

I N F E R M E R I A



escoles universitàries
g i m b e r n a t

ADSCRITA A LA **UAB**



CEI
CAMPUS D'EXCEL·LÈNCIA
INTERNACIONAL

Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat

Trabajo final de Grado

Curso académico 2013-2014

Programa de salud: Maternidad sin humo.

Mantener la abstinencia tabáquica en mujeres del Baix Llobregat que han dejado de fumar durante la gestación.

Lidia Hurtado Ortega y Sara Pérez Navarro

Gemma March Vila

Sant Cugat del Vallés, Mayo 2014

ÍNDICE

0. RESUMEN/ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1 Justificación	7
1.2 Marco teórico	10
1.2.1 Definiciones	10
1.2.2 Exposición pasiva al humo del tabaco ambiental.....	15
1.2.3 Consecuencias del HAT en las salud infantil	16
1.2.4 Intervenciones para prevenir las recaídas en puérperas ex-fumadoras	17
1.2.5 Factores que favorecen la recaída en el tabaquismo durante el postparto.....	20
1.2.6 Epidemiología del tabaquismo en el embarazo y postparto	23
2. METODOLOGÍA	26
2.1 Fase preliminar del Programa de Salud	26
2.1.1 Análisis de la situación de salud: Perfil epidemiológico.....	26
2.1.2 Análisis de la situación de salud: Perfil comunitario	30
2.1.3 Diagnóstico comportamental.....	34
2.1.4 Identificación de factores que se asocian al comportamiento	36
2.1.5 Diagnóstico educativo	41
2.2 Fase de desarrollo	42
2.2.1 Objetivos del Programa de Salud	42
2.2.2 Intervenciones educativas que se proponen	45
2.2.2.1 Actividad preliminar. Intervención breve: primer contacto con la puérpera	47
2.2.2.2 Actividad 1. Educación Sanitaria: beneficios de mantener la abstinencia en la salud familiar	49
2.2.2.3 Actividad 2. Intervención de apoyo social: participación de la pareja	51

2.2.2.4 Actividad 3. Sensibilizar y motivar: conseguir la autoeficacia	53
2.2.2.5 Actividad 4. Educación Sanitaria: identificar factores de recaída	56
2.2.2.6 Actividad 5. Asesoramiento práctico: identificar situaciones de riesgo y desarrollar respuestas de afrontamiento	58
2.2.2.7 Actividad 6. Talleres: aprender afrontar los factores de recaída	61
2.2.2.8 Actividad 7. Intervención de simulación: aplicar estrategias de afrontamiento.....	64
2.2.2.9 Actividad 8. Mantenimiento de la abstinencia: establecer el cambio	66
2.3 Previsión de recursos	69
2.3.1 Recursos materiales.....	69
2.3.2 Recursos humanos	71
2.3.3 Recursos del tiempo	72
2.4 Temporalización de las intervenciones: Cronograma	74
2.5 Evaluación del Programa de Salud	75
2.5.1 Evaluación del proceso.....	75
2.5.2 Evaluación del impacto	77
2.5.3 Evaluación del resultados.....	78
3. DISEÑO FINAL DEL PROGRAMA DE SALUD.....	81
4. DISCUSIÓN	83
4.1 Limitaciones y propuestas de futuro	88
5. CONCLUSIÓN.....	91
6. BIBLIOGRAFÍA.....	92

7. ANEXOS	103
Anexo 1: Diagnóstico comportamental	104
Anexo 2: Entrevista a mujeres que han mantenido la abstinencia en el postparto.....	107
Anexo 3: Entrevista a mujeres que han recaído durante el postparto	112
Anexo 4: Entrevista a profesionales referentes de programas de salud.....	117
Anexo 5: Entrevista a profesionales implicados en programas de salud.....	119
Anexo 6: Estrategia de las 5A's	121
Anexo 7: Estrategia de las 5R's.....	122
Anexo 8: Registro sistemático de actividades	123
Anexo 9: Registro del proceso	124
Anexo 10: Cuestionario de participación	125
Anexo 11: Registro de participación	128
Anexo 12: Encuestas de satisfacción para participantes	129
Anexo 13: Encuesta de satisfacción para profesionales	130
Anexo 14: Cuestionario de conocimientos, habilidades y actitudes	131
Anexo 15: Escala de motivación	133
Anexo 16: Escala de intención de consumo	133

Programa de salud: Maternidad sin humo. Mantener la abstinencia tabáquica en mujeres del Baix Llobregat que han dejado de fumar durante la gestación.

Hurtado L, Pérez S.

Resumen

En la actualidad, un alto porcentaje de mujeres recaen en el tabaquismo después del nacimiento del bebé y como consecuencia muchos niños se ven expuestos al humo del tabaco ambiental (HAT)⁽³¹⁾. Por ello, se ha diseñado Maternidad sin Humo, un proyecto multicéntrico que pretende disminuir la prevalencia de puérperas fumadoras.

El programa se implementará en todo el territorio del Baix Llobregat e irá dirigido a las mujeres que han dejado de fumar durante el embarazo. Se iniciará inmediatamente después del nacimiento del bebé, en la unidad de maternidad del Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) y se extenderá durante un año, en el marco de Atención Primaria (AP).

Con el fin de diseñar intervenciones específicas para este subgrupo de población, se ha utilizado el método PRECEDE que permite conocer los factores asociados a los comportamientos que se pretenden modificar: las recaídas en el tabaquismo durante el postparto y la dificultad para afrontar aspectos específicos del puerperio que promueven el retorno al consumo.

Las intervenciones se basan en métodos mixtos que combinan estrategias conductuales y de incentivos. Éstas estarán dirigidas por enfermeras del ámbito materno-infantil. Se ha utilizado este tipo de diseño debido a que ha demostrado los mejores resultados en el tratamiento de las recaídas⁽²⁶⁾.

En conclusión, el programa pretende conseguir un cambio de comportamiento eficaz y duradero. De este modo, se obtendrá el alcance y el efecto sostenido que se busca, mejorar la salud de la población femenina e infantil.

Palabras clave: programa de salud, gestación, recaídas postparto, tabaquismo, tabaquismo pasivo, abstinencia tabáquica, humo de tabaco ambiental (HAT), salud materno-infantil.

Health program: Maternity without smoke. Maintain abstinence smoking in women's in the Baix Llobregat who stopped smoking during the gestation.

Hurtado L, Pérez S.

Abstract

In the actuality, a high percentage of women relapses in the smoking after the birth of the baby and as a consequence a lot of children have been exposed to the environmental tobacco smoke (ETS)⁽³¹⁾. Therefore, we have designed Maternity without smoke, a multicentre project who intends to decrease the prevalence of the postpartum smokers.

The program will be implemented in all of the Baix Llobregat territory and will be directed at the women's who have stopped smoking during pregnancy. It will start immediately after the birth of the baby, in the maternal unit of the Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) and will extend during a year, in the context of primary care.

In order to design specific interventions for this subgroup of population, we used the PRECEDE method that allows knowing the associated factors to the behaviors that we want to modify: relapses on the tobacco during the postpartum and the difficulty to face the specific aspects of postpartum that promoting the consumer return⁽²⁶⁾.

Interventions are based on mixed methods that combine behavioral and incentives strategies. These will be addressed by nurses in the maternal and child area. We have used this type of design because it has been demonstrated the best results in the treatment of the relapsing.

In conclusion, the program aims to achieve effective and durable behavior change. In this way, we obtain the scope and the sustainable effect that we search, improve the health of the female and child population.

Keywords: health program, gestation, postpartum relapse, smoking, passive smoking, smoking abstinence, environmental tobacco smoke (ETS), maternal and child health (MCH).

1. INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN

En los países desarrollados, el tabaquismo es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en la población. Por ello, esta adicción se ha convertido en el principal problema de salud pública susceptible de prevención⁽¹⁾.

En los últimos años, en Cataluña al igual que en el resto de España, se ha producido una reducción, a nivel global, de la prevalencia de tabaquismo. Sin embargo, se observa un incremento del consumo de tabaco entre las mujeres jóvenes que precisamente son las que presentan mayores tasas de fertilidad⁽²⁾. Existen evidencias, de que tanto el mantenimiento del tabaquismo durante el embarazo como la exposición posterior al humo del tabaco ambiental (HAT), suponen un riesgo para la salud del feto y del neonato respectivamente, sin olvidar los efectos perjudiciales que supone la adicción para la salud de la madre⁽³⁻⁵⁾.

Las estadísticas del 2012 de la agencia de salud pública de Cataluña, muestran que el 48,1% de las mujeres fumadoras dejan el tabaco durante la gestación⁽⁶⁾. Este dato evidencia que la salud del feto es un fuerte motivador para el abandono de la adicción, sin embargo, el 77,2% de estas mujeres recaen a los doce meses postparto⁽⁷⁾. Las altas tasas de recaída sugieren que las madres son menos conscientes de los efectos negativos del HAT en sus bebés. No se debe olvidar que la frecuencia respiratoria de un niño es más alta que la de un adulto y su sistema inmune no está suficientemente desarrollado, por lo que lo hace más vulnerable al humo del tabaco⁽⁸⁾. Esta exposición se relaciona con diversas enfermedades pediátricas como por ejemplo, el síndrome de muerte súbita en el lactante (SMSL) y diversas patologías respiratorias. Además, la madre fumadora tiene una producción de leche inferior, es menos propensa a dar de mamar e inicia antes la lactancia artificial, privando al recién nacido de los beneficios que le aporta⁽⁴⁾.

De este modo, las consecuencias derivadas de la exposición al HAT por parte de los niños, aumentan considerablemente el uso de los servicios de salud y como

consecuencia los costes sanitarios, además de los familiares⁽⁹⁾. Por lo tanto, la aplicación de medidas legales que disminuyan el número de fumadores pasivos y como consecuencia las enfermedades que se atribuyen al HAT, además de mejorar la salud de los adultos y de los niños en particular, ayudan a hacer más sostenible el sistema sanitario.

Una de las medidas sanitarias que se ha aplicado a nivel del territorio español, para hacer frente al HAT, ha sido la aplicación de la Ley 42/2010 la cual prohíbe fumar en lugares públicos cerrados y colectivos⁽¹⁰⁾. El hecho de haber aumentado la sensibilización de la población hacia el tabaquismo pasivo, gracias a las restricciones marcadas por la ley antitabaco, ha puesto de manifiesto la importancia de evitar la exposición al HAT en el ámbito privado, como es el caso del domicilio. Las encuestas de salud de Cataluña (ESCA) indican que el 18,2% de los menores conviven con alguna persona que fuma dentro del hogar y el 7,3% con dos o más personas fumadoras⁽¹¹⁾. Además, hasta un 75% de madres fumadoras exponen a su recién nacido al humo, dato especialmente preocupante teniendo en cuenta que éstas son las que mayor tiempo pasan con el bebé⁽¹²⁾. Por lo tanto, muchos niños siguen estando expuestos al humo del tabaco ambiental, especialmente en los primeros años de vida ya que suelen pasar mayor tiempo en el domicilio junto a la madre⁽⁴⁾.

La situación es preocupante ya que el tabaquismo pasivo, en los países desarrollados, es la primera causa de muerte evitable en la infancia. Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la necesidad de reducir el hábito tabáquico de los padres ya que los infantes tienen poco o ningún control sobre su medio ambiente y dependen directamente de la voluntad de los adultos que les rodean⁽¹³⁾.

En Cataluña, se han realizado diferentes intervenciones para reforzar el cese tabáquico de los padres durante el embarazo y la primera infancia. Por un lado, en los centros dirigidos a la atención de la salud sexual y reproductiva (ASSIR) se está llevando a cabo el programa “Embaràs sense fum”, con el objetivo de realizar intervenciones efectivas de prevención y deshabitación del tabaquismo durante la gestación para que la mujer deje de fumar definitivamente⁽¹⁴⁾. Por otro lado, en

consultas de pediatría se ha implantado el programa “Infancia sense fum” con el fin de producir cambios de conducta en los progenitores y de esta manera mejorar la salud de los hijos, evitando que se conviertan en fumadores pasivos⁽¹⁵⁾.

Es importante destacar que los mensajes de educación sanitaria por parte de los profesionales, en relación al humo del tabaco ambiental, deben ser constantes durante todas las etapas de la gestación. Los programas de salud comentados anteriormente, aprovechan momentos de especial sensibilidad como el embarazo y las revisiones pediátricas ya que los consejos son mucho más eficaces. Otro de estos momentos, donde las madres se encuentran más receptivas, es en el puerperio hospitalario, ocasión clave para reforzar el mantenimiento de la abstinencia en las mujeres que han abandonado la adicción durante la gestación^(16, 17). Sin embargo, no se realiza ningún programa para evitar las recaídas en el hábito tabáquico que se inicie en unidades de maternidad y continúe en el postparto a medio y largo plazo. Las enfermeras neonatales no tienen incorporada de forma homogénea, dentro de la educación sanitaria habitual del recién nacido, consejos de salud referentes al tabaquismo pasivo. De esta manera, se pierde una gran oportunidad para reforzar el mantenimiento de la abstinencia.

El hecho de que el periodo después del parto sea un momento de especial sensibilidad para las madres es debido a que se dan aspectos y situaciones únicas que aumentan su motivación. Por un lado, adoptan un nuevo rol como cuidadoras y tienen la necesidad de proteger la salud del neonato, evitando todos aquellos factores perjudiciales como puede ser el humo del tabaco. Por otro lado, las mujeres que han dejado de fumar durante el embarazo han superado los síntomas de abstinencia aguda, han roto muchas asociaciones habituales del tabaco y han desarrollado sus propias estrategias para hacer frente los deseos de fumar⁽¹⁸⁾. Finalmente, existen evidencias de que las madres, con el objetivo de reducir la exposición de sus recién nacidos al humo del tabaco ambiental, aceptan y se interesan en formar parte de intervenciones y recibir educación sanitaria por parte de los profesionales de la salud durante su estancia hospitalaria^(2, 16, 17).

Por lo tanto, el postparto es un buen momento para reforzar estas actitudes e intensificar algunos consejos de salud con el fin de disminuir las recaídas a largo

plazo, que como se ha comentado anteriormente son muy habituales. En cambio, a nivel de Cataluña no se han encontrado antecedentes de un programa de salud que se inicie en unidades de maternidad y se prolongue en el postparto a medio y largo plazo. Por ello, se muestra que existe una brecha en la continuidad de la intervención referente al tabaquismo pasivo en los niños. Como se ha comentado anteriormente, a nivel de Atención Primaria (AP) existen dos programas, uno dirigido a todo el proceso del embarazo y otro enfocado a la primera infancia. No obstante, a nivel hospitalario no se realiza ninguna intervención relacionada con el tabaquismo de la madre y la exposición del neonato al HAT, de modo que no hay una conexión entre todos los niveles asistenciales.

