

“PROYECTO “ECO”: EL EMBARAZO COMO OPORTUNIDAD PARA ABANDONAR EL HÁBITO TABÁQUICO MEDIANTE UNA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL”

TRABAJO FIN DE MÁSTER

MASTER EN CONDICIONANTES GENÉTICOS, NUTRICIONALES Y
AMBIENTALES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

TUTORAS: Pilar Samper Villagrasa
Isabel Nerín de la Puerta

ALUMNA: Laura Saz Simón

Septiembre 2015

CONTRAPORTADA

DATOS DE LA ALUMNA:

Laura Saz Simón

DNI: 18447808 N

E-mail contacto: lauryki@gmail.com

DATOS DE LAS TUTORAS:

M^a Pilar Samper Villagrasa

Isabel Nerín de la Puerta

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN, PROYECTO AL QUE CORRESPONDE Y LUGAR DE REALIZACIÓN:

La línea principal de investigación del trabajo está centrada en la prevención de las posibles consecuencias negativas para el desarrollo del feto y para la salud del futuro recién nacido derivadas de los malos hábitos de las mujeres embarazadas, concretamente del tabaquismo. Además, se analizan las posibles herramientas disponibles para llevar a cabo una intervención efectiva en cuanto a la deshabituación, principalmente basadas en intervenciones conductuales, tales como la entrevista motivacional.

Otra de las líneas de investigación se orienta hacia la aplicación de diversas estrategias de intervención, las cuales se dirigen tanto a las mujeres fumadoras como a las exfumadoras recientes resaltando, además, los efectos del tabaquismo pasivo. Asimismo, dichas intervenciones pretenden disminuir al máximo las posibles recaídas una vez que se ha abandonado dicho hábito.

Este trabajo de investigación forma parte de un Proyecto FIS (PI 01233/2012) cuyo título es *“Programa de deshabituación tabáquica en mujeres embarazadas: Proyecto ECO (el Embarazo Como Oportunidad)”* que fue aprobado por el CEICA (Comité de Ética de Investigación Clínica)

El trabajo se ha realizado a través de la Unidad de Tabaquismo de la Facultad de Medicina de Zaragoza, gracias a la cual ha sido posible la recopilación y análisis de los datos.

ÍNDICE

	Pág.
1. Resumen del trabajo.....	3
2. Antecedentes y justificación del tema.....	5
3. Objetivos e hipótesis.....	18
3.1. Objetivo general.....	18
3.2. Objetivos específicos.....	18
3.3. Hipótesis del trabajo.....	18
4. Material y métodos.....	19
4.1. Diseño del estudio.....	19
4.2. Participantes.....	20
4.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	21
4.4. Recogida de datos.....	21
4.5. Análisis de datos.....	24
4.6. Cuestiones éticas.....	27
4.7. Limitaciones del estudio.....	27
5. Resultados.....	29
6. Discusión.....	42
7. Conclusiones.....	49
8. Bibliografía.....	51
9. Anexos.....	56

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El tabaquismo constituye actualmente una de las principales causas de morbi-mortalidad a nivel mundial. En cuanto a las mujeres embarazadas, un 20% de ellas continúa fumando. Muchas de ellas abandonan el hábito cuando se enteran de que están embarazadas, por su salud y la de su hijo. Es esta motivación la que debemos utilizar como mecanismo de abandono del tabaco y prevención de recaídas, de ahí surge el proyecto ECO: “Embarazo Como Oportunidad”

OBJETIVO: Analizar la eficacia de una intervención conductual basada en la entrevista motivacional sobre las gestantes que dejan de fumar o las que continúan con el hábito.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio observacional descriptivo basado en los datos obtenidos a través de un cuestionario semiestructurado y unas hojas de seguimiento.

RESULTADOS: El tipo de alimentación del recién nacido influye significativamente en la actitud materna frente al tabaco a los 6 meses tras el parto. La exposición ambiental al humo de tabaco, así como la intención de dar lactancia materna al inicio de la gestación son determinantes del tipo de alimentación del recién nacido a los 6 meses postparto.

DISCUSIÓN: Los datos obtenidos coinciden con otros estudios en los que se destaca la importancia de la lactancia materna, el apoyo de la pareja y la adecuación de la intervención orientada hacia el abandono del tabaco.

CONCLUSIÓN: La entrevista motivacional puede servirnos como herramienta de gran ayuda, utilizando el embarazo y la salud del futuro bebé como factor motivacional e incluyendo a la pareja como apoyo principal.

PALABRAS CLAVE: Tabaco, gestación, embarazo, entrevista motivacional

ABSTRACT

INTRODUCTION: Smoking is now one of the leading causes of morbidity and mortality worldwide. As for pregnant women, 20% of them continue to smoke. Many quit while they learn they are pregnant, their health and that of her child. It is this motivation that we use as a means of snuff cessation and relapse prevention, there arises the ECO project: "Pregnancy as an opportunity"

OBJECTIVE: To analyze the effectiveness of a behavioral intervention based on motivational interviewing pregnant women who quit smoking or who continue the habit.

METHODOLOGY: A descriptive study based on data collected through a semi-structured questionnaire and a tracking sheets was performed.

RESULTS: The type of infant feeding significantly influences maternal attitude to snuff at 6 months after delivery. The environmental exposure to snuff smoke and intend to breast-feed at the beginning of pregnancy are determining the type of infant feeding at 6 months postpartum.

DISCUSSION: The data are consistent with other studies in which the importance of breastfeeding, support from the partner and the adequacy of facing snuff cessation intervention stands.

CONCLUSION: motivational interviewing can serve as a helpful tool, using the pregnancy and the health of the baby as a motivational and including the couple as main support factor.

KEYWORDS: smoking, women, pregnant, pregnancy, motivational interviewing

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Actualmente, el tabaquismo constituye una de las principales causas de morbi-mortalidad a nivel mundial, ya que se trata de un hábito bastante instaurado entre la población de hoy en día. Este dato es un tanto alarmante cuando hacemos referencia al porcentaje de mujeres embarazadas que poseen dicho hábito, pues representan casi un 20% del total de las gestantes, porcentaje realmente elevado si tenemos en cuenta el conocimiento actual acerca de los efectos del mismo que poseen las gestantes.⁽¹⁾

A pesar de ello, se ha observado que muchas mujeres abandonan el tabaco en el momento en el que se enteran de que están embarazadas, pues conocen los riesgos que para el feto y futuro bebé puede conllevar el mantenimiento de este hábito.^(2,3) Esta motivación materna es la que debemos utilizar como mecanismo de abandono del tabaquismo, así como método para la prevención de posibles recaídas en el futuro. Es decir, debemos aprovechar el “Embarazo Como Oportunidad”, de ahí surge el proyecto “ECO”, constituyendo la base de este proyecto de investigación.

Por todos son conocidos los efectos negativos que el tabaco provoca en la salud, es por ello que éstos han sido objeto de estudio de múltiples autores. En sus trabajos muchos coinciden en que el embarazo es un momento idóneo para intentar abandonar el hábito tabáquico,^(4,5) por lo que se han propuesto múltiples proyectos y posteriores estudios al respecto, basando sus conclusiones en los datos obtenidos en los diferentes análisis y trabajos llevados a cabo. Las intervenciones propuestas por todos ellos son múltiples y muy variadas, desde el simple folleto informativo, anuncio publicitario, cartel, etc. hasta la hipnosis o acupuntura, pasando por terapia sustitutiva con nicotina, charlas, encuestas....

Tras analizar la bibliografía revisada al respecto, se ha podido ver que en determinadas situaciones las mujeres realmente no son conscientes de los efectos tan dañinos que el tabaco puede tener sobre su organismo y el de su bebé, por lo que la deshabituación puede ser más costosa e incluso fracasar, ya que no poseen una motivación suficiente para dejar radicalmente el tabaco.

Una de estas situaciones es la que se presenta al hablar del tabaquismo pasivo, puesto que la exposición al humo ambiental de tabaco en los hogares y en el entorno

laboral muchas veces pasa desapercibida, pero posee efectos perjudiciales sobre la salud de la madre y del feto.⁽⁶⁾ Se ha demostrado que el consumo de tabaco por parte del padre o la pareja de la mujer gestante supone una disminución en el peso de los recién nacidos, concretamente de 88 gramos menos en el momento del nacimiento.⁽⁷⁾ Por otro lado, también se ha descrito la relación existente entre la exposición al humo de tabaco ambiental en mujeres gestantes no fumadoras y las diversas respuestas orgánicas que se presentan en el feto, lo que podría acarrear consecuencias nefastas derivadas del daño intrauterino que se puede llegar a ocasionar.⁽⁸⁾

DATOS DE PREVALENCIA DE TABAQUISMO

En los últimos años se ha podido observar una disminución del consumo de tabaco, especialmente entre la población europea y en ambos sexos. En España ha sucedido lo mismo, pero con cierto retraso debido a la situación social y política vivida en lo largo de la mitad del siglo pasado.

La evolución del tabaquismo de la mujer ha sido influenciada sobre todo por los acontecimientos históricos vividos. En España se empezaron a ver las primeras mujeres fumadoras en los años 60, circunstancia que en Europa ya ocurría desde los años 40, lo que constituía un símbolo de independencia y emancipación femenina.

Debido a este retraso en el inicio, los efectos del tabaco se han pospuesto. De ello se ha derivado un mantenimiento del hábito por parte de las mujeres, en contraposición con lo que sucede en el sexo masculino, ya que todavía no está muy establecida una conciencia de salud-enfermedad ligada al tabaquismo en la mujer. Este hecho ha contribuido a que no disminuya la prevalencia del tabaquismo entre el sexo femenino, sino todo lo contrario.⁽⁹⁾

Según los datos de la Encuesta nacional de Salud (ENS) de 2011-2012 ⁽¹⁰⁾ el 28,3% de las mujeres consideradas en edad fértil (edades comprendidas entre 25 y 44 años) fuma a diario.

Teniendo en cuenta la nacionalidad, el 20,5% de las mujeres españolas se clasifican como fumadoras en contraposición con el 18,3% de las mujeres de otro país y si hacemos referencia a las Comunidades Autónomas, se observan más mujeres que fuman a diario en Navarra, Comunidad Valenciana y Andalucía.

Por otro lado, el nivel de estudios también influye en el inicio y mantenimiento del hábito, pues el grupo mayoritario de mujeres fumadoras se sitúa entre las personas con estudios básicos, representando alrededor del 30% del total de mujeres comprendidas en edades entre 25 y 64 años.

En cuanto a la edad, la media de la población fumadora se situaba en 17,9 años para las mujeres.

Si hacemos referencia al patrón tabáquico de las mujeres españolas, el 35,8% de las encuestadas reconoció consumir entre 10 y 19 cigarrillos diarios, dato que contrasta con las mujeres extranjeras encuestadas, en las que el 40,5% reconocían un consumo menor, entre 1 y 9 cigarrillos diarios. Por zonas, Canarias y Asturias son las Comunidades con mayor porcentaje, seguidas de Extremadura y Galicia.

Según la intención de dejar de fumar, el 65,2% de las mujeres encuestadas no pensaba abandonar el tabaquismo.

A pesar de los datos tan alarmantes obtenidos en la ENS, una parte de la población sí que es exfumadora, por lo que las investigaciones también fueron encaminadas a averiguar los motivos que llevaron a esas personas a dejar el hábito. Mediante dicha encuesta, llevada a cabo en 2011-2012, se pudo ver que el 35,9% dejó de fumar por el riesgo que supone para la salud, el 25% señalaban, como segundo motivo, otras circunstancias para dejar de fumar, y como cuarta opción, las mujeres destacaban el embarazo como opción para no fumar.

A partir de ahí, analizando los datos publicados acerca de la prevalencia de tabaquismo entre las embarazadas, las tasas se sitúan entre el 22% y 32%, un elevado porcentaje que se ve drásticamente disminuido al comienzo de la gestación de forma espontánea.⁽¹¹⁾ A pesar de ello, cabe destacar que algunas de las mujeres fumadoras que se proponen abandonar el tabaco en el momento que se enteran de que están embarazadas no lo consiguen. De modo que el porcentaje de mujeres fumadoras a lo largo del embarazo y en el momento del parto continúa siendo bastante elevado, ya que actualmente se sitúa entre el 6% y 22%.⁽¹²⁾

Según las investigaciones más recientes, el consumo de tabaco durante la gestación se asocia a una serie de factores tales como el bajo nivel socioeconómico, multiparidad, no tener pareja o tener pareja fumadora, menor nivel de estudios, ser

grandes fumadoras dependientes de la nicotina antes del embarazo o considerar que el tabaco no afecta a su salud ni a la del futuro bebé.^(13,14)

Como ya se ha comentado, las mujeres gestantes son más susceptibles para abandonar el hábito que las que no están embarazadas, por lo que debemos actuar con todas las estrategias posibles con el fin de aprovechar esta oportunidad para que cesen dicho hábito. Los datos de abandono del tabaco se sitúan al inicio de la gestación entre el 15% y 60%, pero la tasa de recaídas es bastante elevada, ya que el 60% de las mujeres vuelve a fumar a los pocos meses, aumentando dicho porcentaje hasta el 80% un año tras el parto.^(15,16)

HÁBITO TABÁQUICO

Dadas las múltiples consecuencias negativas derivadas del consumo habitual de tabaco, podría llegar a ser considerado un problema de salud pública, pues constituye una de las causas más importantes de morbi-mortalidad evitable a nivel mundial.

Con el paso de los años, el tabaquismo ha llegado a considerarse como una enfermedad crónica sistémica, clasificada dentro del grupo de las adicciones. Como consecuencia de ello, ha sido incluida como trastorno mental en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁽¹⁷⁾

A pesar de ello hay que hacer una diferencia, ya que no debe encasillarse a los fumadores como personas adictas, pero sí cabe puntualizar que la mayoría de las personas adictas al tabaco suelen consumir dicha sustancia a diario. Por ello los fumadores suelen estar inmersos en continuos ciclos de habituación-deshabuación a lo largo de muchos años.

Varios autores han descrito las características del hábito tabáquico, concretamente Alonso de la Iglesia et al.⁽⁹⁾ describieron las fases en las que se desarrolla dicho hábito según el sexo y en función del consumo. A continuación hago referencia a las que tienen que ver con la mujer, ya que es el tema que nos ocupa en este trabajo de investigación:

- Primera fase: la morbi-mortalidad asociada al tabaco es poco evidente, ya que el consumo en mujeres es muy bajo e incluso inexistente, inferior al 5%.

- Segunda fase: el consumo aumenta, pero más lento que en la población masculina. Al final de esta fase se observa un aumento de la mortalidad del 10%.
- Tercera fase: continúa un aumento del consumo en la población femenina, pero no llega al máximo de los hombres. Al final de esta etapa dicho consumo empieza a disminuir.
- Cuarta fase: se disminuye el consumo y, como consecuencia, la mortalidad desciende progresivamente. Actualmente en esta etapa se sitúan países como Estados Unidos, Canadá y varios del norte de Europa.
- Quinta fase: no está definida como tal, pues se considera que en la actualidad todavía no existe. En caso de que se llegase a ella, se caracteriza por la disminución de la mortalidad asociada al tabaquismo en ambos sexos.

Otro de los métodos utilizados actualmente en la población para describir las características del hábito tabáquico, concretamente la dependencia física y psíquica al tabaco, es a través del Test de Fagerström. Mediante la formulación de varias preguntas se valoran cuestiones como el número de cigarrillos consumidos por la persona al día, el tiempo que transcurre desde que se levanta hasta que consume el primer cigarro, etc.⁽¹⁷⁾

Todas estas herramientas nos permiten clasificar a la personas en fumadoras y no fumadoras, determinar la prevalencia del tabaquismo en muestra sociedad actual, evaluar las consecuencias que de ello se derivan, así como valorar las características del hábito que presentan y poder adecuar lo máximo posible nuestras intervenciones, individualizando nuestra atención con el fin de proporcionar la atención más adecuada a cada persona según sus características y circunstancias personales. En nuestro caso concreto, nuestra atención se centra sobre las mujeres embarazadas y las consecuencias que para el feto puede conllevar mantener el hábito tabáquico a lo largo de la gestación.

