	Mean post	% de acuerdo /muy de acuerdo pre	% de acuerdo /muy de acuerdo post	p-value
Escala de Aceptación de la CBA (N=33)					
Es una intervención aceptable para ofrecer a pacientes fumadores	3,114	3,43	90%	91%	0,0321*
Es una intervención efectiva para el cese de consumo de tabaco	2,771	3,03	68%	83%	0,2123
El consumo de tabaco de pacientes justifica el uso de la intervención	3,171	3,26	90%	80%	0,5712
Estoy dispuesto a ofrecer esta intervención a fumadores	3,371	3,57	90%	94%	0,1469
Esta intervención no produce efectos adversos en pacientes fumadores	3,114	3,26	87%	86%	0,4738
Me agrada esta intervención	3,303	3,42	89%	85%	0,3792
La intervención es adecuada para abordar el consumo de tabaco de pacientes fumadores	3,114	3,49	92%	97%	0,0135*
Globalmente, la intervención ayuda a pacientes fumadores	3,142	3,46	82%	89%	0,0541
Práctica Habitual en Clínicos (N=35)					

Disposición de profesionales de la salud chilenos hacia la consejería breve anti-tabaco...

A los pacientes que atiendo, les pregunto respecto al consumo de tabaco	2,0	2,28	42%	51%	0,2161
A los pacientes fumadores que atiendo, les advierto respecto a los riesgos del consumo de tabaco	1,5	2,03	32%	34%	0,0198
A los pacientes fumadores que atiendo, les aconsejo discontinuar el consumo de tabaco.	1,4	2,03	35%	43%	0,0034
A los pacientes NO fumadores o que dejaron de fumar, les felicito por no fumar	2,3	2,46	52%	34%	0,6216
Práctica Habitual en Colegas pares(N=35)					
A los pacientes que atienden, les preguntan respecto al consumo de tabaco	2,83	3,2	37%	54%	0,1407
A los pacientes fumadores que atienden, les advierten respecto a los riesgos del consumo de tabaco	2,31	2,86	19%	34%	0,0127
A los pacientes fumadores que atienden, les aconsejan discontinuar el consumo de tabaco.	2,26	3	19%	40%	0,0015 *
A los pacientes NO fumadores o que dejaron de fumar, los felicitan por no fumar	2,8	3,14	31%	51%	0,2584

Fuente Elaboración del autor

El tiempo de días entre sesiones permite incorporar nuevas prácticas clínicas en la atención de salud y observar las de otros colegas pares antes de volver a ser evaluados. Las escalas de Práctica habitual en Clínicos ($p < 0,0253$) y Colegas pares (misma profesión) ($p < 0,007$) mostraron ser ambas estadísticamente significativas. El coeficiente de confiabilidad de las escalas fue de $\alpha = 0,8452$ y $\alpha = 0,7720$ respectivamente. En el análisis por ítem de la Práctica habitual se observa que las mismas dos preguntas del enfoque Clínico y Colegas pares fueron estadísticamente significativas (ver tabla 4).

Frente a las preguntas ¿el equipo de salud debe ayudar a los pacientes a dejar

de fumar? ($p < 0,0134$) y ¿consume tabaco (fuma) actualmente? ($p < 0,001$) los resultados muestran diferencias significativas pre y post intervención.

En la comparación de cambios en la disposición hacia la CBA con distintas características sociodemográficas solo se encontraron diferencias significativas post intervención en las personas que consumen tabaco ($p < 0,0101$) con la escala global. Desde un análisis por ítem se observa en esta escala que mejora estadísticamente post intervención la pregunta ¿es la CBA una intervención aceptable de ofrecer a los pacientes fumadores? en fumadores ($p < 0,0101$), hombres ($p < 0,0171$) y mujeres ($p < 0,0066$), el grupo de TENS ($p < 0,0208$),

las personas que son mayores de 45 años ($p < 0,0043$).

DISCUSIÓN

El porcentaje de fumadores de este estudio (34,9%) fue similar a lo reportado a nivel nacional según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 (33,3%). Según la encuesta de consumo de tabaco y comercio ilícito⁽¹⁷⁾ el chileno consume en promedio 7,4 cigarrillos al día, lo que es esta en el rango de lo reportado en los fumadores del estudio que en su mayoría refiere fumar menos de 1 cigarrillo o entre 6-10 cigarrillos al día. Respecto al grado de dependencia al cigarrillo, solo el 4,7% tiene un alto grado de adicción ya que pasa menos de media hora antes de fumar al inicio del día⁽⁷⁾.