Para llenar este vacío en el tratamiento del tabaquismo materno y continuar con la sensibilización hacia el HAT que se ha ofrecido durante el embarazo, es oportuno aplicar un programa de salud que se inicie en unidades de maternidad y continúe en el postparto a medio y largo plazo, coincidiendo con las visitas de control postparto y las pediátricas ya programadas. El objetivo es añadirlo como un complemento más a otras actividades dirigidas a la protección de la salud tanto de la mujer como del niño. De este modo, se realizará un Programa de Salud dirigido a las madres que se encuentran en las unidades de maternidad que han abandonado el hábito tabáquico durante la gestación. Estará basado en otras intervenciones que han demostrado efectividad y se centrará en proporcionar diversas intervenciones por parte de profesionales formados, con el objetivo de ayudar a mantener la abstinencia a largo plazo y evitar de este modo, que el neonato se vea expuesto por parte de la madre al HAT.

1.2 MARCO TEÓRICO

1.2.1 Definiciones

Los términos relacionados con el consumo de tabaco se han definido ampliamente en diferentes estudios. Sin embargo, a menudo las terminologías utilizadas y el significado que se les aporta difieren entre distintos autores. Por ello, para evitar

esta confusión terminológica, de la que pueden derivarse en muchas ocasiones errores de gran trascendencia, se definirán algunos de los conceptos básicos relacionados con el tabaquismo que se van a introducir durante el programa⁽¹⁹⁾.

En primer lugar, es importante definir el término tabaquismo que, según la sociedad española de especialistas en tabaquismo (SEDET), se utiliza para designar diferentes realidades. En ocasiones, distintos estudios utilizan este concepto para hacer referencia a la conducta de fumar sin más. Otras veces para indicar la presencia de un trastorno adictivo e incluso algunos autores, emplean este término para nombrar al conjunto de complicaciones orgánicas derivadas del consumo de tabaco⁽¹⁹⁾. Una de las definiciones más completas y que incluyen estos tres aspectos es la que proporciona la OMS. Define el tabaquismo como la dependencia a la nicotina del tabaco, la cual produce, después de una ingesta constante, diversas enfermedades del cuerpo humano y concluye con que éste es, por tanto, la intoxicación crónica del organismo, como resultado del abuso del tabaco⁽²⁰⁾.

La razón por la cual este producto crea adicción es debido a la nicotina, alcaloide tóxico del tabaco. Ésta cumple con todos los criterios de las definiciones de adicción o de dependencia: consumo compulsivo pese al deseo y a los repetidos intentos de dejar de fumar, efectos psicoactivos debidos a la acción directa de la sustancia sobre el encéfalo y alteración del comportamiento⁽²¹⁾. Según la SEDET, el instrumento más útil para medir el grado de dependencia física a la nicotina es el Test de Fagerström el cual consiste en un test de seis preguntas con respuestas múltiples. Dependiendo de las respuestas se otorga una determinada puntuación que oscila entre 0 y 10 puntos. Si la persona obtiene entre 0 y 3 puntos se considera su grado de dependencia leve, si presenta entre 4 y 6 su grado es moderado y si alcanza una puntuación de 7 o superior se considera un grado de dependencia severo⁽²²⁾.

Por consiguiente, la OMS también define a la persona fumadora como aquella que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. En esta definición, se incluyen tanto a los individuos que consumen de forma habitual como aquellos que lo hacen de manera esporádica. El hecho de

que no se haga esta diferenciación, no supone una limitación para el programa ya que al estar centrado en las recaídas interesa más catalogar a las mujeres según los cigarrillos que consumen al día, por ser éste uno de los factores predisponentes a la recaída. A pesar de que no existe unanimidad acerca de esta clasificación, en el programa se considerarán fumadoras leves las que consumen menos de 10 cigarrillos/día, fumadoras moderadas 10-20 cigarrillos/día y fumadoras severas las que consumen más de 20 cigarrillos al día⁽²⁰⁾.

Por el contrario, se define ex-fumador aquel individuo que habiendo sido fumador previamente se mantiene sin fumar. No obstante, el tiempo necesario para considerar a una persona ex-fumadora no está bien establecido. Lo más habitual es admitir el plazo de un año de abstinencia, por lo que en este programa se considerará este periodo de tiempo para definir a las madres ex-fumadoras⁽¹⁹⁾.

Las anteriores definiciones se refieren a todos los fumadores activos. Sin embargo, este programa también se centra en aquellas personas no fumadoras, como son los niños, que se encuentran expuestos a la toxicidad del tabaco de forma pasiva. De este modo, también es importante definir distintos términos relacionados con este tema. En primer lugar, el tabaquismo pasivo se considera la exposición involuntaria al humo del tabaco ambiental procedente de los fumadores⁽²³⁾. Asimismo, el humo del tabaco ambiental, con sus siglas HAT, se define como aquel que es inhalado por los no fumadores y que está producido por la mezcla del humo exhalado y el que se produce por la quema del cigarrillo⁽²⁴⁾. Por lo tanto, un fumador pasivo es aquella persona no fumadora que respira de manera involuntaria aire contaminado por el humo del tabaco⁽²¹⁾.

La manera en la que se determinará la exposición tanto del humo activo como del pasivo por parte de las madres y de los neonatos será a partir de una verificación bioquímica. Ésta se define como la prueba para confirmar la presencia de una sustancia relacionada con el tabaquismo a partir de diferentes muestras biológicas. El biomarcador que se utilizará es la cotínina, principal metabolito de la nicotina, que se considera como el marcador más específico del humo del tabaco y su determinación presenta una elevada sensibilidad y especificidad⁽²¹⁾.

La verificación bioquímica se realizará de manera periódica durante el postparto. A la hora de definir el periodo de tiempo que comprende esta etapa, se observa que no hay consenso entre los profesionales de la salud. Para algunos autores, hablar de postparto se refiere sólo a los primeros días. Algunos lo restringen a los días en que la madre se encuentra hospitalizada. En cambio, otros extienden este concepto a las primeras cuatro o seis semanas, tiempo necesario para que se produzca la involución completa de los órganos genitales y el retorno a una condición anatómica similar a la etapa previa al embarazo⁽²⁵⁾. Sin embargo, estudios que tratan el tabaquismo materno amplían este periodo hasta los doce meses ya que es el tiempo que se necesita para realizar un seguimiento y determinar si la mujer ha dejado de fumar a largo plazo⁽²⁶⁾. Por lo tanto, en este programa se considerará esta última definición como la más idónea.

Asimismo, otros autores dividen este periodo en diferentes etapas, teniendo en cuenta las distintas necesidades que surgen en las recientes madres y el nivel de seguimiento que realizan. Como no existe concordancia entre los diferentes autores sobre las etapas del postparto, en el programa se utilizará la clasificación que más predomina entre los estudios, los cuales dividen este periodo en tres etapas. El postparto a corto plazo, el cual incluye los tres primeros meses después del nacimiento; el postparto a medio plazo, el que comprende de los tres hasta seis meses posteriores y el periodo a largo plazo el que alcanza los doce meses postparto⁽²⁷⁾.