MOMENTO Y TIPO DE INTERVENCIÓN

La mayoría de las intervenciones encaminadas a abandonar el consumo de tabaco en las mujeres embarazadas se llevan a cabo a lo largo de la gestación, puesto que los mayores beneficios del abandono del hábito son obtienen inmediatamente, a lo largo del periodo prenatal, pudiendo observar ya las consecuencias positivas en el mismo momento del parto.⁽¹⁸⁾ Por estos motivos, se recomienda encarecidamente llevar a

cabo las intervenciones mencionadas a lo largo de la gestación, aunque dada la alta tasa de recaídas observadas tras el parto, en los últimos años se han propuesto ampliar dichas intervenciones al posparto con el fin de obtener mejores resultados en cuanto a disminución en el número de recaídas.

Existen diferentes factores que se asocian a las recaídas en el posparto, entre ellos cabe destacar la elevada dependencia a la nicotina previa a la deshabituación tabáquica, el nivel socio-económico y el estrés producido por el parto y el cuidado del recién nacido. Además, se ha de tener en cuenta que el cambio de comportamiento asociado a dejar de fumar es bastante diferente entre las mujeres embarazadas o que acaban de dar a luz y el resto de la población fumadora, puesto que tras el parto las mujeres se encuentran en un contexto totalmente diferente, mucho más complejo y con dificultades diferentes que afrontar según sus circunstancias personales.^(19,20)

Aunque es un poco difícil precisar cuándo y cómo llevar a cabo la intervención, quizá lo más adecuado es adaptar nuestras estrategias según las circunstancias personales de cada mujer en cada momento, ya que métodos que pueden ser de utilidad a lo largo de la gestación, puede que no nos sirvan tras el parto y viceversa.

Teniendo en cuenta que tanto las breves intervenciones como los pequeños consejos que les damos a las mujeres que continúan fumando han demostrado unos beneficios bastante limitados, se propone el uso de enfoques motivacionales con el fin de lograr un cambio de comportamiento que les conduzca al abandono del hábito.⁽²¹⁾

Muchas veces el postparto constituye una gran oportunidad para llevar a cabo actividades preventivas con el fin de incorporar comportamientos saludables, pues se trata de un largo periodo en el que se produce un estrecho contacto con el sistema sanitario, pues se llevan a cabo numerosas visitas médicas que implican a la mujer, a su pareja y al recién nacido con un amplio abanico de profesionales sanitarios relacionados con la maternidad y primera infancia, entre los que destacan obstetras, pediatras, enfermeras y matronas., etc., por lo que no debemos desaprovecharla.⁽²²⁾

A pesar de ello, la mayoría de las intervenciones durante este periodo poseen una participación limitada, entre el 50% y 70%, ya que es complicado reclutar a las mujeres para este tipo de actividades en el postparto, pues existen numerosas barreras, principalmente la “falta de tiempo” que refieren la mayoría y, sobretudo, la disminución de interés por parte de las madres que han tenido un recién nacido sano, ya que éstas son menos conscientes de los efectos adversos que el tabaquismo pasivo puede llegar

a producir en los bebés. Por estas razones, lo ideal es descubrir estrategias que logren incorporar a las mujeres durante la gestación, pero que consigan mantener su participación en las intervenciones planteadas para el postparto con el fin de adquirir mejores resultados al aumentar el número de mujeres no fumadoras.⁽²³⁾

ENTREVISTA MOTIVACIONAL: es un estilo de asistencia directa centrada en el paciente que se define, no por su técnica, sino por su espíritu, que sigue un estilo que facilita la relación interpersonal.

Se trata de una técnica de intervención terapéutica basada en proporcionar un enfoque no autoritario hacia el paciente, desde el enfoque humanista, con el fin de ayudarlo a que deje vía libre a sus motivaciones y recursos. Se trata de una herramienta poderosa capaz de provocar un cambio en el comportamiento ayudando a los pacientes a explorar y resolver ambivalencias con el objetivo de reforzar a los pacientes en su motivación hacia el cambio.⁽²⁴⁾

En comparación con la asistencia indirecta, está mejor enfocada y tiene unas metas más claras. Es tarea del paciente, y no del asesor, articular su propia ambivalencia. El asesor facilita la expresión de la postura ambivalente y guía al paciente hacia una resolución que le conduzca al cambio, desde un estilo tranquilo y evocador. Es por ello que la relación entre el terapeuta y el paciente se parece más a la de compañeros que a la de un experto y su receptor.

Algunos de los comportamientos terapéuticos característicos del estilo de la entrevista motivacional son:

- Intentar comprender el marco de referencia de la persona, especialmente mediante una escucha reflexiva.
- Expresar aceptación y afirmación
- Obtener y reforzar selectivamente las propias “declaraciones de automotivación” del paciente: expresiones de reconocimiento del problema, preocupación, deseo e intención de cambio, y capacidad de cambio.
- Determinar el grado de disponibilidad al cambio del paciente, y asegurarse que la resistencia no viene generada por adelantarse al paciente.
- Reafirmar la libertad de elección del paciente y de autodirección.⁽²⁴⁾

EFFECTOS DEL CONSUMO DEL TABACO SOBRE EL FETO

Como ya se ha comentado, el tabaco supone un aumento importante de la morbi-mortalidad, ya que, según diferentes estudios, podría ser el causante de hasta un 30% de todos los cánceres, así como de enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Respecto a sus efectos sobre la población femenina, representa un riesgo adicional sobre la fertilidad, aumentando la prevalencia de menopausia precoz, así como favoreciendo el desarrollo de osteoporosis en la etapa postmenopaúsica.⁽⁹⁾

En cuanto a las repercusiones fetales del tabaquismo, destaca la elevada cifra de sustancias tóxicas a las que el feto se expone si la mujer fuma durante el embarazo. De entre las más de 3800 sustancias tóxicas a las que se expone el feto, destacan la nicotina y el monóxido de carbono, ambas capaces de atravesar la barrera placentaria.⁽²⁵⁾ Otras de las sustancias que forman parte de los cigarrillos son: benzopirenos, nitrosaminas, hidrocarburos aromáticos, amoniaco, acroleína, benceno, formaldehído, cianuro, acetaldehído, cadmio y arsénico. Todas ellas con alto potencial carcinogénico.

NICOTINA: posee un papel fundamental en el tabaco, pues es la sustancia más adictiva que contiene. Se absorbe a nivel pulmonar entre un 1-2%, pasando a sangre y distribuyéndose por los tejidos sin metabolizarse y produciendo efectos a varios niveles:

- En la esfera neuroendocrina incrementa la liberación de cortisol, por lo que aumenta la frecuencia respiratoria precipitando un deterioro de la función pulmonar a la vez que favorece la aparición de infecciones y neoplasias.
- A nivel cardiovascular aumenta la presión arterial, por lo que se produce una vasoconstricción a nivel de los vasos periféricos de pequeño calibre, disminuyendo la perfusión y la temperatura de las extremidades. Por otro lado, aumenta los niveles de lipoproteínas de baja y muy baja densidad (LDL y VLDL) y disminuye las de alta densidad (HDL), por lo que favorece la aparición de aterosclerosis.
- A nivel hematológico aumenta la agregación plaquetaria, ya que eleva el número y tamaño de las plaquetas a la vez que disminuye la síntesis de PGI₂.
- A nivel gástrico aumenta la secreción ácida y reduce las contracciones de la pared, por lo que incrementa la incidencia de gastritis y úlcera péptica.

Además, suprime la secreción pancreática de insulina, por lo que podría desembocar en una diabetes.⁽²⁶⁾

MONÓXIDO DE CARBONO: su principal efecto es la disminución de la oxigenación a nivel tisular debido al desplazamiento que produce del oxígeno en la hemoglobina.⁽²⁷⁾

Hace muchos años que se ha comenzado a investigar acerca de los efectos reales que el tabaco durante la gestación provoca en el futuro recién nacido. En la actualidad se ha demostrado la importante morbi-mortalidad, tanto prenatal como perinatal, asociada a este hábito.

Algunas de las consecuencias de mantener el hábito tabáquico durante el embarazo son el retraso del crecimiento intrauterino (CIR), provocando una disminución del peso entre 150 y 200g en el momento del parto (según cifras estimadas para fetos con progenitores con características similares) características, desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI), parto pretérmino, placenta previa, y embarazo ectópico. Todas ellas relacionadas directamente con la alteración del flujo útero-placentario asociado al consumo de tabaco.^(28,29)

Otros de los efectos observados como consecuencia del tabaco son una disminución de los movimientos fetales, aumento de la frecuencia cardiaca fetal, aumento de los niveles de hemoglobina y hematocrito, aumento de la hipoxia fetal crónica, daños cardiovasculares y disminución del peso placentario. Asimismo, suelen obtenerse menores valores en el Test de Apgar tras el nacimiento.⁽³⁰⁾

También puede darse un síndrome de abstinencia neonatal como consecuencia del cese brusco de la nicotina a través de la placenta. Dicho episodio se caracteriza por ser autolimitado, es decir, no necesita tratamiento farmacológico y dura aproximadamente 36 horas.⁽²⁶⁾

Posteriormente, en la etapa postneonatal e infantil, las consecuencias del mantenimiento del hábito tabáquico pueden derivar en el desarrollo de patologías como asma, obesidad infantil, neoplasias, infecciones, distrés respiratorio, alteraciones en el desarrollo psicomotor, falta de concentración y memoria, trastornos de la conducta en la edad adulta, etc. Además supone un factor de riesgo para el síndrome de muerte súbita del lactante.^(8,16)

ESTRATEGIAS PARA LA DESHABITUACIÓN

Debido a la situación que presenta actualmente nuestra sociedad ante el tabaco, en 2008 la OMS desarrolló una estrategia con el fin de reducir la prevalencia del tabaquismo y, en consecuencia, las complicaciones derivadas del mantenimiento de dicho hábito. Esta estrategia fue denominada MPOWER⁽¹⁷⁾ y en ella se describen una serie de pasos:

- Monitoring: Vigilar el consumo de tabaco y las medidas de prevención.
- Protecting: Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco.
- Offering: Ofrecer ayuda para el abandono del consumo de tabaco.
- Waring: Advertir de los peligros del tabaco.
- Enforcing: Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio.
- Raising: Aumentar los impuestos al tabaco.

Esta es la propuesta de la OMS, a continuación, cada país ha elegido la medida que consideraba más adecuada con el fin de cumplir con las exigencias mínimas establecidas por dicha organización. En España en concreto, se optó principalmente por tres de los pasos descritos, concretamente Protecting, Offering y Waring.⁽¹⁷⁾

Para llevar a cabo el primer paso, es decir, lograr el objetivo de proteger a la población de la exposición al humo de tabaco, se estableció la ley 42/2010, de 30 de diciembre, conocida popularmente como “Ley Antitabaco”, con el fin de aumentar los espacios sin humo.⁽³¹⁾

En cuanto al segundo y tercer paso (Offering y Waring), con el fin de proteger a la población de la exposición al humo del tabaco y ofrecer ayuda para abandonar su consumo, se han desarrollado diversas estrategias basadas en la consecución del abandono del tabaco. Dichos métodos se deben adecuar al momento de actuación y a las circunstancias y características personales de cada paciente.

Dentro de nuestra población objeto de estudio, es decir, las mujeres embarazadas, debemos elegir entre las opciones disponibles, pues habrá algunas más adecuadas que otras, e incluso algunas que no puedan ser llevadas a cabo por las características especiales de la gestación. Entre ellas se encuentra la terapia psicológica, base de la intervención que se ha llevado a cabo a lo largo de nuestro trabajo de investigación.

A continuación se exponen diferentes alternativas empleadas para lograr el cese del hábito tabáquico en nuestra sociedad actualmente:

TERAPIA FARMACOLÓGICA: se basa en la administración de nicotina vía transdérmica, mediante parches. Es un método que no suele llevarse a cabo en las mujeres embarazadas, ya que no se dispone de investigaciones suficientes que avalen su eficacia e inocuidad para el feto. A pesar de ello, muchos autores aseguran que el tratamiento con nicotina es menos dañino y provoca menos consecuencias nocivas a nivel fetal que continuar fumando.⁽³²⁾

TERAPIA PSICOLÓGICA: consiste en el asesoramiento, mediante diversas técnicas, sobre la abstinencia tabáquica para frenar los efectos negativos asociados al consumo de tabaco. Se trata de un método que puede llevarse a cabo de forma individual o a nivel grupal y, por supuesto, es totalmente inocuo para el feto.

ACTIVIDAD FÍSICA: se trata de una alternativa ofrecida con el fin de motivar el abandono del hábito tabáquico. Su eficacia ha sido demostrada por varias investigaciones, pues ayuda a las mujeres a ser más conscientes de los beneficios que proporciona llevar unos hábitos de vida saludables. Primero, a nivel físico al hacerles partícipes de su salud física y, posteriormente a nivel psicológico, ya que como consecuencia del desarrollo de sus condiciones físicas, mejora considerablemente su estado de ánimo.

Además, la práctica de ejercicio disminuye una de las consecuencias más temidas de dejar el tabaco, el incremento de peso secundario a una mayor ingesta de alimentos debida a la ansiedad que suele darse en las primeras fases.

Normalmente, el tipo de ejercicio que se suele llevar a cabo durante el embarazo y en los primeros meses tras el parto suele ser la caminata, realizada en periodos cortos de 1 hora al día.⁽³³⁾ Otro tipo de ejercicios recomendados son la natación y la bicicleta, siempre de forma suave, no a nivel competitivo.

INFLUENCIA DE LA INMIGRACIÓN

Según la información obtenida en la bibliografía revisada, quedan patentes las diferencias entre las mujeres embarazadas españolas e inmigrantes, tanto en el

consumo de tabaco como en la exposición al humo ambiental del mismo. El hecho de ser inmigrante o no constituye uno de los factores que influyen, junto con aspectos relacionados con la dependencia física, el entorno, la exposición al humo ambiental de tabaco y la percepción de riesgo, en que las mujeres continúen fumando o no durante la gestación. Todos estos factores constituyen condicionantes socioculturales que influyen en la incorporación al consumo de tabaco, por lo que el hecho del aumento de inmigrantes ocurrido en España puede influir significativamente en el panorama actual del tabaquismo.

El fenómeno de la inmigración ha supuesto diversos cambios a todos los niveles en nuestro país, pues en los últimos años la población española, al igual que la de otros países del sur de Europa como Portugal, Italia y Grecia, ha experimentado un incremento importante de su población total, alrededor de un 10,6% en los últimos 10 años. Este importante crecimiento ha estado favorecido, en gran parte, por la inmigración.⁽¹⁾

La población inmigrante se compone principalmente de personas jóvenes, con pocos problemas de salud si la comparamos con la media de la población autóctona.⁽³⁴⁾ Es por ello que uno de los primeros contactos que establecen las mujeres inmigrantes con el sistema sanitario suele estar relacionado con aspectos obstétricos, ginecológicos y de asistencia al parto. Es en estos momentos cuando las mujeres son más susceptibles y, por lo tanto, resultan accesibles para llevar a cabo algún tipo de intervención relacionada con el abandono del hábito tabáquico.

JUSTIFICACIÓN

Son evidentes las consecuencias negativas derivadas del tabaco a nivel fetal y neonatal, además de todos los riesgos que el mantenimiento del hábito supone para la salud de las madres, ya que están expuestas directamente a las sustancias nocivas que éste contiene.