Respecto la escala de disposición a la consejería breve antitabaco (CBA) su alpha de Cronbach es aceptable, resultado similar a otros estudios que aplican la misma escala en profesionales de la salud ($\alpha = 0,71$)⁽¹⁸⁾. Los resultados de disposición a la CBA muestran que se ve afectada por la condición de fumador de los funcionarios, lo que es similar a lo reportado en el estudio de Dinamarca con trabajadores de la salud intrahospitalarios donde el nivel de consumo está directamente relacionado con la disposición a realizar CBA⁽¹⁰⁾. La intervención de capacitación en CBA demostró un claro impacto en los funcionarios fumadores, mejorando su nivel de disposición. Lo anterior es clave, ya que como señala la literatura especializada, a mayor nivel de disposición en este caso a realizar una consejería breve antitabaco es mayor el

éxito en su adopción en salud⁽¹⁹⁾. Otro punto relevante es que después de la intervención de capacitación los funcionarios reporten la percepción de que ahora cuentan con las habilidades para realizar la CBA. Esto es clave ya que en estudios previos donde se ha implementado la CBA con pacientes hospitalizado se ha indicado como barrera la falta de preparación para realizarla⁽¹²⁾. Respecto la escala de Práctica habitual de los Clínicos (misma profesión) las medidas de prevención de consumo de tabaco en pacientes posterior a la intervención mejora significativamente su aceptación a la CBA, logrando en promedio 27 puntos (rango de 0-32) con un Alpha de Cronbach ($\alpha = 0,7720$), resultados que están concordantes con la importancia de incrementar intervenciones breves como parte de la práctica de los profesionales de la salud con la finalidad de modificar el consumo de tabaco en los pacientes y minimizar así el daño⁽²⁰⁾. La intervención demostró mejorar significativamente la aceptabilidad a realizar la CBA por parte de profesionales de la salud fumadores, y entre aquellos mayores de 45 años. Estos hallazgos son coincidentes con otros estudios que han demostrado que el hábito personal de tabaco en el personal de salud influye en la entrega de la consejería breve⁽²¹⁾ por lo que, una intervención que mejore la aceptación a realizar CBA entre los profesionales que consumen tabaco lo que se traduce en una mayor probabilidad de entrega de la consejería breve independiente de su consumo personal.

Desde un análisis por ítem de la escala de aceptación, destacan dos

preguntas que los participantes mejoraron en cuanto a que la CBA, que es aceptable ($p=0,0321$) y adecuada ($p=0,0135$) ambos aspectos son claves para abordar el consumo del paciente, lo que es concordantes con lo establecido en la guía práctica clínica para al tratamiento del tabaquismo en APS⁽¹⁵⁾. La literatura menciona que los médicos y otros profesionales de la salud generalmente no evalúan a los pacientes de manera sistemática en relación con el consumo de cigarrillo⁽²²⁾ y si son fumadores fracasan en hacerlo⁽²³⁾. Los resultados de este estudio muestran que la intervención de capacitación en CBA logra mejorar la percepción personal y de que los colegas realizan preguntas sobre el consumo de tabaco a los pacientes, les advierten su riesgo, les aconsejan dejar de fumar y felicitan los logros. Todo lo anterior puede contribuir a fortalecer las recomendaciones de la OMS⁽⁵⁾ así como ministeriales (www.elijonofumar.cl) en Chile.

El presente estudio tuvo limitaciones, entre las cuales destaca que solo la mitad de los participantes respondió la encuesta post-intervención, lo que limita el tamaño de la muestra para evaluar la efectividad de ésta. En segundo lugar, la gran mayoría de los participantes fueron TENS y enfermeras, limitando así la representatividad de los hallazgos a otros profesionales. Además, este estudio fue realizado en un hospital de una red de salud privada, por lo que no representa el contexto de la atención hospitalaria pública. Estos aspectos son relevantes a considerar para futuros estudios. Por otra parte, la principal fortaleza de este estudio

es que aporta evidencia local sobre factores claves para la implementación de CBA en un contexto hospitalario, lo cual puede contribuir a transformar la hospitalización en una oportunidad única para la cesación tabáquica en Chile⁽⁶⁾.

CONCLUSIÓN

El presente estudio demostró que el consumo de tabaco de los profesionales de la salud de un hospital chileno influye en su disposición y en su aceptación a realizar la CBA en su práctica habitual. La capacitación en CBA demostró mejorar significativamente la disposición a realizarla, así como la percepción de que es una intervención aceptable y adecuada para los pacientes. Se encontraron diferencias significativas en trabajadores de la salud que consumen tabaco, lo cual puede ser incorporado en futuras estrategias de implementación de CBA en el contexto hospitalario chileno.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los directores de los servicios participantes del Hospital UC Christus de la Pontificia Universidad Católica de Chile que dieron autorización y ayudaron a conducir la investigación en su organización. también académicos a las enfermeras, técnicos de enfermería, médicos y kinesiólogos que participaron de este estudio. Así como agradecemos al Dr. Juan Alcántara que por su disposición a compartir las escalas utilizadas en sus estudios en torno a la cesación tabáquica y los ayudantes de investigación del proyecto.

Declaración de conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés con respecto a esta investigación, autoría o publicación de este artículo.