Por consiguiente, definir abstinencia y recaída cobra especial importancia teniendo en cuenta la gran variedad de significados que se ha aportado a estos términos. Por un lado, en el siguiente programa se considerará abstinentes a aquellas mujeres que han dejado de fumar en cualquier etapa del embarazo y verbalizan mantener esta conducta durante el postparto, verificándolo a través de biomarcadores. Por otro lado, se contemplará como recaída el retorno a la conducta dependiente, es decir, la vuelta al consumo de tabaco de manera similar al inicial. De este modo, se diferencia del lapso, el cual se refiere al consumo puntual después de un periodo de abstinencia y que no supone un retorno al consumo anterior que existía antes de tomar la decisión de cambio. En este

contexto, un lapso se considera un evento temporal, mientras que una recaída indica una condición más permanente. El hecho de realizar esta diferenciación se debe a que las mujeres a menudo consideran el término recaída en un contexto negativo o como un fracaso. Sin embargo, el término lapso tiene un enfoque más positivo, es un indicativo de recaída para los profesionales y proporciona la oportunidad para poder analizar, junto con la mujer, los factores que pueden contribuir a recaer en la adicción.⁽²⁸⁾

Por último, es importante definir los diferentes tipos de intervenciones que se pueden emplear para ayudar a dejar de fumar y mantener la abstinencia a largo plazo. En primer lugar, las intervenciones farmacológicas son aquellas que utilizan tratamiento con fármacos para aliviar los síntomas del síndrome de abstinencia de la nicotina que aparecen en la persona fumadora cuando interrumpe su consumo de tabaco al dejar de fumar. Los tres fármacos principales son los substitutivos de la nicotina, el bupropión y la vareniclina. La indicación de un tratamiento u otro depende del grado de dependencia física que presenta el individuo que se determina a través del test de Fagerström. En segundo lugar, las intervenciones conductuales son aquellas que intentan identificar y modificar conductas asociadas, en este caso, al hábito tabáquico. Emplean una variedad de métodos para ayudar a los fumadores a romper con la adicción. Estas intervenciones enseñan a las personas a reconocer situaciones de alto riesgo, a desarrollar estrategias alternativas para no volver a fumar, a manejar el estrés, a mejorar su habilidad para resolver problemas, así como para incrementar el apoyo social. En tercer lugar, las intervenciones con incentivos son aquellas que ofrecen dinero en efectivo o vales canjeables por artículos como motivadores intermedios de cambios de comportamiento. Finalmente, las intervenciones mixtas son aquellas que combinan dos o más de las terapias a las que se han hecho referencia⁽²⁶⁾.

1.2.2 Exposición pasiva al humo del tabaco ambiental

El humo del tabaco ambiental (HAT) se compone de una mezcla de humo producido por la quema de los cigarrillos, conocido como corriente secundario o lateral y el humo directamente exhalado por los fumadores, nombrado corriente principal. Se ha demostrado que el humo del corriente secundario o lateral es el más inhalado por un fumador pasivo⁽²⁹⁾. Diversos estudios, han analizado su composición y han observado que contiene cinco veces más de monóxido de carbono y tres veces más de alquitrán y nicotina que el humo de la corriente principal. Además, la quema espontánea de los cigarrillos produce partículas más pequeñas que son capaces de penetrar en las zonas más profundas de los pulmones^(24, 29).

Actualmente, existen evidencias de que los niños son mucho más sensibles a los productos tóxicos del HAT, debido principalmente a que su sistema inmune está menos desarrollado y su frecuencia respiratoria es más elevada que la de un adulto⁽⁸⁾. Además, al no tener la capacidad de evitar voluntariamente esta exposición y depender directamente de la voluntad de los adultos que les rodean, en particular de la madre, se ven expuestos en mayor medida al HAT⁽²⁾. Diversos estudios, asocian el consumo de tabaco por parte de la madre con una mayor exposición del bebé al HAT ya que ésta es la que mayor tiempo pasa junto al neonato⁽³⁰⁾.

El método más preciso para medir, tanto el consumo de tabaco como el grado de exposición del niño al HAT, es la utilización de biomarcadores. Además de ser parte de las recomendaciones estándar actuales para la evaluación del tabaquismo, la comprobación bioquímica es importante en el caso de las nuevas madres ya que por cuestiones de aceptabilidad social tienden a verbalizar un consumo de tabaco y un grado de exposición del recién nacido menor al real^(18, 31). En diversos estudios, se utiliza como biomarcador la determinación de cotinina, principal metabolito de la nicotina, en diferentes muestras biológicas como sangre, saliva y orina. Este método, es un buen indicador de la exposición tanto del humo activo como del pasivo^(2, 24).

1.2.3 Consecuencias del HAT en la salud infantil

El tabaquismo se ha reconocido como perjudicial para la salud del fumador desde la publicación de Doll y Hill en 1950⁽³²⁾, pero no es hasta 1974 cuando se trató por primera vez el hábito de fumar de los padres, la exposición al HAT y las consecuencias en los niños⁽³³⁾. Actualmente, existe evidencia de que las mujeres que vuelven a fumar después del parto exponen a sus hijos al HAT y a los efectos adversos que éste provoca en la salud infantil⁽³⁴⁾.

Diferentes estudios han demostrado la relación directa entre el hábito de fumar en la madre y el aumento del riesgo del síndrome de muerte súbita en el lactante (SMSL)^(18, 35). Se ha observado que el número de muertes por este síndrome podría reducirse en casi dos terceras partes si los padres no fumasen⁽²³⁾. Por lo tanto, la mayoría de estudios coinciden en que el tabaquismo de la madre es el factor de riesgo modificable más fuerte del SMSL^(18, 23, 35).

Otras investigaciones, también señalan el tabaquismo pasivo de los niños como factor de riesgo en la aparición de enfermedades de las vías respiratorias. En primer lugar, se ha encontrado una relación significativa entre la exposición del HAT en edades tempranas de la vida y el posterior desarrollo de asma y/o síntomas respiratorios crónicos como las sibilancias⁽³⁵⁾. En segundo lugar, se ha relacionado el tabaquismo de las madres con una mayor incidencia de infecciones en las vías respiratorias altas y bajas (IRAB) que incluyen desde laringitis y otitis media hasta neumonía, traqueítis, bronquiolitis, etc⁽²⁴⁾. Finalmente, se ha hallado un estudio donde afirma que las tasas de hospitalización por estas enfermedades son tres veces más elevadas en los hijos de madres fumadoras⁽²³⁾.

A todo esto, se debe sumar que el tabaquismo materno se asocia a tasas inferiores de lactancia materna y a una reducción de la duración de ésta, asociación que en la mayoría de estudios persiste después de ajustar otros factores sociales y reproductivos⁽²³⁾. La madre fumadora tiene una producción de leche menor debido a que presenta niveles de prolactina inferiores y a que la nicotina puede interferir con el reflejo de eyección láctea⁽³⁶⁾. Además, la leche materna de fumadoras contiene menor cantidad de yodo que la obtenida de no fumadoras. El hecho de

no iniciar la lactancia materna o pasar antes a la lactancia artificial priva al lactante de los beneficios en salud que le aporta⁽³⁵⁾.

Finalmente, diversos estudios afirman que el tabaquismo materno comporta en general un peor estado de salud en los niños y como consecuencia se manifiesta con mayores tasas de absentismo escolar⁽³⁵⁾.

1.2.4 Intervenciones para prevenir la recaída en puérperas ex-fumadoras

Las intervenciones para dejar de fumar durante el embarazo son diversas y han demostrado un alto grado de efectividad, de modo que muchas mujeres al abandonar la adicción han logrado reducir los efectos adversos que causa esta adicción en la salud del feto⁽¹¹⁾. Sin embargo, a pesar de la elevada tasa de recaídas en el postparto, pocos estudios se han centrado en intervenciones dirigidas a prevenirlas en este periodo⁽²⁶⁾. De hecho, a nivel de Cataluña no se han elaborado programas destinados al tratamiento de las recaídas en las puérperas, sin embargo, se realizan actividades orientadas a reforzar el cese tabáquico durante el embarazo. Este enfoque centrado en el periodo gestacional resta valor a la salud de la madre y a las consecuencias que el HAT puede ocasionar en la salud del niño⁽³⁷⁾.

Actualmente, el reto se encuentra en la búsqueda de métodos para crear un Programa de Salud mucho más completo e integral, que se centre tanto en eliminar el tabaquismo durante el embarazo como en el puerperio y de este modo, proteger tanto la salud de la madre como la del feto y del recién nacido⁽³⁸⁾. Como se acaba de comentar, sólo a nivel internacional se han valorado intervenciones de prevención de recaídas. Éstos han obtenido una efectividad diversa, dependiendo del periodo de tiempo en el que se ofrece la intervención y el tipo de intervención.