Tras analizar la bibliografía revisada al respecto, se ha podido ver que en determinadas situaciones las mujeres realmente no son conscientes de los efectos tan dañinos que el tabaco puede tener sobre su organismo y el de su bebé, por lo que la deshabituación puede ser más costosa e incluso fracasar, ya que no poseen una motivación suficiente para dejar radicalmente el tabaco.

A pesar de ello, se ha podido comprobar que generalmente son las propias mujeres las que solicitan información y ayuda para dejar de fumar cuando se enteran de que están embarazadas, pero es cierto, que aunque son muchas las que abandonan el hábito cuando se enteran de su nueva situación, son muchas también las que recaen cuando dejan de estar embarazadas.

Se ha observado también que muchas mujeres vuelven a retomar el hábito tabáquico en los tres primeros meses postparto y otras muchas aguantan un poco más, pero terminan por recaer en los primeros seis meses tras el parto. Dichas recaídas suelen deberse principalmente al estrés que supone el nacimiento de un nuevo ser, el cambio de roles, la irritabilidad infantil, el fracaso de la lactancia materna, la reincorporación al trabajo tras la baja maternal, etc.

Estas son las razones que han motivado el planteamiento de este trabajo de investigación, partiendo de la información básica que las mujeres poseen acerca del tabaco y utilizando el embarazo como oportunidad, ya que es una etapa en la que las mujeres se encuentran con una elevada capacidad receptiva.

Por ello, mediante la entrevista motivacional, se pretende proporcionar las herramientas necesarias a cada mujer para que descubra por sí misma los beneficios del abandono del hábito, así como la prevención de futuras recaídas, sobre todo tras el parto o al finalizar la lactancia, con el fin de instaurar unas pautas de conducta adecuadas dirigidas hacia un abandono definitivo del tabaco.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la eficacia de una intervención conductual basada en la entrevista motivacional sobre las gestantes que dejan de fumar al enterarse de su estado o las que continúan con el hábito a lo largo del embarazo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la prevalencia de tabaquismo en las mujeres embarazadas al inicio de la gestación.
- Valorar los conocimientos actuales de las mujeres acerca de los efectos nocivos de la exposición pasiva al humo de tabaco.
- Medir la efectividad de la intervención mediante una encuesta y determinados biomarcadores específicos.
- Determinar la tasa de recaída en las mujeres embarazadas que dejaron de fumar durante el embarazo, a los seis meses posparto.
- Analizar si el tipo de lactancia influye en la posible recaída una vez que se ha abandonado el hábito.

HIPÓTESIS

“La intervención conductual basada en la entrevista motivacional se trata de una herramienta efectiva a la hora de lograr una deshabituación del tabaquismo en las mujeres gestantes, ya que su utilización aumenta el número de mujeres que abandonan dicho hábito disminuyendo, asimismo, la tasa de recaídas a los 6 meses tras el parto”

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional descriptivo en el que se recogen datos acerca de las gestantes mediante una encuesta de preguntas cerradas y una hoja de seguimiento. La información obtenida hace referencia a datos socio-demográficos, conocimientos y actitudes ante el tabaco de las gestantes y sus parejas.

Dichos datos serán recogidos mediante una encuesta, previo consentimiento de la mujer, que deberá firmar tras recibir la información detallada acerca del trabajo de investigación que se va a llevar a cabo por parte de la matrona o enfermera de pediatría correspondiente. Asimismo, se rellenará una hoja de control desde el momento de la captación hasta los 6 meses postparto (momento en el que finalizará el estudio)

El cuestionario empleado es del tipo semiestructurado y consiste en la realización de 42 preguntas con respuesta abierta o cerrada, según corresponda. Los datos quedan reflejados por escrito en el propio cuestionario por parte de la matrona que lo lleva a cabo.

De las 42 preguntas, 32 hacen referencia a la mujer y las 10 últimas a datos referentes al padre del futuro bebé, tanto sociodemográficos como relacionados con el consumo de tabaco.

La hoja de control consta de dos versiones, una para fumadoras actuales y otra para exfumadoras recientes, en ambas se anotarán las fechas de visitas y diversos datos relacionados con el consumo de tabaco, actitudes, intenciones y tipo de lactancia.

El presente trabajo de investigación forma parte de un Proyecto FIS (PI 01233/2012) cuyo título es *“Programa de deshabituación tabáquica en mujeres embarazadas: Proyecto ECO (el Embarazo Como Oportunidad)”*. Dicho proyecto se trata de un estudio analítico de casos y controles, pero que no ha sido finalizado, por lo que nuestro trabajo actual se ha adaptado a los datos recogidos y que teníamos disponibles hasta este momento, razón por la que se ha diseñado un estudio observacional descriptivo.

PARTICIPANTES

La población a estudio incluye a todas las mujeres gestantes del Sector III de Zaragoza que están embarazadas y fuman habitualmente, así como a aquellas que han dejado de fumar al enterarse de su nuevo estado, a las que se ha clasificado como exfumadoras recientes.

Para seleccionar la muestra de nuestro estudio, se ha elegido el Sector III de Zaragoza, pues se trata de un área con gran variabilidad sociodemográfica, ya que conviven diferentes culturas y múltiples nacionalidades. Con ello se pretende que el análisis sea mucho más completo, puesto que nos permite comparar más variables.

Las gestantes seleccionadas pertenecen a diversos centros de Salud del sector III de Zaragoza y han sido divididas en dos grupos en función de si se realiza intervención o no, según su Centro de Salud de referencia:

- **Casos:** mujeres que pertenecen a los centros de salud de Utebo, María de Huerva y Delicias Norte. Se lleva a cabo una intervención conductual mediante entrevista motivacional a lo largo del embarazo y primeros 6 meses posparto por parte de la matrona, el pediatra y la enfermera de pediatría.
- **Controles:** mujeres que pertenecen al centro de salud de Tarazona, Calatayud, Bombarda, Miralbueno, Casablanca y Delicias Sur. Se realiza seguimiento a lo largo del embarazo y primeros 6 meses posparto del mismo modo, pero sin intervención conductual, dando simplemente el consejo antitabaco tradicional.

Los datos se han recogido desde que comenzó el estudio en Junio de 2013 hasta Junio de 2015, con el fin de asegurar una cantidad suficiente de participantes, ya que al tratarse de un periodo largo, los abandonos y pérdidas de seguimiento son frecuentes.

Finalmente, el número de mujeres captadas ha sido de 107, de las que 30 han recibido la intervención y han completado todo el seguimiento, es decir, desde la captación en la primera visita hasta el último control a los 6 meses tras el parto. Esta diferencia en el número, como ya he comentado, se debe a que como la captación se ha realizado hasta junio de 2015, todavía existen mujeres en seguimiento y control que finalizarán el estudio más adelante.

Por estas razones no se ha aplicado ningún tipo de muestreo, sino que se ha incluido la totalidad de casos que cumplen los criterios de inclusión establecidos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Como ya he comentado, se han incluido en el estudio todas las gestantes pertenecientes al Sector III de Zaragoza que fuman durante el embarazo o que dejaron el hábito al enterarse de que estaban embarazadas y cuya captación tuvo lugar entre Junio de 2013 y Junio de 2015 en los centros de salud seleccionados.

Las características que deben cumplir las mujeres embarazadas de nuestra población a estudio para poder participar son las siguientes:

- Estar embarazadas en el momento de la captación
- Ser fumadoras durante el embarazo
- Haber dejado de fumar al enterarse de que estaban embarazadas
- No padecer ninguna enfermedad psiquiátrica
- No poseer adicción al alcohol o a otras drogas ilegales

Por lo tanto, serán excluidas del estudio todas aquellas mujeres embarazadas fumadoras que hayan sido diagnosticadas de psicopatología u otras adicciones, es decir, que no cumplan los criterios de inclusión establecidos.

RECOGIDA DE DATOS

Para la recogida de información se ha utilizado una encuesta semiestructurada que consta de 42 preguntas (32 referentes a datos maternos y 10 a datos paternos). (Anexo 1) Previamente se informará a la gestante de la metodología e intención de nuestro trabajo de investigación, solicitando la firma de su consentimiento informado. (Anexo 2 y 3) En ese mismo momento, se les informará también de que los datos son totalmente confidenciales y que el estudio es inocuo tanto para ellas como para sus bebés.

Además de los datos que quedan reflejados en la encuesta, se están recogiendo dos muestras de orina de las mujeres que acceden a participar en el estudio, una al inicio y otra a los 6 meses tras el parto. Dichas muestras son remitidas al laboratorio de Toxicología de Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza, donde se determinan los niveles de cotininas en orina.

Asimismo, a lo largo de todo el estudio se están cumplimentando, por parte de las matronas, enfermeras de pediatría y pediatras, unas hojas de seguimiento y control. Dichas hojas se han diseñado de manera independiente para las mujeres fumadoras actuales y para las exfumadoras recientes. En ellas se recogen datos referentes al consumo de tabaco, tipo de lactancia y actitud e intenciones con respecto al tabaco a lo largo de las diferentes visitas programadas: 2 ó 3 durante el embarazo, al 8º día tras el parto, al mes aproximadamente de haber dado a luz (cuarentena) y a los 2, 4 y 6 meses postparto respectivamente. (Anexo 4 y 5)

Antes de comenzar el estudio, se llevó a cabo un curso de formación para las matronas, pediatras y enfermeras de pediatría responsables de desarrollo de la intervención.

Para organizar la información recogida, se han creado un archivo de Excel con cinco hojas, con el fin de poder tener una visión clara de todos los datos. Cada hoja contiene una tabla referente a un conjunto de datos, divididos de la siguiente manera:

- Hoja 1: DATOS PERSONALES DE LA MADRE. En ella se ha asignado un número a cada participante, con el fin de asegurar la confidencialidad de los datos en todo momento y se ha registrado, por columnas, el nombre completo, el centro de salud al que pertenecen, la fecha probable de parto, la recogida (si/no) de las muestras de orina (al inicio y a los 6 meses tras el parto), los teléfonos de contacto y su categoría en el momento de la captación (fumadora actual / exfumadora reciente)
- Hoja 2: DATOS REFERENTES A LA MADRE Y A SU HÁBITO TABÁQUICO. En ella se han recogido, en diferentes columnas, las respuestas de las 32 primeras preguntas de la encuesta referentes a datos socio-demográficos y de tabaquismo, tanto activo como pasivo.
- Hoja 3: DATOS REFERENTES AL PADRE Y A SU HÁBITO TABÁQUICO. En ella se han recogido, divididas por columnas, las respuestas de las 10 últimas preguntas de la encuesta referentes a datos socio-demográficos y de tabaquismo, en este caso del padre.
- Hoja 4: CONTROL FUMADORAS. En ella se ha recogido el seguimiento, tanto del embarazo como de los 6 meses postparto de las gestantes fumadoras activas a lo largo de la gestación.

- Hoja 5: CONTROL EXFUMADORAS. En ella se ha recogido el seguimiento del embarazo y los 6 primeros meses postparto de las gestantes que abandonan el tabaco en el momento que se enteran de que están embarazadas.

Todos los datos registrados en las hojas 2, 3, 4 y 5 se han clasificado y organizado utilizando los números asignados a cada una de las gestantes en la hoja 1.

De este modo quedan expuestas claramente las diferentes variables a estudio de las que vamos a realizar el posterior análisis y, puesto que el grupo intervención (casos) y el grupo control han sido divididos según el centro de salud al que pertenecen, desde el primer momento tenemos a las gestantes clasificadas en uno u otro grupo. Todo ello nos permitirá, cuando tengamos todos los datos recogidos y mediante un estudio analítico de casos y controles, establecer si la intervención conductual propuesta, basada en la entrevista motivacional, es efectiva a la hora de lograr una deshabituación definitiva del tabaco en las mujeres.

De momento, con los datos que tenemos, se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de las características de toda la población a estudio y otro análisis más detallado de las 30 mujeres a las que se ha llevado a cabo la intervención y que han finalizado todo el estudio.

Consideramos importante destacar que en ningún momento se ha influido a las mujeres para que modifiquen su respuesta, las encuestas han sido realizadas por la matrona de cada uno de los centros de salud y las hojas de seguimiento se han ido rellenando por parte de los pediatras, enfermeras de pediatría y yo misma, ya que he continuado con la intervención en alguno de los centros de salud objeto de nuestro estudio.

En el momento de la captación, se informa adecuadamente a las gestantes, insistiendo en el objetivo del estudio y destacando la importancia de que las respuestas sean reales con el fin de que los resultados del estudio sean lo más veraces posibles.

Por ello, la fuente de información principal es la propia mujer, primero embarazada y después en el postparto.

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

Las variables analizadas son todas las referentes a los datos socio-demográficos de las gestantes y sus parejas, así como aquellas relacionadas con su patrón de consumo, actitud ante el tabaco, conocimientos acerca de los efectos nocivos del mismo y tipo de alimentación del recién nacido (lactancia materna, lactancia artificial y mixta). Todas ellas estudiadas para las fumadoras actuales como para las exfumadoras recientes en el momento de la captación.

Dentro de las fumadoras habituales se han incluido todas aquellas que continúan con el hábito al inicio del estudio, aunque hayan reducido la cantidad y en la categoría de exfumadoras recientes se han incluido a todas aquellas mujeres que dejan de fumar en el momento que se enteran de su nueva situación o que habían dejado de fumar muy recientemente esperando quedarse embarazadas.

Posteriormente, en las mujeres a las que se ha llevado a cabo la intervención y que han completado el estudio, se ha llevado a cabo un análisis inferencial de algunas de estas variables a los 6 meses postparto, con el objetivo de evaluar los efectos de nuestra intervención y poder comprobar nuestra hipótesis de investigación.

Por todo ello, las variables analizadas, las podemos clasificar de la siguiente manera:

- **VARIABLES INDEPENDIENTES:**
 - Edad materna: Variable cuantitativa continua. Medida en años.
 - Nacionalidad materna: Variable dicotómica. Inmigrante si / inmigrante no.
 - Actividad laboral materna: Variable nominal. Se han diferenciado cuatro categorías dentro de ella: en paro, activo, ama de casa, de baja maternal.
 - Estudios maternos: Variable nominal. Se han diferenciado cuatro categorías: no, básicos, medios y superiores.
 - Paridad: Variable nominal con dos categorías: primíparas y multíparas. Hace referencia al número de parto que representa el actual para la mujer, si es el primero o ha tenido otros anteriores.

- Tipo de embarazo: Variable nominal con dos categorías: espontáneo o asistido. Hace referencia al método de llevar a cabo la concepción de la gestación, si ha utilizado técnicas de reproducción asistida o no.
 - Semana de gestación: Variable cuantitativa continua. Medida en semanas y días. Para simplificar el análisis, hemos utilizado datos de semanas completas.
 - Intención de dar lactancia materna: Variable dicotómica: si /no
 - Edad paterna: Variable cuantitativa continua. Medida en años.
 - Nacionalidad paterna: Variable dicotómica. Inmigrante si / inmigrante no.
 - Actividad laboral paterna: Variable nominal. Se han diferenciado cuatro categorías dentro de ella: en paro, activo, ama de casa, de baja maternal.
 - Estudios paternos: Variable nominal. Se han diferenciado cuatro categorías: no, básicos, medios y superiores.
 - Convivencia con fumadores: Variable dicotómica, diferenciando dos categorías: Si / No
 - Exposición al tabaco en el lugar de trabajo: Variable dicotómica, diferenciando dos categorías: Si / No
 - Edad de inicio de consumo de tabaco materno: Variable cuantitativa continua. Medida en años.
 - Patrón de consumo del padre: Variable cualitativa ordinal. Se han diferenciado cuatro categorías: a diario, ocasionalmente, exfumador y nunca ha fumado.
 - Actitud del padre ante el embarazo: Variable cualitativa ordinal. Se han diferenciado cinco categorías: dejó de fumar, fumaba menos, fumaba igual, fumaba más, fumaba, pero no delante.
 - Apoyo de la pareja: Variable dicotómica, diferenciando dos categorías: Si / No
-
- **VARIABLE DEPENDIENTE:**
 - Situación materna con respecto al tabaco: Variable dicotómica que nos va a dividir a las gestantes en fumadoras actuales y exfumadoras recientes, en función de su actitud ante el tabaco. Para simplificar los datos, esta variable la hemos dividido en dos categorías: Sí fuma y No fuma.