Financiamiento: Los autores declaran haber recibido financiamiento para realizar este estudio a través del CECMEDUC #16-124 (fondo intramural) de la Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Claudia Bambs recibe financiamiento del Fondo de Financiamiento de Centros de Investigación en Áreas Prioritarias (Fondap 1513001 y 152220002). El contenido es total responsabilidad de los autores y no representan necesariamente la visión oficial de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS). Carga de enfermedad atribuible al tabaquismo en Chile. [Internet]. Buenos Aires: IECS, Departamento de Economía de la Salud (DESAL), Universidad de la Frontera; 2014 [Cited 2023 Dec 14]. Available from: <https://www.eligenofumar.cl/wp-content/uploads/2015/04/Informe-de-Carga-del-Tabaquismo-en-Chile.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Medidas efectivas para el control del tabaco, MPOWER. 2023 [cited 2023 Sep 15]. Available from: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1350:medidas-efectivas-control-tabaco&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0)
3. Fiore M, Jaén C, Baker T, Bailey W, Bennett G, Benowitz N, et al. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update, A U.S. Public Health Service Report. *American Journal of Preventive Medicine* [Internet]. 2008 Aug [Cited 2023 Dec 14]; 35(2):158–176.
4. Fernández RM, Fernández RM. Tabaquismo e infarto agudo al miocardio. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*. 2017 Sep;33(3):230–231.
5. Reyes-Méndez C, Fierros-Rodríguez C, Cárdenas-Ledesma R, Hernández-Pérez A, García-Gómez L, Pérez-Padilla R. Efectos cardiovasculares del tabaquismo. *NCT*. 2019;78(1):56-62.
6. Stuardo TL, Bambs SC, Stuardo TL, Bambs SC. Enfrentamiento del tabaquismo en el paciente hospitalizado. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*. 2017 Sep;33(3):242–245.
7. Layoun N, Hallit S, Waked M, Aoun Bacha Z, Godin I, Dramaix M, et al. Predictors of readiness to quit stages and intention to quit cigarette smoking in 2 and 6 months in Lebanon. *Journal of Research in Health Sciences*. 2017 May 11; 17(2): 379.
8. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). *Joint Commission International accreditation standards for hospitals.: effective January 2008*. 3ra ed. Joint Commission Resources; 2007. 260 p.

9. Ministerio de Salud (MINSAL), OPS/OMS. Manual cesación tabáquica. 2001.
10. Willaing I, Ladelund S. Smoking behavior among hospital staff still influences attitudes and counseling on smoking. *Nicotine and Tobacco Research*. 2004;6(2):369–375.
11. Katz DA, Holman J, Johnson S, Hillis SL, Ono S, Stewart K, et al. Implementing smoking cessation guidelines for hospitalized veterans: Effects on nurse attitudes and performance. *Journal of General Internal Medicine*. 2013;28(11):1420–1429.
12. McCarty MC, Zander KM, Hennrikus DJ, Lando HA. Barriers among nurses to providing smoking cessation advice to hospitalized smokers. *American Journal of Health Promotion*. 2001;16(2):85–87.
13. Ministerio de Salud (MINSAL). Marco operativo, Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. Ministerio de Salud. 2021.
14. Goldman G. Initial Validation of a brief individual readiness for change scale (BIRCS) for use with addiction program staff practitioners. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*. 2009 May 13;9(2):184–203.
15. Alcántara Gómez JE, Martínez Gutiérrez J, Bambs Sandoval CE, Villaruel del Pino LA, Cabrolier Jiménez J, Flores Pineda S, et al. Consejo breve en tabaco en APS en Chile, Desafío Pendiente. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*. 2016;41(1):14.
16. PAHO. Global Health Professions Student Survey (GHPSS). 2008.
17. Centro UC, Medición - MIDE. Encuesta de consumo de tabaco y comercio ilícito – Chile, Reporte de resultados. 2022 Nov 4.
18. Irarrázabal LP, Levy JA, Cianelli R, Norr KF, Issel LM, Pérez CM. Chilean health care providers' perceived comfort in performing oral rapid testing for HIV: a cross-sectional study. *Hispanic Health Care International*. 2020;18(4):191–197.
19. Choi Keun A, Lindert L, Schlomann L, Pfaff H. "I'll leave that to the case managers." Healthcare service providers' perceptions of organizational readiness for change in a randomized controlled trial — a qualitative analysis exploring implementation success. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022 May 09;19(9):5782.
20. Lima LAdA, Guedes da Silva FJ, Souza C, Almedida Gi, Cardoso A, Silva J. Efecto de las intervenciones breves en la reducción del consumo de alcohol en adultos: revisión sistemática. *Cogitare Enfermagem*. 2022;27:e80768.
21. Duaso MJ, Bakhshi S, Mujika A, Pursell E, While AE. Nurses' smoking habits and their professional smoking cessation practices. a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2017;67:3–11.

- ^{22.} Bello S, Michalland S, Soto M, Contreras C, Salinas J. Efectos de la exposición al humo de tabaco ambiental en no fumadores. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*. 2005;21(3):179–192.
- ^{23.} Araya V, Leal F, Huerta P, Fernández N, Fernández G, Millones J. Consumo de tabaco y uso del consejo médico estructurado como estrategia preventiva del tabaquismo en médicos chilenos. *Revista Médica de Chile*. 2012;140:347–352.