En relación al periodo de tiempo en el que se ofrece, la mayoría han proporcionado la información acerca del mantenimiento de la abstinencia en la etapa prenatal, con poco o ningún contacto continuo durante el puerperio⁽²⁷⁾. Sin embargo, la mayoría de estudios coinciden en que este tipo de intervenciones no disminuyen las tasas de recaídas, debido a que en el postparto las mujeres

necesitan recibir más apoyo ya que se dan factores que aumentan la vulnerabilidad a la recaída y como consecuencia, experimentan impulsos más fuertes de fumar^(26, 27). Uno de estos estudios, comparó la eficacia de un programa de prevención de recaídas ofrecido durante el periodo prenatal y otro con un seguimiento durante el puerperio. A los seis meses después del parto, las mujeres que recibieron la intervención, tanto en la etapa prenatal como el seguimiento posterior, mostraron tasas significativamente mayores de abstinencia. Por lo tanto, los programas de prevención de recaídas después del parto son más eficaces si se ofrecen durante el puerperio⁽³⁹⁾. No obstante, algunos autores opinan que el embarazo es la etapa de mayor receptibilidad de consejos sanitarios y que en cambio el periodo inmediato después del parto es una etapa donde las madres deben hacer frente a muchos cambios. Debido a esto, podrían rechazar una intervención relacionada con la prevención de recaídas postparto⁽²⁷⁾. Sin embargo, existen estudios que han determinado la viabilidad y la aceptabilidad de introducir una intervención para hacer frente a las posibles recaídas de las madres durante la hospitalización^(17, 27). Además, uno de estos autores ha añadido que la mayoría de púérperas apoyan el hecho de participar en un programa de prevención de recaídas y de este modo, seguir teniendo un refuerzo en el postparto⁽²⁷⁾.

En relación al tipo de intervención, se han realizado muchos estudios para determinar cuál es la más indicada para prevenir la recaída en el periodo postparto. Principalmente se utilizan farmacológicas, conductuales, de incentivos y mixtas⁽²⁶⁾.

Por un lado, los estudios que han utilizado intervenciones farmacológicas para prevenir la recaída han aplicado mayoritariamente la terapia de reemplazo con nicotina (TRN)⁽²⁶⁾. Éstos han demostrado ser eficaces en el postparto a corto y medio plazo, aunque a largo plazo no presentaron diferencias significativas en las tasas de abstinencia postparto respecto al grupo control^(40, 41).

Por otro lado, las intervenciones conductuales son las más investigadas. Los estudios incluyen una variedad de terapias que engloban desde entrevistas de motivación, asesoramiento por parte de un profesional de forma individual o grupal, material escrito de apoyo y asesoramiento telefónico⁽²⁶⁾. Uno de estos

estudios muestra que las entrevistas de motivación sumado al asesoramiento por parte de un profesional, son intervenciones eficaces para prevenir la recaída del hábito tabáquico en el puerperio a corto plazo⁽⁴²⁾. Otros estudios, que sólo utilizan el asesoramiento por parte de un profesional, también coinciden en que se mantiene significativamente la abstinencia en comparación con el grupo control, con la diferencia de que los resultados son evaluados al año después del nacimiento del bebé^(43, 44). Asimismo, dos estudios que emplearon intervenciones grupales con la participación de la pareja, también mostraron ser efectivas. Además, este tipo de intervención logró una mayor proporción de parejas que abandonan la adicción. De este modo, se reduce uno de los factores de riesgo que influyen en la recaída después del parto^(45, 46).

En contraste, otros autores que utilizan asesoramiento por parte de un profesional como principal intervención, en combinación con material escrito de apoyo, no encuentran beneficios estadísticamente significativos en la prevención de recaídas⁽⁴⁷⁾. Asimismo, otros estudios que emplean como principal intervención material de autoayuda, tampoco muestran una diferencia significativa en el mantenimiento de la abstinencia en el puerperio^(48, 49). De modo similar, diferentes autores que combinan asesoramiento personal y telefónico por parte de un profesional, presentan efectividad durante el embarazo pero muestran un menor éxito en prevenir la recaída^(50, 51).

Por lo tanto, las intervenciones conductuales han mostrado eficacia diversa en el mantenimiento de la abstinencia durante el postparto. Por ello, se necesita más investigación para determinar si aumentando la intensidad o duración de las que no han mostrado buenos resultados, pueden lograr ser eficaces en la prevención de recaídas a largo plazo⁽²⁶⁾.

En relación a las intervenciones que utilizan incentivos en efectivo o vales canjeables por artículos, han demostrado menores tasas de recaída al hábito tabáquico durante el puerperio que los que utilizan intervenciones farmacológicas y conductuales⁽⁵²⁾. Los estudios que emplean este tipo de estrategia, reflejan una diferencia estadísticamente significativa en la tasa de abstinencia postparto a corto

y medio plazo en comparación con grupos control. Sin embargo, estos resultados no se mantienen en el postparto a largo plazo⁽²⁶⁾.

En la actualidad, se ha observado que los métodos de intervención mixtos son los más óptimos para prevenir las recaídas a largo plazo⁽²⁶⁾. De estos estudios, el que combina asesoramiento por parte de un profesional e incentivos es el que obtiene mayores tasas de abstinencia en el periodo de 12 meses. El diseño de esta intervención se caracteriza por ser individualizada y continua. Este nuevo enfoque consigue un 44% de abstinencia un año después del parto, ésta es la tasa de mantenimiento más elevada hasta la fecha⁽⁵³⁾.

En conclusión, los estudios que han mostrado mayor efectividad se caracterizan en primer lugar, por iniciar las intervenciones durante el embarazo y realizar un seguimiento los 12 meses siguientes después del parto, teniendo en cuenta los factores que aumentan la vulnerabilidad a la recaída. En segundo lugar, por llevar a cabo intervenciones mixtas, en concreto las que combinan estrategias conductuales y de incentivos⁽²⁶⁾. Asimismo, existen evidencias de que el personal sanitario más idóneo para realizar el asesoramiento son los profesionales de enfermería⁽³¹⁾.

1.2.5 Factores que favorecen la recaída en el tabaquismo durante el postparto

Las intervenciones dirigidas a mantener la abstinencia en el postparto a largo plazo deben identificar los factores potencialmente modificables asociados con las recaídas después del parto, con el fin de hacer un cambio de comportamiento eficaz y duradero⁽²⁶⁾. Por ello, diversos autores han empezado a considerar estos factores^(18, 38).

Uno de los aspectos que se asocia con las recaídas en el tabaquismo, en la población en general, es la dependencia a la nicotina. Del mismo modo, también se ha relacionado con las recaídas en el postparto⁽¹⁸⁾. Diversos estudios, demuestran que las mujeres que presentan mayor puntuación en el test de Fagerström antes de dejar de fumar, tienen un riesgo significativamente mayor de recaer en la adicción al año después del parto^(18, 44). Además de este factor

general, diferentes autores han encontrado algunas variables que están vinculadas con el riesgo de recaída en el periodo postparto⁽¹⁸⁾.

En primer lugar, las mujeres que sólo deciden dejar de fumar durante el embarazo, con la única motivación de proteger al feto, son las más vulnerables a la recaída⁽³⁸⁾. El hecho de que la salud de éste sea una fuerte influencia para dejar de fumar, indica que las mujeres embarazadas tienen conocimientos sobre los efectos perjudiciales del tabaquismo materno en el feto. Sin embargo, las madres son menos conscientes de los efectos negativos del HAT en el neonato. Esta falta de consciencia está estrechamente relacionada con el hecho de que las gestantes sólo decidan dejar de fumar durante el embarazo⁽³¹⁾. Un estudio determinó que las que poseen conocimientos sobre los efectos perjudiciales del humo del tabaco ambiental en el recién nacido, presentan menores tasas de recaídas que las mujeres que declararon no tener información⁽³⁶⁾. Por lo tanto, la falta de conocimientos es otro factor que influye en el aumento de las tasas de recaídas en el postparto.