Puesto que la intervención está todavía llevándose a cabo, hay pacientes que aún no han finalizado y no han podido ser incluidas para el segundo análisis. Este hecho, junto con las exclusiones del estudio, bien por motivos personales o bien por causas que obligan a abandonar el estudio, tales como abortos, han hecho que el volumen de casos del segundo análisis sea inferior al del primero.

El paquete estadístico empleado para el análisis cuantitativo de los datos obtenidos ha sido IBM SPSS Statistics versión 15.0 para Windows. Los datos recogidos acerca de las distintas variables a estudio se han introducido desde las tablas creadas con Excel.

Por todo ello, podemos resumir el análisis de la información recogida en dos etapas:

1. **Análisis descriptivo** de todas las variables estudiadas, calculando la media y la DE de las cuantitativas y los porcentajes de frecuencia que representan cada una de las categorías en las que se dividen las variables cualitativas o categóricas. Dicho análisis se ha realizado en la totalidad de las gestantes captadas para el estudio.
2. A continuación se ha realizado un **análisis bivariante** entre las variables independientes seleccionadas y la dependiente. En función del tipo de variable, se han aplicado los estadísticos descriptivos pertinentes:
 - a. Entre la variable dependiente y las variables independientes cualitativas se han empleado el Test de Chi Cuadrado y el ANOVA, en función de las categorías de la variable analizada.
 - b. Entre la variable dependiente y las variables independientes cuantitativas, se ha aplicado la T de Student, puesto que la variable dependiente es dicotómica.

Este análisis se ha llevado a cabo en las 30 mujeres sobre las que se ha llevado a cabo la intervención y que han finalizado el seguimiento, teniendo en cuenta la información inicial junto con los datos recogidos a lo largo de los 6 meses postparto.

Considero importante reseñar que para la realización de todos los cálculos se ha escogido un nivel de significación del 0,05%, es decir, un intervalo de confianza del 95%.

CUESTIONES ÉTICAS

En el momento de solicitar la participación de las mujeres para colaborar en el proyecto se les ha explicado que ésta es totalmente voluntaria y que ellas pueden decidir libremente si desean participar o no. Incluso que pueden retirarse en cualquier momento del estudio sin necesidad de dar explicaciones y que ello no va a afectar a su atención médica posterior.

Además se les ha comunicado que la información generada en el ensayo será considerada estrictamente confidencial, pues los datos serán protegidos de usos no permitidos por personas ajenas a la investigación y, por lo tanto, se respetará la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

Asimismo se les ha explicado que los objetivos y características del estudio han sido revisados y aprobados por un Comité Ético Independiente, concretamente por el CEICA (Comité de Ética de Investigación Clínica de Aragón)

Para que fuera más sencillo y las mujeres pudieran entender mejor todas las cuestiones relacionadas con el trabajo de investigación, se les ha pasado una hoja de información acerca del mismo y un consentimiento informado que ellas debían devolver firmado tras haber aceptado su participación, una vez comprendidos los objetivos y características del estudio.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El principal problema al que nos hemos enfrentado es la cumplimentación incompleta o errónea de las encuestas en el momento de la captación, así como de las hojas de seguimiento y control. Es por ello que la principal limitación ha sido la falta de continuidad en el seguimiento, debida principalmente a cambios en los profesionales

encargados, tanto de llevar a cabo la intervención como de recoger los datos y muestras necesarias para completar el estudio. Las causas de dichos cambios han sido debidas principalmente a traslados, bajas, ceses de contratos, etc.

Otra de las limitaciones relacionadas con los profesionales ha sido la falta de tiempo para llevar a cabo la intervención, ya que la presión asistencial condiciona la atención en situaciones como éstas en las que hay que invertir más tiempo del habitual, puesto que se producen retrasos en la atención, nerviosismo, olvido de pasos a seguir, etc. que pueden influir negativamente y derivar en una menor efectividad de la intervención llevada a cabo.

Finalmente, las causas relacionadas con las propias participantes también han limitado nuestra intervención, ya que nos han impedido llevarla a cabo en su totalidad, en la mayoría de las ocasiones por falta de asistencia a las consultas de seguimiento o simplemente por abandono, no respuesta o negativa a continuar con su participación en el estudio.

RESULTADOS

Como ya se ha comentado, el análisis se ha llevado a cabo en dos fases, se exponen a continuación los datos obtenidos en cada uno de las dos etapas analíticas realizadas.

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Los datos obtenidos en este primer análisis provienen de las 107 mujeres captadas para participar en el estudio entre las fechas marcadas en la metodología del presente trabajo. Todas ellas cumplen los criterios de inclusión establecidos al inicio del estudio.

Previamente a llevar a cabo el análisis de los datos referentes a los objetivos planteados, se han analizado otras variables que podrían resultar de interés con el fin de definir mejor nuestra población a estudio. Dichos datos hacen referencia a factores sociodemográficos, tales como la edad, actividad laboral, estudios, si son inmigrantes o no..., así como otros referentes a su actitud ante la lactancia materna, el tipo de embarazo, la edad gestacional, la paridad, etc.

DATOS MATERNOS

En cuanto a los factores sociodemográficos, los resultados que hacen referencia a la edad nos muestran que la media se establece en 32,11 años con una desviación típica de 4,479, por lo que la mayoría de nuestra población a estudio se considerará, de entrada, de bajo riesgo en cuanto a criterios relacionados con la edad. (Gráfico 1)

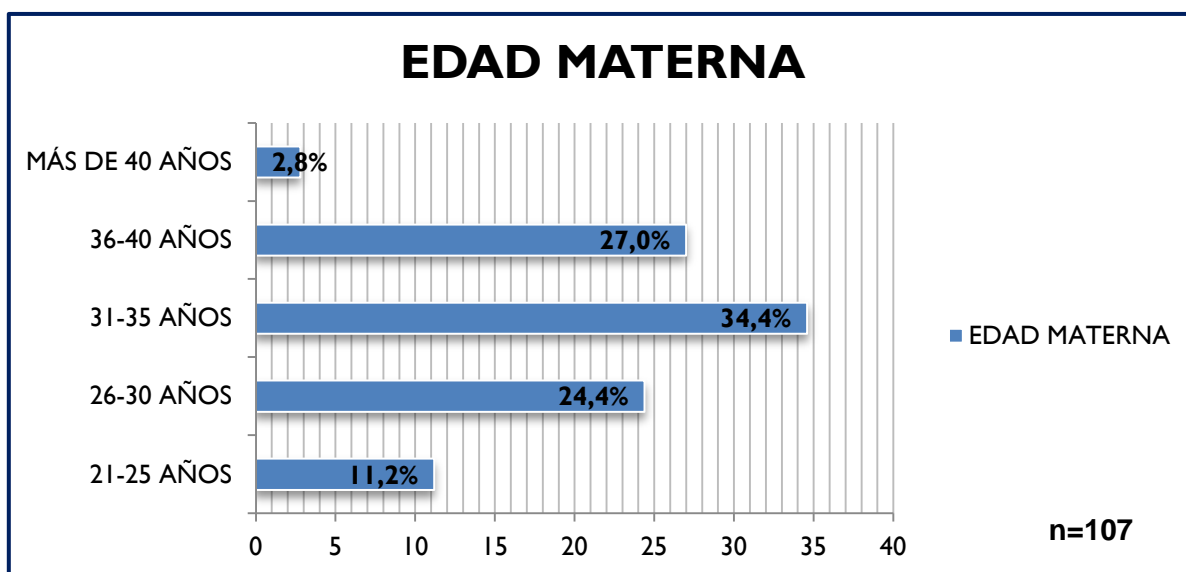


Gráfico 1: Distribución de la muestra según su edad en el momento de la captación

Haciendo referencia a la nacionalidad, la mayoría de las participantes eran españolas, representando el 88,8% del total. El 12,2% restante eran inmigrantes procedentes de diferentes nacionalidades, tales como Rumanía, Venezuela, Colombia, Sudáfrica, EEUU...(Gráfico 2)



Gráfico 2: Distribución de la muestra según la nacionalidad materna

Del total de las embarazadas, el 72% se encontraban activas en el momento de la captación para el estudio y, salvo una participante que no contestó, del 28% restante la mayoría estaba en paro y un pequeño porcentaje se dedicaba a las labores del hogar o estaba de baja maternal (Gráfico 3). Considero importante destacar que el 79,4% se encontraba en el primer trimestre de la gestación, pues este es el porcentaje que representan las mujeres que se encontraban en la semana 12 o menos de gestación en el momento de realizar la encuesta inicial.

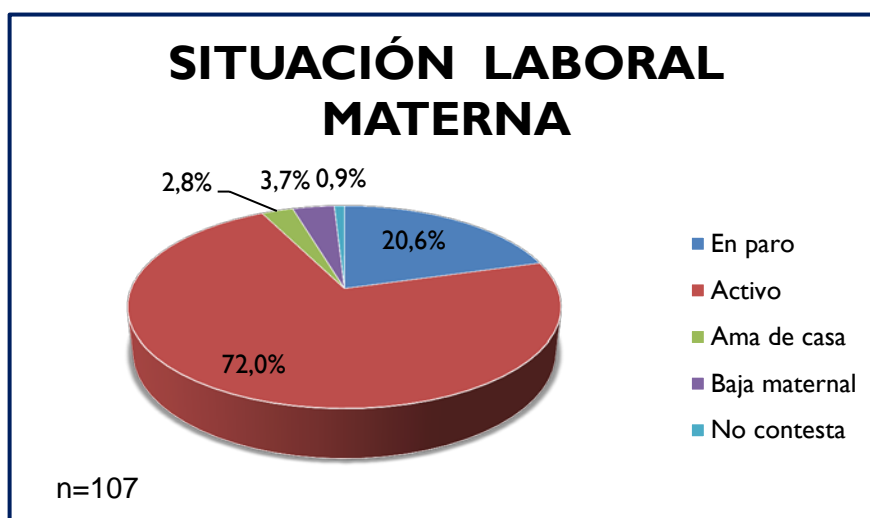


Gráfico 3: Distribución de la muestra según su situación laboral actual

El nivel de estudios ha sido otra de las variables estudiadas, pues se ha considerado que puede influir en la comprensión de la información y, por lo tanto, llegar a condicionar la efectividad de la intervención. Tras llevar a cabo el análisis, se ha observado que la mayoría de las gestantes poseen un nivel medio de estudios, representando el 47,7% del total. (Gráfico 4)

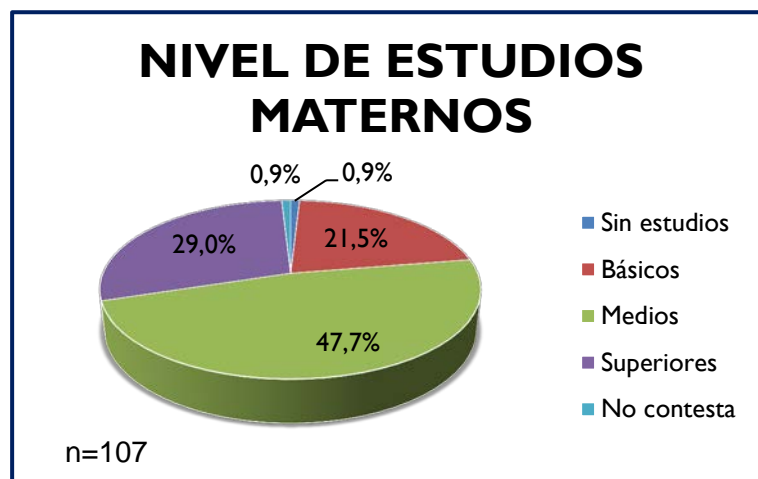


Gráfico 4: Distribución de la muestra según el nivel de estudios materno

Además de estos datos, se analizaron otros relacionados con los antecedentes obstétricos de las gestantes, de este modo se clasificó a las mujeres en primíparas o múltiparas en función de si el embarazo actual era el primero o ya habían estado embarazadas en otra ocasión. El análisis nos mostró que el 63,6% eran primíparas, es decir, que este era su primer embarazo, frente al 36,4% restante que representaban las múltiparas. (Gráfico 5)

Asimismo, se observó que el 75,7% de los embarazos se habían producido de forma espontánea, es decir, que la mayoría de las mujeres no habían necesitado técnicas de reproducción asistida ni tratamientos de fertilidad para concebir la gestación. (Gráfico 6)

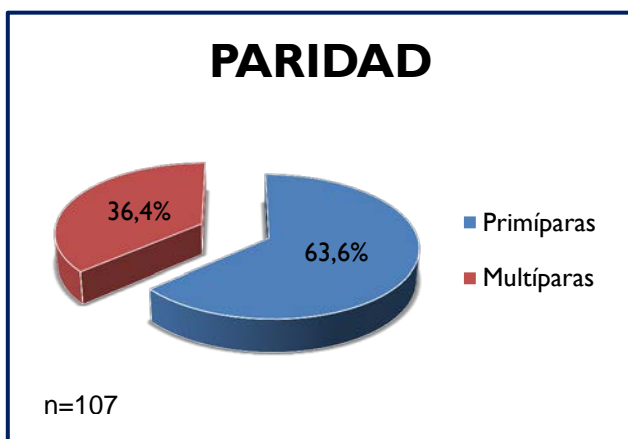


Gráfico 5: Distribución según el número de embarazos

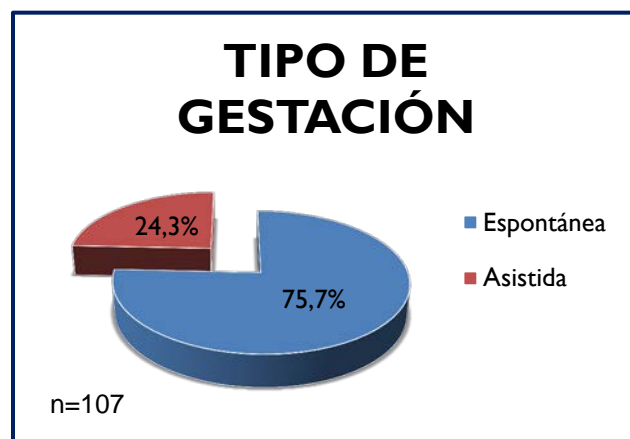


Gráfico 6: Distribución según el tipo de embarazo

Finalmente se preguntó a las mujeres acerca de su intención con respecto a la lactancia materna, es decir, si llevaban idea de alimentar a su futuro bebé mediante lactancia materna o bien mediante lactancia artificial. Los resultados de análisis nos mostraron una clara intención de las gestantes hacia la lactancia materna, pues el porcentaje que se decantaba por esta opción representaba un 86,9% del total. Del 13,1% restante, el 5,6% tenía claro que desde un principio se iban a decantar por la leche de fórmula y el 7,5% restante no lo tenía claro en el momento de la realización de la encuesta.(Gráfico 7)

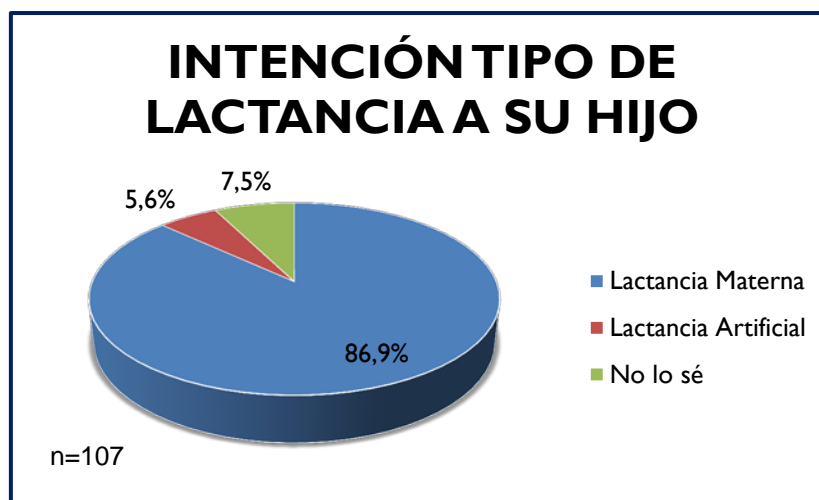


Gráfico 7: Distribución según la intención materna con respecto a la lactancia de su futuro hijo

DATOS PTERNOS

Para llevar a cabo dicho análisis se excluyeron dos casos, pues en los cuestionarios iniciales no había ningún dato referente a la pareja, es por ello que los datos corresponden a una muestra total de 105 participantes.