En segundo lugar, la preocupación por el aumento de peso es un factor que se vuelve mucho más relevante durante el puerperio. Diversos estudios, coinciden en que los problemas de peso aumentan la vulnerabilidad de la mujer a una recaída durante el periodo postparto ya que muchas mujeres consideran el tabaquismo como una estrategia de control de peso^(18, 28). De modo que los pensamientos acerca de la relación entre el tabaquismo y el control de peso, pueden precipitar el retorno al consumo de tabaco durante el puerperio⁽¹⁸⁾.

Por consiguiente, los síntomas depresivos son otro factor que se vuelve más relevante, debido a que son mucho más comunes en este periodo. Aunque las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor son significativamente bajas durante el postparto, muchas mujeres experimentan síntomas depresivos elevados o depresión menor. Diversos estudios, coinciden en que las mujeres utilizan como estrategia para gestionar estos síntomas el retorno al hábito tabáquico^(18, 38).

Las mujeres también recurren al tabaquismo como estrategia para afrontar el estrés, factor más notable durante el puerperio. Para algunas mujeres el

nacimiento de un bebé es un acontecimiento muy estresante, debido a que se dan una serie de circunstancias únicas⁽³⁸⁾. Por ejemplo, algunos estudios han identificado que la falta de recursos personales para manejar la irritabilidad infantil, desencadena con frecuencia niveles elevados de estrés y como consecuencia pensamientos de recaer en la adicción^(17, 54).

Otro factor que se da únicamente en el periodo postparto y que aumenta el riesgo de recaídas es el fracaso en la lactancia materna⁽¹⁷⁾. Por un lado, una de las explicaciones que mencionan diversos autores es que las mujeres, al dejar de amamantar, pierden la preocupación sobre los efectos que produce la nicotina en los niños lactantes. De este modo, las mujeres pueden sentir más libertad para recaer en el tabaquismo. Por otro lado, otra justificación que añaden es que la finalización de la lactancia está relacionada con mayor probabilidad de síntomas depresivos, debido a que disminuye la liberación de oxitocina, hormona que influye positivamente en el estado de ánimo^(55, 56). Teniendo en cuenta que los síntomas depresivos están asociados con la recaída en el postparto, el fracaso en la lactancia materna se considera otro factor específico de retorno al consumo de tabaco⁽¹⁸⁾. Por lo tanto, la lactancia materna y el mantenimiento de la abstinencia tienen una influencia recíproca, de modo que ésta promueve dejar de fumar y viceversa⁽⁵⁵⁾.

Asimismo, el tabaquismo por parte de la pareja se ha citado constantemente como un fuerte predictor de recaída en el postparto⁽³¹⁾. Un estudio determinó que las mujeres que viven con una pareja fumadora tienen cuatro veces más probabilidades de recaer⁽⁵⁷⁾. De la misma manera, otra investigación obtiene como resultados que sólo el 8,4% de las madres que tienen una pareja fumadora mantienen la abstinencia a los 12 meses después del parto, en comparación con el 20,8% de las mujeres con parejas que no fuman⁽³¹⁾. Otros autores también observaron tasas de recaída significativamente más altas entre aquellas madres con un número mayor de amigos y familiares fumadores⁽⁵⁸⁾. En definitiva, se confirma la importancia del entorno como factor influyente en el hábito tabáquico.

Por último, se debe añadir que las presiones sociales que influyen durante la gestación disminuyen después del nacimiento del bebé. El hecho de que una

mujer embarazada fume se percibe de manera negativa por la sociedad, sin embargo que una madre mantenga este hábito no está tan estigmatizado. Este hecho facilita el retorno al consumo⁽³¹⁾.

En definitiva, conocer los factores que se vuelven más relevantes en el periodo postparto y que aumentan la vulnerabilidad a la recaída en el hábito tabáquico, facilitan el diseño de intervenciones más intensas y que puedan mejorar las tasas de abstinencia a largo plazo⁽²⁷⁾.

1.2.6 Epidemiología del tabaquismo en el embarazo y postparto

Actualmente, España se encuentra en la fase III del modelo teórico de la epidemia del tabaquismo, caracterizado por un incremento del consumo en las mujeres, un descenso importante en los hombres y un aumento de la mortalidad atribuible en ambos sexos, mayor entre el masculino⁽³⁷⁾. En los últimos años, se ha producido una reducción de la prevalencia global de tabaquismo, sin embargo, se observa un incremento del consumo de tabaco entre las mujeres más jóvenes, es decir, en los grupos de edad reproductiva⁽²⁾.

A nivel de España, la prevalencia al inicio del embarazo oscila entre el 22% y el 32%, con grandes diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas⁽⁵⁹⁾. Sin embargo, las tasas de recaídas son significativamente elevadas. La mayoría de mujeres que se mantienen abstinentes corresponde a aquellas que han estado incluidas en algún programa para dejar de fumar durante el embarazo. Por lo tanto, se evidencia la validez de las intervenciones durante la gestación y se pone de manifiesto la necesidad de ampliarlas, con el fin de seguir disminuyendo las tasas de recaídas y de este modo, reducir el número de mujeres fumadoras y de niños expuestos al HAT⁽¹⁴⁾.

La bibliografía muestra que las mujeres que abandonan en mayor proporción el tabaquismo durante el embarazo son de mayor edad, están casadas o viven en pareja, son primíparas y presentan un mayor nivel educativo y económico. Además, la dependencia a la nicotina, medida por la media de cigarrillos consumidos al día y la edad de inicio a la adicción es otro factor de predicción.

Las mujeres fumadoras leves y que empezaron a fumar en edades avanzadas tienen menos dificultades para abandonar el tabaco durante esta etapa. Asimismo, las que han recibido un consejo directo por parte de un profesional de la salud en las primeras visitas prenatales y poseen conocimientos sobre los efectos perjudiciales del tabaquismo en el feto están más predispuestas a dejar de fumar. Por el contrario, el hecho de tener una pareja fumadora se ha identificado como un obstáculo para el mantenimiento de la abstinencia por parte de la embarazada.

Del mismo modo, también existen diversos factores que influyen en el hecho de que una mujer recaiga o se mantenga sin fumar después de dar a luz. Las características de las mujeres que retornan al consumo de tabaco son similares a las que fuman durante el embarazo, es decir, son de menor edad, autóctonas, multíparas y con un menor nivel socioeconómico, con la excepción del nivel de educación y el estado civil. Las mujeres que sufren una recaída, a diferencia de las que continúan fumando durante el embarazo, son más propensas a estar casadas o vivir en pareja y tienen mayor nivel educativo que éstas últimas⁽³¹⁾.

Asimismo, como ya se ha comentado en apartados anteriores, la dependencia a la nicotina se asocia, no sólo con el hecho de dejar el hábito durante el embarazo, sino también con las recaídas en el postparto. Diversos estudios, han demostrado que las mujeres con mayor dependencia a la nicotina antes de dejar de fumar en el embarazo tienen mayor predisposición a recaer^(18, 44).