Entre las variables analizadas referentes a datos acerca de la pareja encontramos la edad media de los padres, la cual se sitúa en 34,21 años, con una desviación típica de 5,687.

Por otro lado, haciendo referencia a la procedencia, la mayoría son españoles, representando el 91,4% del total. El 8,6% restante proceden de países como

República Dominicana, Bulgaria, Rumanía, etc., pero sin destacar ninguno en concreto. (Gráfico 8)

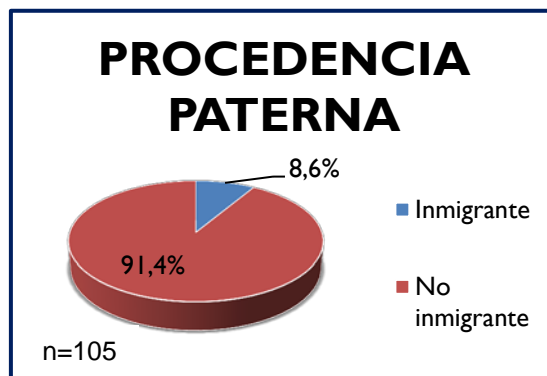


Gráfico 8: Distribución de la muestra según nacionalidad paterna

Si hacemos referencia a la actividad laboral actual de las parejas, el 87,6% está en activo en el momento de la captación, es decir, el 12,4% restante estaba parado en ese momento. (Gráfico 9)

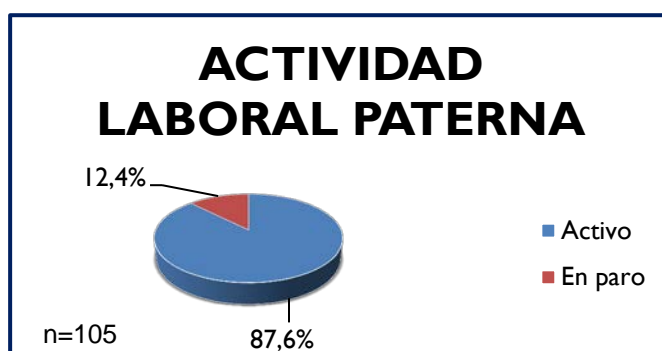


Gráfico 9: Distribución de la muestra según actividad laboral paterna

Asimismo, al analizar los datos referentes al nivel de estudios de los padres, se observa que la mayoría poseen un nivel básico o medio de estudios, concretamente un 41% posee un nivel básico y un 43,8% un nivel medio. (Gráfico 10)

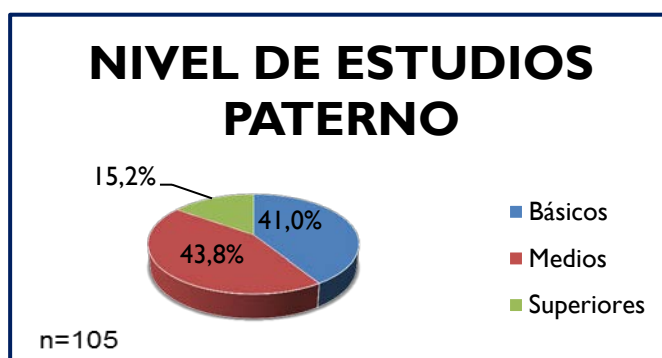


Gráfico 10: Distribución de la muestra según nivel de estudios paterno

DATOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Con respecto a los objetivos planteados en nuestro trabajo de investigación, en los cuestionarios iniciales se recogen datos referentes a aspectos relacionados con el tabaco, tanto en las mujeres gestantes como en sus parejas, ya que la influencia social es un factor muy importante en relación con el hábito tabáquico.

Haciendo referencia a la convivencia con fumadores, un elevado porcentaje, en concreto el 66,4% de las gestantes, convive con fumadores en el momento de la captación, la mayoría de las encuestadas (61%) refiere que convive con una persona fumadora que suele ser su pareja. (Tabla 9)

Por otro lado, en cuanto a la exposición laboral al tabaco, el 75% de las mujeres afirma que no se fuma en su lugar de trabajo, por lo que tan solo un 25% de las encuestadas se expone al humo de tabaco durante su jornada laboral. (Tabla 9)

	SI	NO
CONVIVENCIA CON FUMADORES	66,4%	33,6%
EXPOSICIÓN LABORAL AL HUMO DE TABACO	25%	75%

Tabla 9: Distribución de la muestra según factores sociales relacionados con el tabaco

En cuanto a la situación de la pareja con respecto al tabaco, destaca el elevado porcentaje de parejas que fuma a diario, concretamente el 68% del total de casos analizados, ya que un 3,7% de las encuestadas no respondió a esta pregunta. El resto de las parejas poseen patrones de consumo variados. (Gráfico 10)

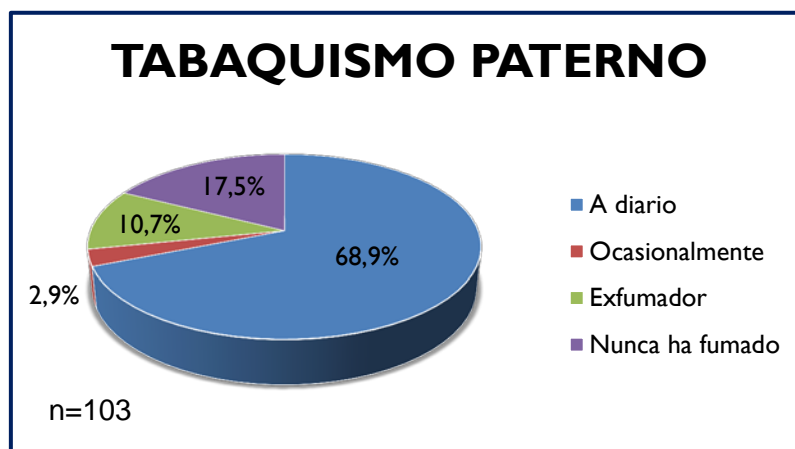


Gráfico 10: Distribución según patrón de consumo de tabaco paterno

En cuanto a la actitud paterna con respecto al tabaco ante la nueva situación hubo una división de opiniones entre las encuestadas, aunque un 28% de las mismas no contestó a esta pregunta.

Entre las 77 mujeres que respondieron, los datos muestran una actitud similar con respecto al tabaco, pues el 46,8% de las parejas fumaba igual que antes de enterarse de esta nueva situación. Pero sí que es cierto que un elevado porcentaje fumaba menos e incluso dejó de fumar y, además, me gustaría destacar que muchas de las parejas son conscientes de la nueva situación y toman una actitud adecuada con respecto al tabaco ya que, a pesar de no haber dejado de fumar, no lo hacen delante de las gestantes. (Gráfico 11)

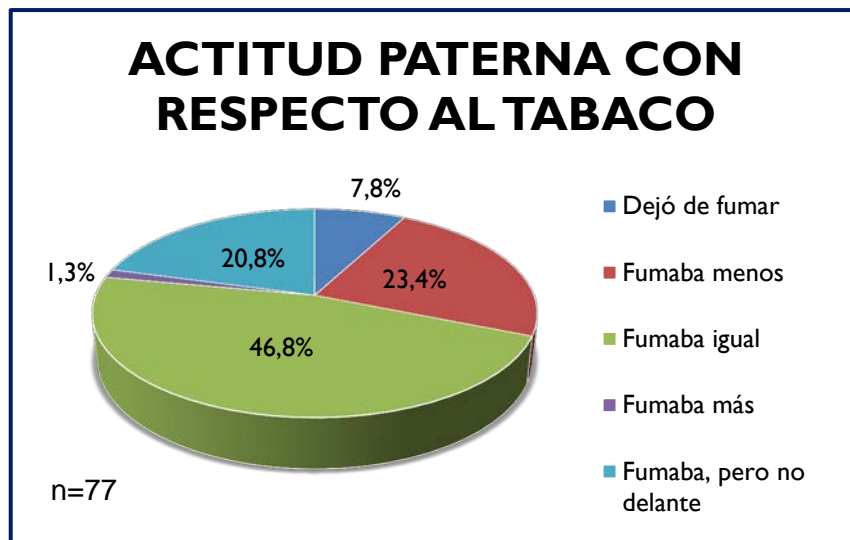


Gráfico 11: Distribución según la actitud paterna con respecto al tabaco ante el embarazo

Finalmente, con los datos obtenidos y las respuestas de las gestantes, hemos clasificado a las 107 participantes en función de su situación al inicio del estudio con respecto al tabaco en fumadoras habituales y exfumadoras recientes, con el fin de simplificar los datos para el análisis posterior.

De este modo, el 67,3% de las gestantes son fumadoras habituales frente al 32,7% que han sido clasificadas como exfumadoras recientes. (Gráfico 12)

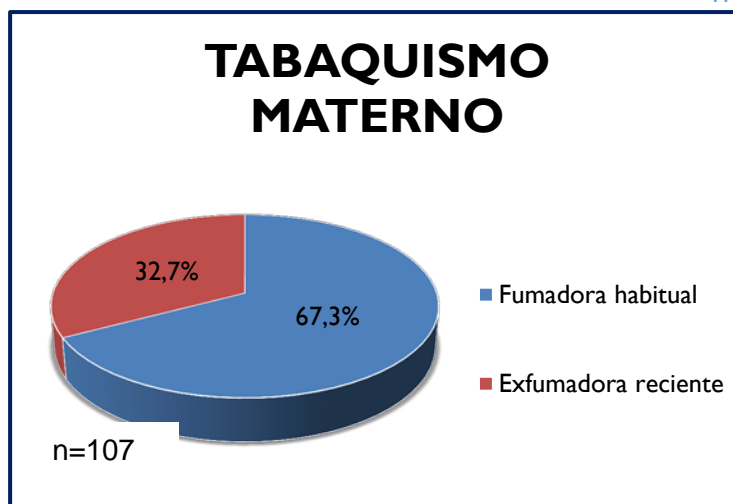


Gráfico 12: Distribución según patrón de consumo de tabaco materno al inicio del estudio

2. ANÁLISIS INFERENCIAL

Una vez llevado a cabo el primer análisis, referente a las variables sociodemográficas maternas, paternas y relacionadas con el tabaco de la totalidad de las gestantes incluidas en el estudio, es decir, de las 107 captadas en un primer momento, avanzamos hacia una nueva etapa analítica. En esta segunda etapa se ha realizado un análisis de los datos referentes a las 30 mujeres que han recibido la intervención y que han completado el seguimiento, desde el momento de la captación inicial hasta los 6 meses tras el parto.

Con el fin de determinar si la situación materna en relación con el tabaquismo a los 6 meses tras el parto, en las mujeres que han recibido la intervención y que han completado el seguimiento, está influida por alguna de las variables estudiadas, se ha llevado a cabo un análisis bivariante. En dicho análisis se ha contrastado cada una de las variables independientes seleccionadas con la dependiente, en nuestro caso dicotómica con dos categorías: fumadora /no fumadora a los 6 meses postparto.

La muestra que tenemos para esta segunda etapa es bastante homogénea en cuanto a la actitud materna frente al tabaco a los 6 meses postparto, pues de las 30 mujeres, 16 son fumadoras y 14 exfumadoras recientes.

(Tabla 13)

	Al inicio	A los 6 meses postparto
Fumadoras habituales	63,3% (19 mujeres)	53,3% (16 mujeres)
Exfumadoras recientes	36,7% (11 mujeres)	46,7% (14 mujeres)

Tabla 13: Distribución de la muestra con respecto a la actitud materna ante el tabaco

Con el fin de simplificar el análisis y, debido a que la muestra es pequeña, las variables independientes se han transformado todas en dicotómicas con dos categorías, ajustando al máximo dichas categorías a los datos recogidos.

DATOS MATERNOS

La primera de las variables independientes analizadas ha sido la edad materna y para determinar su influencia se ha empleado la T de Student, pues se trata de una variable cuantitativa. Al utilizar T de Student para muestras independientes, seleccionamos la variable a estudiar, en este caso la edad materna y definimos los grupos, fumadora como grupo 1 y no fumadora como grupo 2. Para saber si asumimos igualdad de varianzas, nos fijamos en la F dada, al ver que en la Prueba de Levene la significación es mayor de 0,05, concretamente 0,570, asumimos la igualdad de varianzas. De esta forma, el nivel de significación de T es 0,193, es decir, mayor de 0,05, además contiene el 0 en el IC (que previamente lo habíamos fijado en el 95%)

De ello se deduce que no hay diferencia en la situación materna con respecto al tabaco a los 6 meses postparto en función de la edad materna, es decir se asume la hipótesis nula de igualdad, la situación materna a los 6 meses tras el parto en las mujeres que han recibido la intervención no está influida por la edad materna.

En el caso de la edad gestacional en el momento de la captación, para comprobar si ésta influye en el tabaquismo materno, se ha seguido el mismo procedimiento, T de Student para muestras independientes. De nuevo el valor de la significación para la F dada en el Test de Levene es $>0,05$, concretamente de 0,687, por lo que asumimos igualdad de varianzas. En este caso, el nivel de significación de T es de 0,843 ($>$ de 0,05) y el IC contiene el 0, es decir no significativo, por lo que se acepta la hipótesis nula de igualdad, no diferencias asociadas a la edad gestacional.

Para llevar a cabo el análisis bivariado con las variables cualitativas referentes a datos maternos, se ha empleado como estadístico el Test de Chi cuadrado para ir comparando cada una de las variables independientes categóricas (ahora dicotómicas) con nuestra variable dependiente, es decir, el patrón de tabaquismo materno a los 6 meses tras el parto. Para ello se han utilizado tablas de contingencia situando las variables en filas y columnas.

Los resultados obtenidos no son significativos para ninguna de las variables analizadas: nacionalidad ($p=0,100$), actividad laboral materna ($p=0,301$), estudios maternos ($p=0,825$), número de gestación ($p=0,919$), tipo de embarazo ($p=0,513$) e intención de dar lactancia materna ($p=0,855$) (Tabla 14)

SITUACIÓN MATERNA ANTE EL TABACO (6 MESES POSTPARTO) EN RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES	NIVEL DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
Edad Materna	P=0,193
Edad Gestacional	P=0,843
Nacionalidad	P=0,100
Actividad laboral materna	P=0,301
Estudios maternos	P=0,825
Paridad	P=0,919
Tipo de embarazo	P=0,513
Intención Lactancia Materna	P=0,855

Tabla 14: T de Student y Chi cuadrado aplicada a variables relacionadas con datos maternos

DATOS PTERNOS

Para llevar a cabo el análisis de la influencia de la edad paterna, se ha llevado a cabo la prueba de T de Student para datos independientes, asumiendo varianzas iguales puesto que el valor de la F dada en el Test de Levene es de 0,528 ($>0,05$). El nivel de significación de T obtenido ha sido de 0,008 ($<0,05$) y no contiene el 0 en el IC, es decir, la edad paterna sí que influye en la situación materna con respecto al tabaco a los 6 meses postparto.

En cuanto a las variables cualitativas, se ha observado que la nacionalidad paterna no influye, ya que el resultado no es significativo al realizar el Test de Chi cuadrado ($p=0,626$), al igual que tampoco es significativa la actividad laboral paterna ($p=0,855$) y ni el nivel de estudios del padre ($p=0,389$). (Tabla 15)

SITUACIÓN MATERNA ANTE EL TABACO (6 MESES POSTPARTO) EN RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES	NIVEL DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
Edad Paterna	P=0,008
Nacionalidad Paterna	P=0,626
Actividad laboral paterna	P=0,855
Estudios paternos	P=0,389

Tabla 15: T de Student y Chi cuadrado aplicada a variables relacionadas con datos paternos

DATOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Con el fin de determinar si la edad de inicio en el consumo de tabaco es significativa en la situación con respecto al tabaco de las mujeres a los 6 meses tras el parto, se ha llevado a cabo la prueba de T de Student para datos independientes, asumiendo igualdad de varianzas puesto que el valor de la F dada en el Test de Levene es de 0,355 ($>0,05$). El nivel de significación obtenido ha sido de 0,958 ($>$ de 0,05) y el IC contiene el 0, es decir no significativo, por lo que se acepta la hipótesis nula de igualdad, no diferencias asociadas a la edad de inicio en el consumo de tabaco.

En cuanto a las variables cualitativas, se han obtenido valores significativos en el Test de Chi cuadrado para el tipo de lactancia, ya que el valor de $p=0,030$ ($<0,05$), por lo que podemos decir que el tipo de lactancia sí que está relacionado con la situación ante el tabaco de la mujer a los 6 meses tras el parto. Para el resto de variables cualitativas los resultados han resultado no significativos. Los valores obtenidos han sido $>0,05$ para la convivencia con fumadores ($p=0,102$), exposición laboral al humo de tabaco ($p=0,117$), la situación materna con respecto al tabaco al inicio del estudio ($p=0,156$), el patrón de consumo de tabaco de la pareja ($p=0,402$), la actitud de la

pareja con respecto al consumo de tabaco ante la nueva situación ($p=0,132$), así como el apoyo brindado por la pareja ($p=0,351$) (Tabla 16)

SITUACIÓN MATERNA ANTE EL TABACO (6 MESES POSTPARTO) EN RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES	NIVEL DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
Edad inicio consumo tabaco	$P=0,958$
Tipo de lactancia a los 6m postparto	$P=0,030$
Convivencia con fumadores	$P=0,102$
Exposición laboral al humo de tabaco	$P=0,117$
Tabaquismo materno al inicio del estudio	$P=0,156$
Patrón de consumo pareja	$P=0,402$
Actitud pareja ante embarazo	$P=0,132$
Apoyo pareja	$P=0,351$

Tabla 16: T de Student y Chi cuadrado aplicada a variables relacionadas con datos paternos

Finalmente, puesto que se determinó la existencia de una asociación significativa entre la situación materna con respecto al tabaco a los 6 meses postparto y el tipo de lactancia materna, se contrastó la variable tipo de lactancia a los 6 meses postparto con el resto de variables.

Del contraste con las variables cuantitativas (edad materna, edad de inicio del consumo de tabaco, edad paterna y edad gestacional) no se obtuvo ningún resultado significativo, en cambio para las cualitativas si, concretamente con la exposición laboral al humo de tabaco ($p=0,027$) y con la intención al inicio del estudio de dar lactancia materna ($p=0,027$). Para el resto de variables cualitativas los resultados del análisis no resultaron significativos.

(Tabla 17)

TIPO DE LACTANCIA A LOS 6 MESES POSTPARTO EN RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES	NIVEL DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
Edad materna	P=0,158
Edad gestacional	P=0,307
Nacionalidad materna	P=0,141
Actividad laboral materna	P=0,794
Estudios maternos	P=0,657
Paridad	P=0,346
Tipo de embarazo	P=0,410
Intención lactancia materna	P=0,027
Edad paterna	P=0,131
Nacionalidad paterna	P=0,713
Actividad laboral paterna	P=0,580
Estudios paternos	P=0,558
Edad inicio consumo de tabaco	P=0,070
Convivencia con fumadores	P=0,410
Exposición laboral al humo de tabaco	P=0,027
Tabaquismo materno al inicio del estudio	P=0,346
Patrón de consumo pareja	P=0,487
Actitud pareja ante embarazo	P=0,896
Apoyo pareja	P=0,427

Tabla 17: T de Student y Chi cuadrado aplicada a variables relacionadas con tipo de lactancia a los 6 meses tras el parto.

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio muestran que la edad media de las mujeres gestantes se sitúa en torno a 32 años, destacando la amplitud de la muestra situada en 21, pues la participante de menor edad tiene 21 años con respecto a la de mayor edad que tiene 42. Asimismo, el 88,8% de las gestantes son de origen español.

Son datos que confirman otros estudios llevados a cabo al respecto, tales como el de Jiménez- Muro et al.¹ y Alonso de la Iglesia et al.⁽⁹⁾ Ambos afirman que el consumo de tabaco a diario en edades con mayores tasas de fertilidad, es decir, comprendidas entre 25 y 44 años es considerable, al igual que la prevalencia de tabaquismo en las embarazadas en nuestro país. Otros autores van más allá e intentan indagar acerca de las causas que han derivado en el panorama actual del tabaquismo en España. Es por ello que el objeto de estudio de muchos trabajos de investigación se ha centrado en describir los diferentes condicionantes socioculturales asociados a la “epidemia tabáquica” actual, entre los que se encuentra el fenómeno de la inmigración. A pesar de ello, con los datos de nuestro análisis no se pudo establecer una relación significativa entre el tabaquismo materno a los 6 meses tras el parto y la nacionalidad de las gestantes.

También fueron descritas en nuestro análisis otras variables como la actividad laboral y el nivel de estudios materno, pues se trata de datos ya analizados en otros estudios y con los que se ha encontrado cierta controversia, ya que autores como Giglía RC et al.⁽¹³⁾ y Villalví JR⁽¹⁴⁾ describen un consumo de tabaco durante la gestación que se asocia a factores tales como un menor nivel educativo, estar sin pareja o tener pareja fumadora, no creer que el tabaco afecte a la salud de la madre o del futuro bebé, un menor nivel económico derivado del creciente aumento del número de familias en paro, etc. es decir, asocian el tabaquismo a un bajo nivel sociocultural y económico. A esta afirmación se unen otros autores como Iglesias S.⁽²⁹⁾ que describe una asociación significativa entre el nivel de estudios de la madre y el tabaquismo, determinando que las mujeres universitarias fuman menos que las mujeres con estudios primarios.

Pero, por otra parte, autores como Villanueva y Girbés⁽³⁵⁾ exponen en su estudio que la mayoría de las mujeres fumadoras trabaja y posee un nivel de estudios medio, datos que se corresponden con los obtenidos en nuestro análisis, ya que se ha observado que el 72% de las gestantes estaban activas en el momento de la captación y que el 47,7% poseían un nivel medio de estudios medio. Consideramos importante destacar, eso sí, que el 79,4% se encontraba en el primer trimestre de la gestación, es

decir, que se encontraban en la semana 12 o menos de gestación en el momento de realizar la encuesta inicial, por lo que este dato no es muy relevante, pues se trata de un periodo en el que la mayoría de las mujeres trabajadoras que se encuentran en activo y se quedan embarazadas, continúan con su actividad laboral normal. En general, las bajas por riesgo laboral se dan unas semanas más adelante.

En cuanto a la paridad de las mujeres que forman parte de nuestro estudio, el 63,6% de ellas eran primíparas, es decir, esta era su primera gestación, datos similares a los hallados en otros estudios con características parecidas y objetivos en las mismas líneas de investigación, tales como el de Nerín I et al.⁽²³⁾ y el de Jiménez-Muro et al.⁽³⁶⁾

Del total de las participantes del estudio, el 75,7% se había quedado embarazada de forma espontánea, dato a tener en cuenta para futuras investigaciones debido al importante avance producido en las técnicas de reproducción asistida en los últimos años. Gracias a las mismas se han conseguido gestaciones que hasta hace unas décadas eran impensables. Eso sí, debemos ser conscientes de que cada día se detectan más casos de infertilidad o subfertilidad, ¿podría tener algo que ver el tabaquismo materno y/o paterno en todo esto? Son propuestas de proyectos que podrían constituir los pilares de futuras investigaciones que algunos autores como Lazcano-Ponce EC et al.⁽³⁷⁾ ya han comenzado.

Otras de las cuestiones a tener en cuenta es la actitud de las mujeres embarazadas ante la lactancia materna, es decir, la idea que llevan acerca de la alimentación de los niños ya desde las primeras semanas de gestación. Muchas veces la actitud que muestran las mujeres hacia la lactancia materna en el primer contacto con ellas, ya nos da pistas acerca de la intención que tienen con respecto al tabaco, ya que muchas tienen muy claro que desean dar lactancia artificial para poder retomar su hábito tabáquico lo más precozmente posible tras el parto. Esto queda demostrado en nuestro estudio, pues se encontró una asociación significativa entre la intención de dar lactancia materna al inicio del mismo y el tipo de alimentación del recién nacido durante los 6 primeros meses postparto ($P = 0,027$)

Autores como Iglesias S.⁽²⁹⁾ confirman nuestros resultados, pues en su estudio determina que fumar durante la gestación da lugar a un menor inicio de lactancia materna exclusiva, es decir, que las mujeres que no fuman durante el embarazo se deciden mucho más por la lactancia materna que las que continúan con el hábito a lo largo de la gestación.

Asimismo, la autora en su estudio encontró una asociación significativa entre el consumo de tabaco y la duración total de la lactancia, en concreto observó que las

mujeres que nunca han fumado mantienen lactancias de 5,8 meses de media (DT = 4,4) y las que fuman durante la gestación reducen el periodo de lactancia a 3,4 meses de media (DT = 3). Datos que coinciden con los hallados en nuestro análisis, pues se ha determinado una asociación significativa entre el tipo de lactancia a los 6 meses postparto y el patrón de consumo de tabaco materno ($P=0,030$)

Como dato curioso, puesto que podría ser útil para futuras investigaciones al respecto, nos gustaría hacer referencia a los datos expuestos por esta autora en cuanto al momento de introducción de la alimentación complementaria, puesto que se han descrito diferencias en función del hábito tabáquico materno, observando que las mujeres que nunca han fumado introducen suplementos de media a los 3,6 meses, las que fuman antes de la gestación a los 2,6 meses y las que fuman durante el embarazo a los 2 meses.

También haciendo referencia a la intención de dar lactancia materna por parte de las gestantes al inicio del embarazo, Iglesias S.⁽²⁹⁾ coincide con los datos obtenidos en nuestro análisis, ya que afirma que la mayoría llevan intención de dar la lactancia materna en el momento del alta hospitalaria. Por nuestra parte, los datos reflejan que el 86,9% del total se decanta por este tipo de alimentación.

Por otro lado, a pesar de que en otros estudios con características sociodemográficas similares, tales como el de Jiménez-Muro et al.⁽¹⁾ se habían establecido asociaciones significativas entre algunas de estas variables sociales, culturales, económicas, educativas, etc. y el patrón de consumo de tabaco de las gestantes o puérperas, en nuestro estudio no se pudieron establecer muchas de estas relaciones, pues sólo se encontraron datos significativos con respecto al tipo de alimentación del recién nacido a los 6 meses tras el parto y hábito tabáquico de la puérpera. Cabe destacar, eso sí, que la muestra analizada es pequeña, pues hasta el momento sólo 30 mujeres han finalizado el seguimiento, por lo que cuando la muestra sea mayor, es posible que se obtengan más relaciones significativas.

Al hacer referencia al hábito tabáquico, hemos considerado importante indagar acerca de la edad de inicio de dicho hábito. En los datos obtenidos en nuestro análisis hemos hallado (en el grupo de las 30 mujeres que han finalizado el seguimiento) una edad media de inicio de consumo de tabaco de 17,03 años (DT = 3,178) Son datos muy similares a los que se exponen en la Encuesta Nacional de Salud de 2011-2012, ya que sitúan la edad media de inicio en España en 17,9 años y en Aragón en 17,6 años.¹⁰

Una de las cuestiones que nos llevó a plantear este trabajo de investigación fue el consejo antitabaco que se otorga a la población general y a las embarazadas en nuestro caso particular. Por ello, una de las preguntas de la encuesta inicial trata acerca de este tema y plantea a las mujeres el interrogante de si alguna vez han recibido algún tipo de consejo antitabáquico y en caso afirmativo, de qué tipo ha sido.

La mayoría afirmó no haber recibido ningún consejo y, aunque muchas mujeres no quisieron definir el tipo de consejo, un gran número de embarazadas dijo que el consejo se había limitado a la deshabituación definitiva, sin dar información acerca de los efectos adversos que puede acarrear.

Algunos autores como McBride et al.⁽⁴⁾ afirman en su investigación que las mujeres sí que reciben una adecuada información acerca de los efectos nocivos del tabaquismo, que muchas de ellas intentan dejarlo y que la mayoría, con apoyo de un seguimiento exhaustivo, consiguen finalmente el abandono de dicho hábito. Con respecto a los datos obtenidos en otros estudios revisados y en el nuestro propio, nos surgen varias dudas al respecto, sobretodo en cuanto a los métodos y técnicas empleadas para ello.

Es por ello que nos planteamos como método de intervención terapéutica la entrevista motivacional descrita por Miller WR y Rollnick S.⁽²⁴⁾ cuyo objetivo es reforzar a las pacientes en su motivación para el cambio, intentando establecer una relación de compañeros entre el terapeuta y el paciente, mucho más cercana que la se podría establecer entre un experto y el receptor de sus explicaciones. Todo ello con el fin de que la intervención sea lo más efectiva posible.

Otra de las cuestiones que nos ha planteado este estudio es el momento de la intervención, con el fin de determinar cuál sería el más adecuado para poder conseguir la mayor efectividad posible de nuestra actuación. Según diversos artículos revisados, tales como los publicados por Ershoff et al.⁽²¹⁾, Levitt C et al.⁽²²⁾ y Nerín I et al.⁽²³⁾ el postparto podría constituir uno de los momentos más adecuados para llevar a cabo la intervención, pues se trata de un momento en el que se establece una estrecha relación entre la mujer y diversos miembros del equipo sanitario. Dicha relación es bastante continuada, ya que son numerosas las visitas que se programan a lo largo de esta etapa. Es por ello que nuestro estudio se alarga hasta los 6 meses tras el parto.

En contraposición a esta opinión, encontramos las reflexiones de otros autores como Solomon LJ et al.⁽¹⁹⁾ y DiClemente CC et al.⁽²⁰⁾ que consideran que el comportamiento con respecto al cese del hábito tabáquico en las mujeres embarazadas o que acaban de dar a luz es muy diferente al del resto de la población por sus circunstancias

personales y del momento que atraviesan, con más dificultades y en un contexto totalmente diferente al que tenían previamente. Estas son algunas de las razones por las que dichos autores asocian a esta etapa un mayor número de recaídas y no consideran este momento como el más adecuado para llevar a cabo la deshabitación tabáquica.