Por consiguiente, el entorno, los conocimientos sobre las consecuencias del tabaco y el hecho de participar en una intervención, influyen de manera similar en las recaídas postparto. De manera que el tabaquismo de la pareja también es un fuerte predictor de recaída. Contrariamente, en este periodo se suma un elemento significativo, relacionado con el entorno, que predice la intención de dejar de fumar a largo plazo. La literatura científica evidencia que las mujeres que establecen una política libre de humo en el hogar prolongan la abstinencia⁽³¹⁾. Si bien muchos familiares y amigos renuncian a fumar delante de la embarazada, una vez el niño ha nacido no son tan conscientes de los peligros del HAT y además, provocan en la mujer más ganas de fumar. Asimismo, el hecho de mantener un hogar libre de humo se relaciona con una mayor consciencia de los peligros del

tabaquismo pasivo en el neonato y por lo tanto, se evidencia que la mujer tiene una percepción de riesgo superior, lo que predispone, del mismo modo que en el embarazo, a mantener la abstinencia⁽³¹⁾.

Finalmente, en relación a las intervenciones, se ha evidenciado que las mujeres que dejan de fumar de manera espontánea, es decir, sin recibir el consejo del personal sanitario y antes de la primera visita prenatal, son ignoradas en intervenciones de apoyo a la cesación y de prevención de recaídas, por lo que un número elevado de éstas recae en el postparto. Como se ha comentado en el párrafo anterior, sólo con el consejo directo por parte de un profesional se consigue una menor incidencia de recaídas en el postparto. De este modo, a pesar de que las mujeres que abandonan el hábito de manera espontánea durante el embarazo, están altamente motivadas durante la gestación y no requieren de un apoyo profesional durante esta etapa, sí es necesario tenerlas en cuenta durante el puerperio ya que sus tasas de recaída son aun más altas que las que están incorporadas en intervenciones⁽³⁸⁾.

2. METODOLOGÍA

2.1 FASE PRELIMINAR DEL PROGRAMA DE SALUD

2.1.1 Análisis de la situación de salud: Perfil epidemiológico

En la población de Cataluña, la prevalencia de tabaquismo en las mujeres se sitúa en un 23,4%. En la actualidad, existe una clara tendencia a que dicho porcentaje aumente en las jóvenes, entre los 15 y 34 años fuman el 32,1% de las mujeres mientras que entre los 35 y 75 años el 16,3%⁽¹¹⁾. A partir de estos datos, se evidencia que el grupo de edad que más fuma es aquel en el que la gestación es más frecuente. Por lo tanto, se pone de manifiesto un elevado consumo de tabaco en este periodo.

En Cataluña, la prevalencia de fumadoras al quedar embarazadas es de un 23,1%. De éstas, un 11,1% abandona el tabaco durante la gestación mientras que el 12% restante continúa fumando. Si se analiza el consumo de tabaco durante esta etapa, se puede observar que el embarazo influye en el hábito tabáquico de las mujeres ya que gran parte de éstas realizan un cambio saludable finalizando la adicción. Si se comparan las tasas de abandono en la población de mujeres en general, se observa que es de un 37,6% mientras que en el embarazo es más elevada, siendo ésta de un 48,05%. De este modo, se evidencia que la gestación actúa como un desencadenante para dejar de fumar⁽⁶⁾.

En este periodo, el 14,6% cesan el tabaquismo de manera espontánea, es decir, antes de cualquier contacto con los servicios sanitarios. Después de la primera visita, durante el primer trimestre, renuncia el 25,5% y posteriormente el 8% restante. Estas cifras, ponen de manifiesto que la mayoría de mujeres cesan el tabaquismo al inicio de la gestación y después del primer contacto con el personal sanitario⁽⁷⁾. De este modo, cuando la mujer deja de fumar durante los primeros meses del embarazo, los riesgos de desarrollar una patología materna o perinatal son idénticos a las de una no fumadora⁽⁶⁰⁾.

Diversos estudios realizados a nivel de Cataluña, con muestras representativas, han investigado algunas características que definen el perfil de mujer que abandona la adicción durante la gestación. Éstas abarcan variables sociodemográficas, aspectos relacionados con la dependencia al tabaquismo y elementos psicosociales.

En primer lugar, las variables sociodemográficas estudiadas son: la edad, la procedencia materna, el estado civil, la paridad, el nivel educativo y el socioeconómico. En relación a la edad, el porcentaje de abandono de tabaco es superior entre las embarazadas de mayor edad. Las mujeres jóvenes, con edades comprendidas entre 19 y 24 años, cesan el tabaquismo en un 7,14% mientras que las madres con edades superiores en un 38,96%⁽⁶¹⁾.

Respecto al lugar de procedencia, se observa que el 30,5% de mujeres autóctonas son fumadoras al inicio de la gestación frente a un 10,4% de extranjeras residentes en Cataluña. Estas cifras ponen de manifiesto que la prevalencia de tabaquismo en embarazadas es mayor en las autóctonas que en las inmigrantes. En el último trimestre, el 16,3% de las mujeres españolas siguen fumando frente al 4,5% de extranjeras. Por lo tanto, se evidencia que la prevalencia de tabaquismo al final del embarazo sigue siendo superior en autóctonas⁽⁶²⁾. Sin embargo, las inmigrantes están más expuestas al HAT en su entorno familiar y laboral, se calcula que pasan de media unas 3,51 horas frente a las 2,66 horas que se ven expuestas las españolas. Esto es debido a que conviven con un mayor número de personas fumadoras en el hogar y evitan en menor medida los lugares con humo ambiental⁽⁵⁹⁾.

En referencia al estado civil, se evidencia que las mujeres casadas o que viven en pareja finalizan la adicción en mayor proporción que las solteras o separadas, con porcentajes de abandono del 42,86% y 3,25% respectivamente. Uno de los motivos por los cuales las gestantes sin pareja abandonan en menor proporción la adicción es debido a que se enfrentan a esta etapa de cambios con mayor presión social y esto se asocia a un mayor consumo de tabaco⁽⁶¹⁾.

Otro aspecto importante asociado con el cese tabáquico durante la gestación es la paridad. Se evidencia que las mujeres primíparas dejan de fumar en un 24,03% mientras que las multíparas en un 22,07%. Además, en el caso de las mujeres multíparas que no han dejado de fumar en gestaciones anteriores y no han experimentado problemas en la salud del bebé, la prevalencia de abandono es mucho más reducida, sólo el 6% de ellas deja de fumar en las siguientes gestaciones⁽⁶¹⁾.

En relación al nivel de estudios, las mujeres con educación primaria o inferior abandonan el tabaquismo en un 10,43% mientras que las que poseen estudios secundarios o superiores en un 15,65%⁽³⁶⁾. Finalmente, haciendo referencia al nivel socioeconómico, se observa que a nivel de Cataluña no existe un perfil específico de gestante que finaliza el tabaquismo. Este hecho es contrario a lo expuesto en la bibliografía, donde se afirma que las mujeres con nivel socioeconómico más elevado, es decir de clase social superior, dejan de fumar en mayor medida⁽⁶¹⁾.

En segundo lugar, la dependencia a la nicotina, establecida por la media de cigarrillos consumidos al día y la edad de inicio de la adicción, es otra característica a tener en cuenta para definir el perfil de mujer que cesa el tabaquismo durante la gestación. De este modo, las mujeres con mayor proporción de abandono son fumadoras leves con un porcentaje del 22,22%. En cambio, este valor se va reduciendo a medida que el número de cigarrillos diarios aumenta, de forma que las que presentan un consumo moderado dejan de fumar en un 17,65% y las fumadoras severas sólo en un 5,88%⁽⁶¹⁾. En relación a la edad de inicio, se evidencia que las mujeres que finalizan el tabaquismo durante la gestación empezaron a edades posteriores. La media de edad de inicio de las gestantes abstinentes durante el embarazo es de 18,1 años mientras que la media de las que continúan con la adicción es de 15,6 años⁽³⁶⁾.