A parte de todas las variables sociodemográficas descritas, hemos considerado importante indagar en otros aspectos relacionados con el tabaquismo pasivo y el contexto que rodea a la mujer embarazada. Dichas variables pueden influir directamente en el comportamiento de la mujer con respecto al consumo de tabaco y, por lo tanto, determinar el cese o la continuidad del mismo.

Estos aspectos relacionados con las circunstancias que rodean a la mujer embarazada fumadora o exfumadora reciente han sido objeto de estudio de diversos autores entre los que se encuentran DiClemente et al.⁽²⁰⁾ Dicho autor determina en su artículo que ciertas variables influyen en el comportamiento de la mujer en cuanto al mantenimiento del hábito tabáquico, destacando la convivencia con fumadores. Es por ello que ésta ha sido una de las variables analizadas en nuestro trabajo, aunque con los datos obtenidos en el análisis no se ha podido demostrar la asociación significativa con el patrón de tabaco materno a los 6 meses tras el parto.

Puesto que estas variables las consideramos importantes desde el punto de vista del patrón de consumo de tabaco materno, se recopilaron datos acerca del patrón de consumo de la pareja, horas de exposición al humo de tabaco en el hogar, lugar de consumo de tabaco en casa...se observó que la mayoría de las gestantes captadas para el estudio convivía con una pareja fumadora, concretamente el 66,4% de las encuestadas, pero que no estaban muchas horas expuestas al humo de tabaco en el hogar. Con los datos obtenidos no se pudieron relacionar dichas circunstancias con el hecho de que la mujer embarazada fuera fumadora habitual.

En cuanto a los datos referentes a la exposición laboral al humo de tabaco, se observó que tan sólo el 25% de las gestantes estaba expuesta al humo de tabaco en el lugar de trabajo, por lo que no pudo relacionarse con el patrón habitual de consumo, pero sí con el tipo de alimentación del recién nacido, pues se pudo establecer una asociación significativa entre el tipo de lactancia y la exposición laboral al humo de tabaco ($P = 0,027$)

Por otro lado, el patrón de consumo de tabaco de las parejas, así como sus características sociodemográficas también han sido objeto de estudio de múltiples

autores, un ejemplo lo constituye el artículo publicado por Jiménez-Muro et al.⁽¹⁾ en 2012. En dichos estudios se han considerado que ciertas variables referentes a la edad, actividad laboral, nivel de estudios o hábito tabáquico de la pareja pueden influir e incluso determinar el patrón de consumo de tabaco de las mujeres gestantes.

Los datos hallados en el análisis realizado coinciden con los que describe Jiménez-Muro et al.⁽¹⁾ en su artículo, pues las mujeres que continúan fumando durante la gestación y el postparto estaban más horas al día expuestas al humo ambiental de tabaco en el hogar y convivían en mayor medida con fumadores, tenían con más frecuencia una pareja que fumaba a diario y con un nivel de estudios básicos.

También se ha podido observar que la edad media de las parejas estaba en torno a 34,21 años, una cifra ligeramente superior a la hallada para el grupo materno y, como curiosidad, con una amplitud mayor con respecto a dicho grupo, pues para los padres es de 29. Otro dato a tener en cuenta ha sido que en su gran mayoría, concretamente el 91,4% del total eran españoles y se encontraban en activo en el momento de la encuesta inicial.

El 68% de las parejas fumaba a diario y afirmaba que la cantidad no variaba ante la nueva situación, es decir que el patrón de consumo seguía siendo el mismo a pesar del embarazo. Datos que de nuevo coinciden con los hallados en la bibliografía revisada, tanto Bolumar F et al.⁽⁵⁾ como Stanton HJ et al.⁽⁶⁾ afirman que el entorno familiar con una alta exposición al humo ambiental de tabaco dificulta el abandono. Conclusión a la que se unen otros autores como Torrent M et al.⁽¹¹⁾, el cual describe tener una pareja fumadora como factor determinante para continuar fumando durante el embarazo.

Finalmente se analizó el apoyo de las gestantes recibido por parte de su pareja, se obtuvo un porcentaje muy elevado, pues el 86,7% de las parejas afirmaba que estaría al lado de su mujer proporcionándole apoyo psicológico si decidía abandonar el consumo de tabaco. Puesto que la actitud de la pareja con respecto al patrón de consumo de tabaco seguía siendo la misma, sin dejar de disminuir el consumo diario, no se pudo establecer una relación entre el apoyo prestado con el patrón de consumo. En cambio, el apoyo se vio reflejado de otro modo, ya que la mayoría de las parejas que continuaban con el hábito, afirmaban no fumar delante de la mujer gestante. Datos que poseen bastante concordancia con los datos hallados en otros estudios recientes como el de Jiménez-Muro et al.⁽¹⁾ y Villalbí et al.⁽¹⁴⁾ puesto que se han introducido datos similares para el análisis.

Puesto que para llevar a cabo una correcta recogida de información ha sido necesario revisar exhaustivamente las encuestas cumplimentadas, así como las hojas de control y seguimiento, cabe resaltar la buena cumplimentación de los mismos por parte de los profesionales responsables en la práctica asistencial diaria, ya que están, en la mayoría de los casos, bastante completas y correctas. Consideramos que es un dato importante a tener en cuenta, puesto que si la cumplimentación de los datos es escasa y errónea se dificulta mucho la recogida de datos, ya que se alarga en el tiempo y puede llevar a desestimar casos innecesariamente.

También consideramos que es muy importante concienciar a los profesionales implicados en la atención de las gestantes en todos los niveles asistenciales, tanto en la atención primaria como a nivel hospitalario. Una herramienta que nos podría resultar de utilidad sería mostrar a todos los profesionales la importancia de aplicar técnicas que motiven a las mujeres embarazadas para abandonar el tabaco, así como para prevenir posibles recaídas posteriores en dicho hábito. Todo ello basado en los resultados obtenidos al analizar los datos recogidos en el presente trabajo y avalados por la evidencia científica demostrada en la revisión bibliográfica realizada.

Es por ello que consideramos que la clave es llevar a cabo una correcta formación de todos los profesionales responsables de la atención a las mujeres en todos los ámbitos, con el fin de proporcionarles las herramientas más adecuadas en cada momento según las circunstancias personales que presenten. De este modo, formando a los profesionales en estas técnicas basadas en la entrevista motivacional como herramienta para conseguir la deshabituación del tabaquismo, se podrían minimizar los posibles sesgos asociados a los diferentes métodos utilizados a la hora de llevar a cabo nuestra práctica asistencial.

CONCLUSIÓN

Tras realizar el trabajo, se ha podido confirmar la información recogida en la revisión bibliográfica realizada al inicio del mismo. Hemos visto que las mujeres españolas en edad reproductiva presentan una elevada prevalencia en cuanto al consumo de tabaco, pero un gran porcentaje de las mismas deja de fumar al inicio de la gestación de manera espontánea. A pesar de ello, se ha comprobado que la tasa de recaída en el hábito durante el postparto sigue siendo bastante elevada, por lo que la intervención propuesta resulta fundamental para intentar disminuir dicha tasa.

A pesar de las limitaciones encontradas a la hora de llevar a cabo el trabajo y después de hacer una prudente interpretación de los resultados obtenidos en el análisis, este estudio cumple el propósito para el cual fue diseñado y por lo tanto nos permite extraer algunas conclusiones. Además, proporciona información para la realización de futuros trabajos de investigación.

Puesto que este trabajo forma parte de un proyecto PIS, las conclusiones globales serán redactadas tras la finalización de dicho Proyecto, de momento, y con los datos obtenidos hasta la fecha, se puede decir que las diferencias obtenidas entre el grupo de mujeres fumadoras a los 6 meses tras el parto y las exfumadoras recientes se basan principalmente en el tipo de alimentación del recién nacido, es decir, si es alimentado mediante lactancia materna o artificial. El resto de variables analizadas, tanto socioculturales maternas y paternas como de hábito de tabaco en ambos, no han demostrado una asociación significativa con respecto a la actitud materna frente al tabaco a los 6 meses tras el parto en las mujeres que han completado el seguimiento y sobre las que se ha llevado a cabo una intervención conductual basada en la entrevista motivacional.

Se ha observado que los conocimientos que poseen las mujeres acerca de los efectos nocivos del tabaco son correctos, pero posiblemente algo deficientes. Esto se explica porque la mayoría conoce los efectos nocivos del humo de tabaco hacia ellas y hacia su futuro bebé, pero esto no es suficiente para lograr el abandono definitivo del hábito, pues muchas de ellas no son capaces de dejar de fumar, otras disminuyen un poco la cantidad, pero la mayoría vuelven a recaer tras la finalización del embarazo o después de la lactancia materna.

Por todos es bien sabido que la lactancia materna influye de forma decisiva en la salud infantil. En nuestro estudio se ha constatado la relación existente entre el tabaquismo y el tipo de lactancia, pues las mujeres que fuman tienden a iniciar menos la lactancia

materna, y a mantenerla menos tiempo que las no fumadoras. Estos datos coinciden con diversos estudios publicados en los últimos años y siendo realistas, suponen un importante problema de salud pública, ya que a los múltiples efectos nocivos del tabaquismo pasivo en los recién nacidos y lactantes se unen a la falta de efectos protectores proporcionados a través de la lactancia materna.

En numerosas ocasiones se ha observado que el embarazo y la lactancia son las ocasiones ideales para que los profesionales sanitarios recomendemos el abandono del hábito, insistiendo en los efectos perjudiciales del tabaco sobre la gestación y sobre la salud del futuro bebé, de ahí la idea de utilizar el “Embarazo Como Oportunidad”.

Es muy importante que las madres, por sí mismas, se hagan conscientes de los enormes beneficios que derivan del abandono del tabaco. Muchas veces, los profesionales sanitarios somos los que nos encontramos ante esta situación y, por lo tanto, nos convertimos en los responsables de informar de todo ello a las madres que desean dar lactancia. Con bastante frecuencia se nos presenta la situación de madres que desean dar el pecho a sus hijos pero no consiguen dejar el tabaco. Ahí comienza nuestra misión con el fin de que ellas mismas se den cuenta de que los efectos beneficiosos de lactancia para su hijo superan con creces los efectos nocivos del paso de ciertas sustancias a partir de la leche.

Existen numerosos estudios al respecto y en alguno de ellos se ha demostrado que lo realmente perjudicial para los lactantes es permanecer en ambientes ricos en humo de tabaco. Algunos autores incluso van más allá y concluyen que fumar y lactar es menos dañino que el biberón más el hábito tabáquico, pues fumando y lactando, la incidencia de enfermedades respiratorias agudas es menor que las madres fumadoras que optan por alimentar a sus hijos con leche artificial. Las madres fumadoras que opten por lactancia materna han de saber que lo ideal es que fumen justo después de darle el pecho a su hijo, y que procuren que entre el último cigarrillo y la tetada pasen al menos un par de horas para que así la cantidad de nicotina que pase al niño sea la menor posible.⁽³⁸⁾ Son datos que pueden servirnos de utilidad a la hora de llevar a cabo la intervención propuesta.

A pesar de que en nuestro estudio no se haya encontrado una asociación significativa, sí que se ha encontrado en otros trabajos una relación entre el nivel de estudios de la madre y el tabaquismo, observando que las mujeres universitarias fuman menos que las mujeres con estudios primarios. Asimismo, se han observado también diferencias

entre la prevalencia de tabaquismo en las mujeres embarazadas españolas e inmigrantes, aunque en nuestro trabajo actual tampoco se ha podido demostrar.

Se trata de diferencias condicionadas por factores socioculturales que derivan en la necesidad de llevar a cabo las intervenciones propuestas, pero haciendo un mayor hincapié en familias de nivel sociocultural bajo y grupos más vulnerables, con el objetivo de disminuir la prevalencia actual de tabaquismo y la exposición ambiental al humo de tabaco, insistiendo en la repercusión negativa del hábito en la salud de recién nacidos, lactantes y niños.

Tras contrastar las distintas variables analizadas, podríamos concluir que el consejo antitabáquico adecuado es fundamental y que la entrevista motivacional puede servirnos como herramienta de gran ayuda. La estrategia promovida que se ha propuesto, aportando información acerca de los efectos negativos del tabaquismo sobre su salud y la de su bebé, utilizando como factor motivacional el embarazo y la salud de su futuro hijo e incluyendo a su pareja como principal motor de apoyo psicológico, puede resultar una herramienta realmente efectiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez-Muro A, Samper MP, Marqueta A, Rodríguez G, Nerín I. Prevalence of smoking and second-hand smoke exposure: differences between Spanish and immigrant pregnant women. *Gac Sanit.* 2012; 26 (2): 138-144
2. Murin S, Rokhsara R, Bilello K. Smoking and smoking cessation in pregnancy. *Clin Chest Med.* 2011; 32: 75-91
3. Department of Health and Human Services. Woman and smoking: a report of the surgeon general. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2001
4. McBride CM, Emmons KM, Lipkus IM. Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Educ Res.* 2003; 18: 156-70
5. Bolumar F, Rebagliato M, Hernández-Aguado I, Florey CD. Smoking and drinking habits before and during pregnancy in Spanish women. *J Epidemiol Comm Health.* 1994; 48: 36-40
6. Stanton HJ, Martin J, Henningfield JE. The impact of smoking on the family. *Current Paediat.* 2005; 15: 590-8
7. Pogodina C, Bunner Huber LR, Racine EF, Platonova E. Smoke-free homes for smoke-free babies: the role of residential environmental tobacco smoke on low birth weight. *J Community Health.* 2009; 34: 376-82
8. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the surgeon general. Washington, DC: Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Centre for Health promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006
9. Alonso de la Iglesia B, Ortiz Marrón H, Saltó Cerezuela E, Toledo Pallarés J. Epidemiología del tabaquismo: efectos sobre la salud, prevalencia de consumo y actitudes. *Estrategias de prevención y control. Prev Tab.* 2006; 8 (1): 2-10
10. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. (ENSE 2011/12) Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística, 2012. Publicada en marzo de 2013. Disponible en : <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

11. Torrent M, Sunyer J, Cullinan P, Basagaña X, Harris J, García O, et al. Cese del consumo de tabaco durante el embarazo y factores asociados. *Gac Sanit.* 2004; 18: 184-9
12. Nitcher M, Greaves L, Bloch M, Paglia M, Scarinci I, Tolosa JE, et al. Tobacco use and secondhand smoke exposure during pregnancy in low- and middle-income countries: the need for social and cultural research. *Acta Obstet. Gynecol.* 2010; 89: 465-477
13. Giglia RC, Binns CW, Alfonso HS, Zhan Y. Wich mothers smoke before, during and after pregnancy? *Public Health.* 2007; 121: 942-9
14. Villalbí JR. Dejar de fumar durante el embarazo. *Med Clin.* 2005; 124: 104-5
15. Mullen PD. How can more smoking suspensión during pregnancy become lifelong abstinenece? Lessons learned about predictors, interventions, and gaps in our accumulated knowledge. *Nicotine Tob Res.* 2004; 6: 217-238
16. López EN, Simmons VN, Quinn GP, Meade CD, Chirikos TN, Brandon TH. Clinical trials and tribulations: lessons learned from recruiting pregnant ex-smokers for relapse prevention. *Nicotine Tob Res.* 2008; 10: 87-96
17. Bello S, Flores A, Bello M, Chamorro H. Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. *Rev Chil Enf Respir.* 2009; 25: 218-230.
18. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions from promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3. 2009. Doi: 10.1002/1451858.CD001055.pub3. Artc. no.: CD001055
19. Solomon LJ, Higgins ST, Heil SH, Badger GJ, Thomas CS, Bernstein IM. Predictors of postpartum relapse to smoking. *Drug Alcohol Depen.* 2007; 90: 224-227
20. DiClemente CC, Mullen PD, Windsor RA. The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions. *Tob Control.* 2000; 9 (III): 16-21
21. Ershoff DH, Solomon LJ, Dolan-Mullen P. Predictors of intentions to stop smoking early in prenatal care. *Tob Control.* 2000; 9 (III): 41-45
22. Levitt C, Shaw E, Wong S, Kaczorowski J. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of interventions for smoking relapse prevention, cessation, and reduction in postpartum women. *Birth.* 2007; 34 (4): 341-347
23. Nerín I, Jiménez-Muro A, Samper MP, Marqueta A, Gargallo P, Beamonte A, et al. Can we modify the enrollment in a postpartum smoking cessation intervention in Spain? *Midwifery.* 2014; 30: 427-431

24. Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas. Grupo Planeta. Madrid. 2009
25. Cortés-Yepes H. Prevalencia de tabaquismo en una población de embarazadas en el Hospital universitario San Vicente de Paul en Medellín (Colombia). Rev Colomb Obstet Ginecol. 2011; 62 (2): 127-130
26. Gulayin M. Nicotina en leche materna y sus consecuencias en los lactantes. Epidemiol Salud. 2013; 1(3): 12-15
27. Muñoz E. Prevalencia, actitud, conocimiento del tabaco y de terapias de deshabituación es estudiantes de Farmacia de España. Estudio Precotabac [tesis doctoral]. Universidad de granada, 2013
28. Lugones M, Ramirez M, Pichs L.A, Miyar E. Las consecuencias del tabaquismo. Rev Cubana Higiene Epidemiol. 2006; 44 (3): [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223220189007>
29. Iglesias S. Tabaquismo: Repercusión del hábito en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. NURE Inv. 2008; 5 (34): [aprox. 8 pantallas]. Disponible en:
<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/viewFile/376/367>
30. Herrera J, Jaramillo B, Gallo M. Efecto del tabaco sobre la frecuencia cardiaca fetal en la monitorización fetal. Rev Colomb Salud Libre. 2010; 5: 135-149.
31. Ley 42/2010, de 30 de diciembre. Ley Antitabaco. BOE nº 318. Sec. I. Pág. 109188. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. 31 de diciembre de 2010. Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/2010/12/31/pdfs/BOE-A-2010-20138.pdf>
32. Coleman T, Cooper S, Thornton JG, Grainge MJ, Watts K, Britton J, et al. A randomized trial of Nicotine- Replacement Therapy Patches in pregnancy. N Engl J Med. 2012; 366 (9): 808-818.
33. Ussher M, Aveyard P, Coleman T, Straus L, West R, Marcus B, et al. Physical activity as an aid to smoking cessation during pregnancy: two feasibility studies. BMC Public Health. 2008; 8: 328. [aprox. 9 pantallas]. Disponible en:
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/328>
34. Jansá JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gac Sanit. 2004; 18: 207-13
35. Villanueva A, Girbés J.A. Estudio comparativo del hábito tabáquico en mujeres gestantes a término en un hospital de la Comunidad Valenciana. Enferm Integral. 2005; 71: 21-23.

36. Jiménez-Muro A, Nerín I, Samper MP, Marqueta Q, Beamonte A, Gargallo P, Oros D, Rodríguez G. A proactive smoking cessation intervention in postpartum women. *Midwifery*. 2013; 29: 240-245
37. Lazcano-Ponce EC, Hernández-Avila M. La epidemia de tabaquismo: Epidemiología, factores de riesgo y medidas de prevención. *Salud Publica Mexico*. 2002; 44: s1-s2
38. Lactancia Materna: guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Madrid. Edición 2004.

Cuestionario PRIMERA VISITA

Instrucciones para cumplimentar el cuestionario: rodee con un círculo la opción correcta.

Centro de salud: _____ Fecha: _____

A. DATOS PERSONALES DE LA MADRE:

Nombre: _____ Apellidos: _____

Dirección: _____

Teléfonos: _____ / _____

1. **Edad:** _____

2. **Inmigrante:** Sí / No

3. **País de origen:** _____

4. **Etnia:** caucásica / subsahariana / magrebí / asiática / gitana / latinoamericanos

5. **Actividad laboral:** En paro / Activo / Ama de casa / De baja maternal

6. **Estudios:** No / básicos / medios / superiores

7. **Gestante:** Primípara / múltipara N° de hijo: _____

8. **Embarazo:** espontáneo / asistido

9. **Semana de gestación:** _____

10. **¿Tiene intención de dar lactancia materna?** Sí / No / No lo sé

B. PREGUNTAS SOBRE TABACO:

11. **¿Cuál es tu situación respecto al tabaco?**

- Fumo habitualmente; casi lo mismo que antes de saber que estaba embarazada
- Fumo habitualmente aunque he reducido desde que me enteré que estaba embarazada
- He dejado de fumar desde que sé que estoy embarazada aunque fumo de vez en cuando
- No fumo nada desde que me enteré que estaba embarazada
- Soy exfumadora: Tiempo que lleva sin fumar: _____ (pasar a la pregunta 26)
- No he fumado nunca (pasar a pregunta 26)

12. **Si has estado embarazada anteriormente ¿Fumaste en embarazos previos?** Sí, en todos / Sí, en alguno / No fumé en ninguno.

13. **Edad de inicio del consumo de tabaco:** _____ años.

14. **ANTES de estar embarazada, ¿Cuántos cigarrillos fumabas al día?** N° cigarrillos/día: _____

15. **ANTES de estar embarazada, ¿Cuánto tiempo pasaba desde que te levantabas hasta que te fumabas el 1º cigarrillo?** 3. Menos de 5 min / 2. Entre 6 y 30 min / 1. Entre 31 y 60 min / 0. Más de 60 min

16. **¿Has recibido en algún momento consejo para dejar de fumar?** Sí / No

17. **¿Qué consejo sanitario has recibido?** Dejarlo por completo / Disminuir cigarrillos

• FUMADORAS ACTUALES

18. **AHORA ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?** N° cigarrillos/día: _____

19. **AHORA ¿Cuánto tiempo pasa desde que te levantas hasta que te fumas el 1º cigarrillo?**

3. Menos de 5 min / 2. Entre 6 y 30 min / 1. Entre 31 y 60 min / 0. Más de 60 min

20. **¿Cómo crees de probable hacer un intento para dejar de fumar?** Siendo 0= nada probable y 10= muy probable, Puntuación: _____
21. **¿Cómo crees de probable ser no fumadora en los próximos meses?** Siendo 0= nada probable y 10= muy probable, Puntuación: _____

• **SI HA DEJADO DE FUMAR (EXFUMADORAS RECIENTES):**

22. **¿Qué motivos te llevaron a hacerlo?:** Me sentaba mal / Por consejo sanitario / Por la salud de mi hijo / Presión del entorno / Otros
23. **¿Piensas volver a fumar después del embarazo?** Sí / No / No lo sé
24. **¿Cómo crees de probable ser no fumadora en los próximos meses?** Siendo 0= nada probable y 10= muy probable, Puntuación: _____
25. **En caso de hacer lactancia materna ¿Has pensado volver a fumar cuando termine?** Sí / No / No lo sé

C. TABAQUISMO PASIVO:

26. **¿En qué grado crees que te afecta el humo de tabaco de otras personas?**
Mucho / bastante / poco/ nada
27. **¿En qué grado crees que le afecta al FETO el humo de tabaco de otras personas?**
Mucho / bastante / poco / nada
28. **¿Convives con fumadores?** Sí / No
29. **¿Con cuántos fumadores vives en casa?** 0 / 1 / 2 / + de 2 personas
30. **¿Dónde se fuma en tu casa?** Dentro / Ventana / Galería, terraza / No se fuma
31. **¿Cuántas horas al día crees que estás expuesta al humo de tabaco en tu casa?** _____
32. **Si trabajas ¿Estás expuesta al humo de tabaco de otras personas en tu lugar de trabajo?** Sí / No

D. INFORMACIÓN DEL PADRE:

33. **Edad:** _____
34. **Inmigrante:** Sí / No
35. **País de origen:** _____
36. **Etnia:** caucásico / subsahariano / magrebí / asiático / gitano / Latinoamérica
37. **Actividad laboral:** En paro / Activo
38. **Estudios:** No / básicos / medios / superiores
39. **Patrón de consumo de tabaco:** A diario / ocasionalmente / ex fumador / nunca ha fumado
40. **Nº de cigarrillos/ día:** _____
41. **¿Qué actitud adoptó la pareja al enterarse que usted estaba embarazada?**
Dejó de fumar / Fumaba menos / Fumaba igual / Fumaba más / Fumaba, pero no delante
42. **Si tú dejaras de fumar, ¿te sentirías apoyada a lo largo del proceso por tu pareja?** Sí / No / No lo sé
43. **Orina:** Sí / No

INFORMACIÓN PARA LA PACIENTE (Grupo Intervención)

Apreciada Sra.:

El Instituto de Ciencias de la Salud del Gobierno de Aragón va a realizar el estudio financiado por el Instituto de Salud Carlos III titulado:

PROGRAMA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN MUJERES EMBARAZADAS: PROYECTO ECO (el Embarazo Como Oportunidad)

Antes de confirmar su participación en el estudio es importante que entienda en qué consiste.

Por favor, lea detenidamente este documento y haga todas las preguntas que le puedan surgir.

Objetivos del estudio:

- Disminuir la prevalencia de tabaquismo en un grupo de mujeres embarazadas.
- Mantener la abstinencia tabáquica a largo plazo (tras el parto), evaluada mediante biomarcadores, en el grupo de mujeres embarazadas que dejan de fumar durante la gestación.
- Evaluar la efectividad de una intervención sobre tabaquismo en mujeres embarazadas realizada en el ámbito materno infantil en atención primaria.
- Valorar la existencia de cambios en la prevalencia y actitudes sobre el consumo de tabaco, mediante cuestionario y biomarcadores, en matronas y personal de enfermería que realizan una intervención sobre tabaquismo (previa y posteriormente).

Número de madres y recién nacidos para el estudio:

La población objetivo son las mujeres embarazadas fumadoras (incluye las que dejaron de fumar al quedarse embarazadas, a partir de ahora denominadas como fumadoras) con una edad gestacional menor de 10 semanas, atendidas durante el periodo enero 2013 a diciembre de 2014, e incluidas en la cartera de servicios de la enfermera especialista en cuidados obstétricos en el ámbito de atención primaria del sector III.

El número aproximado de mujeres será de 258 fumadoras por grupo (intervención y control) asistidas en los centros de salud urbano y rural en atención primaria del Sector III de Zaragoza.

Datos a recoger en el estudio:

Madre:

- Realización de una encuesta: datos demográficos, Historia ginecológica materna, Características del parto, Patrón de consumo de tabaco antes, durante el embarazo y post-parto
- Recogida de orina para cuantificar cotinina en la primera y última visita
- Cooximetría: determinación de CO₂ espirado en cada una de las visitas

Visitas: Semana 10, 25, final embarazo, postparto inmediato, 6 meses postparto

Niño (6 primeros meses de vida: 2-4-6 m):

- Antropometría
- Morbilidad

Grupo Intervención

El contenido de la intervención consiste en mantener o incrementar la motivación para el cambio y ofrecer ayuda activa según las necesidades de cada mujer, eliminar posibles obstáculos para la cesación, disminuir la deseabilidad de consumo y ofrecer alternativas adecuadas para el momento que están viviendo; se incluirá información acerca de los riesgos que conlleva para la salud de la madre y la del recién nacido el inhalar aire

contaminado por humo de tabaco o tabaquismo involuntario, así como estrategias de prevención de recaídas, además de reforzar la importancia de la lactancia materna. Se elaborará un folleto con la información acerca de los riesgos del consumo de tabaco, activo y pasivo, para las mujeres, que se entregará en la primera visita y con el que se trabajará en las sucesivas.

Beneficios y riesgos

El desarrollo del presente proyecto conlleva una serie de beneficios sobre el tabaquismo activo y pasivo de las mujeres y los riesgos para ellas y sus hijos, así como la disminución de la prevalencia de tabaquismo en las mujeres incrementando las intervenciones específicas de género.

NO EXISTE NINGÚN RIESGO PARA USTED NI SU BEBÉ

Participación voluntaria

La participación de usted y su bebé en el estudio es enteramente voluntaria. Usted decide si quiere participar o no. Incluso si deciden participar, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. En ningún caso esto afectará su atención médica posterior.

Confidencialidad:

El estudio se llevará a cabo siguiendo las normas deontológicas reconocidas por la Declaración de Helsinki (52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000), las Normas de Buena Práctica Clínica y cumpliendo la legislación vigente y la normativa legal vigente española que regula la investigación clínica en humanos (Real Decreto 223/2004 sobre ensayos clínicos y Ley 14/2007 de Investigación Biomédica).

Los datos serán protegidos de usos no permitidos por personas ajenas a la investigación y se respetará la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal y la ley 41/2002, de 14 de noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Por tanto, la información generada en este ensayo será considerada estrictamente confidencial, entre las partes participantes, permitiéndose, sin embargo, su inspección por las Autoridades Sanitarias.

Revisión Ética

Un Comité Ético Independiente ha revisado los objetivos y características del estudio y ha dado su aprobación favorable

Preguntas/Información

Si usted tienen alguna duda respecto al estudio pueden contactar con:

**Unidad de Tabaquismo FMZ
Facultad de Medicina
Universidad de Zaragoza.
C/ Domingo Miral. Edif A, 1ª planta
50.009. Zaragoza**

Telf.: 976 – 76 25 15

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PACIENTE

Proyecto: “**PROGRAMA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN MUJERES EMBARAZADAS: PROYECTO ECO (el Embarazo Como Oportunidad)**”

Yo, _____ (Nombre y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Doy mi conformidad para participar en este proyecto de investigación, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

“He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado”:

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

“He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado”:

Investigador:

Fecha: _____

Unidad de Tabaquismo FMZ
Facultad de Medicina
Telf.: 976 - 76 25 15

FICHA CONTROL EXFUMADORAS

Nombre: _____ Teléfonos: _____

Centro de salud: _____

ORINA 1ª Visita (Fecha de recogida): _____ ORINA (6 meses tras el parto): _____

Visitas	Fecha	E.G*	Fuma Sí/No	Nº Cig./día	CO	¿Piensas volver a fumar después del embarazo? Sí / No / No sé	¿Cómo crees de probable ser no fumadora en los próximos meses? 0= nada 10= muy probable	Intención lactancia materna Sí / No	¿Tienes intención de fumar después de la lactancia? Sí / No / No sé
1ª Individual									
2ª Individual									
8º Día tras el parto									
Visitas Enfermeras de Pediatría									
1er Mes de vida					X				
2º Mes					X				
4º Mes					X				
6ª Mes					X				

*E.G: Edad gestacional

X: En las visitas de enfermería NO hacer cooximetría y RECOGER muestra de orina al 6º mes

Observaciones: _____

FICHA CONTROL FUMADORAS

Nombre: _____ Teléfonos: _____

Centro de salud: _____

ORINA 1ª Visita (Fecha de recogida): _____ ORINA (6 meses tras el parto): _____

Visitas	Fecha	E.G*	Fuma Sí/No	Nº Cig/día	CO	¿Cómo crees de probable hacer un intento para dejar de fumar? 0= nada;10= muy probable	¿Cómo crees de probable ser no fumadora en los próximos meses? 0= nada 10= muy probable	Intención lactancia materna Sí / No	¿Tienes intención de fumar después de la lactancia? Sí / No / No sé
1ª Individual									
2ª Individual									
3ª Individual									
8º Día tras el parto									
Visitas Enfermeras de Pediatría									
1er Mes de vida					X				
2º Mes					X				
4º Mes					X				
6ª Mes					X				

*E.G: Edad gestacional

X: En las visitas de enfermería NO hacer cooximetría y RECOGER muestra de orina al 6º mes

Observaciones: _____