En tercer lugar, también se debe tener en cuenta elementos psicosociales como el entorno, las creencias sobre las consecuencias del tabaco y el hecho de participar en una intervención. En relación al entorno, las mujeres con pareja no fumadora

dejan de fumar en mayor proporción, la prevalencia de abandono es un 6,1% más elevada que las que tienen una pareja fumadora⁽⁶¹⁾.

Asimismo, las fuertes creencias sobre los efectos perjudiciales del tabaco en la salud del feto también predisponen a las gestantes a dejar de fumar en mayor medida. De este modo, la tasa de abandono entre estas mujeres es del 55,4% mientras que las que no consideran el tabaquismo como un elemento nocivo para el feto dejan de fumar en menor proporción, más concretamente en un 12,5%⁽⁶¹⁾. Por último, se ha evidenciado que el consejo directo por parte de un profesional durante el embarazo, especialmente si tiene lugar en el inicio, aumenta el porcentaje de abandonos en un 7%⁽²³⁾.

Por lo tanto, el perfil de mujer que abandona el tabaquismo durante la gestación se caracteriza por ser de mayor edad, casada o que vive en pareja, primípara, con mayor nivel educativo, con menor dependencia a la nicotina, que convive con una pareja no fumadora, posee fuertes creencias sobre las consecuencias del tabaco en el feto y ha recibido el consejo por parte de un profesional sanitario.

A partir de estos datos, se observa que la gestación motiva a la mujer a dejar de fumar, sin embargo, es evidente que ésta disminuye al finalizar el embarazo, de forma que la recaída tras el parto es más frecuente. En Cataluña, la tasa de recaída a los doce meses postparto es de un 77,2%. La mayoría de mujeres que vuelven a iniciarse en el tabaquismo lo hace en los primeros seis meses, siendo la tasa en este periodo de un 70,2% mientras que a al año recaen el 7% restante⁽⁷⁾. Cabe destacar que uno de los factores modificables más importantes asociados con las recaídas en el postparto es el hecho de tener una pareja fumadora⁽⁶³⁾.

Asimismo, sólo un 22,8% mantiene la abstinencia al año⁽⁷⁾. De este porcentaje, la mayoría de mujeres que continúan sin fumar corresponde a aquellas que han estado incluidas en algún programa durante el embarazo. Esta misma intervención en la población en general, consigue una eficacia del 5% en el periodo de un año⁽¹⁴⁾. Por lo tanto, se evidencia la validez de las intervenciones durante la gestación y se pone de manifiesto la necesidad de ampliarlas, con el fin de seguir

disminuyendo las tasas de recaídas y de este modo, reducir el número de mujeres fumadoras y de niños expuestos al HAT.

Este último aspecto cobra especial importancia, teniendo en cuenta que en Cataluña mueren unas 700-800 personas debido al HAT y que el 28% de estas muertes están atribuidas a niños⁽⁶⁴⁾. Cabe destacar que hasta un 75% de madres que fuman en el postparto exponen a sus recién nacidos al HAT y entre el 47-60% de estos niños presentan importantes niveles de cotinina en orina. Esta exposición durante los primeros años de vida aumenta el riesgo de padecer diversas enfermedades pediátricas^(12, 29).

En conclusión, el tabaquismo materno es una causa de mortalidad y morbilidad en la infancia. Los niños se ven expuestos en mayor proporción al HAT si la madre fuma. Por lo tanto, si las mujeres mantuviesen la abstinencia después del parto, esta exposición se vería altamente disminuida. Se ha evidenciado que el número de muertes infantiles disminuiría aproximadamente un 10%⁽⁶⁰⁾.

2.1.2 Análisis de la situación de salud: Perfil comunitario

El Baix Llobregat es una comarca catalana que se encuentra en la provincia de Barcelona. Su capital es Sant Feliu de Llobregat. Es la tercera comarca más poblada de Cataluña con 808.644 habitantes y una superficie de 486km². Por lo tanto, su densidad de población es de 1.663,9 hab/km²⁽⁶⁵⁾.

En relación a la estructura de población, si se disgrega por sexos, se observa que hay un número ligeramente superior de mujeres, éstas representan un 50,4% y los hombres un 49,6%. Una vez centrados en la población de interés, se evidencia que en esta comarca hay un notable incremento de mujeres en edad fértil, entre 15 y 44 años, que suponen el 41,62% de la población femenina total. Si se agrupan por rango de edad, se observa que las jóvenes en edad fértil, entre 15 y 29 años, representan el 15,27% mientras que las de mayor edad un 26,35%⁽⁶⁵⁾.

Los datos más específicos existentes en relación a la prevalencia de tabaquismo en el sexo femenino, son por Regiones Sanitarias (RS). Teniendo en cuenta que la comarca del Baix Llobregat pertenece a la Región Sanitaria de Barcelona (RSB),

se debe destacar que el consumo de tabaco en las mujeres de esta región es de un 23,6%, dato similar a la media de Cataluña⁽⁶⁶⁾. A pesar de que la prevalencia de tabaquismo no destaca respecto a la de Cataluña, se ha observado que el perfil de mujer que se encuentra en esta comarca se ajusta a las características sociodemográficas estudiadas en la bibliografía.

En primer lugar, como ya se ha comentado, existe un número elevado de mujeres en edad fértil, las posibles futuras madres. En esta población, la gestación es más frecuente a mayor edad, con un 72,63% de alumbramientos entre los 30 y 44 años. Según la bibliografía, éstas son las que suelen abandonar la adicción en mayor proporción, debido a que están más concienciadas del riesgo que supone el tabaco, tanto para su salud como para la del neonato.

En segundo lugar, se evidencia que en esta población hay una tasa reducida de inmigración, sólo un 13,31% son extranjeras. Por lo tanto, gran parte de mujeres en edad fértil son autóctonas, siendo éstas las que mayor prevalencia de tabaquismo presentan antes de la gestación.

Con respecto al nivel educativo, se observa que el porcentaje de mujeres sin estudios es de un 1,78%, con estudios primarios un 23,56%, secundarios un 18,58% y estudios universitarios un 9,37%. Por lo tanto, prevalece un nivel educativo medio, siendo las mujeres con estudios primarios y secundarios las que más predominan.

Por último, en relación al nivel socioeconómico se observa que el 32,16% de las mujeres en edad fértil pertenecen a la clase media, seguido del 28% que forman parte de la clase más desfavorecida. En menor medida, el 10,37% pertenece a la clase media-alta y el 7,28% al estatus social más elevado. De este modo, la clase social media es la mayoritaria. Entre las profesiones más comunes destacan las trabajadoras de servicios, vendedoras de comercio, administrativas y técnicos y profesionales de soporte. Asimismo, el paro registrado en las mujeres de esta comarca es de un 17,8% cifra superior a la media de Cataluña⁽⁶⁵⁾.

En relación a los servicios de los que dispone la población diana, se observa que el 32,49% son recursos sanitarios que engloban desde centros de atención primaria (CAP) hasta centros hospitalarios. Los servicios educativos representan un 27,46% y comprenden guarderías, escuelas de educación infantil, primaria, institutos, centros de formación profesional y facultades. Los recursos de bienestar social, constituyen un 24,49% y se refieren a los casales cívicos, casales de gente mayor, ludotecas, etc. Por último, los recursos culturales y deportivos representan un 16,56% y engloban bibliotecas, archivos, teatros, polideportivos, piscinas, campos de fútbol, etc.⁽⁶⁵⁾

Para desarrollar el siguiente Programa de Salud es interesante profundizar en los servicios sanitarios a los que tienen acceso las mujeres de esta comarca. Como ya se ha comentado anteriormente, el Baix Llobregat pertenece a la Región Sanitaria de Barcelona y a los Sectores Sanitarios (SS) del Baix Llobregat Centre-Litoral/l'Hospitalet de Llobregat y al Baix Llobregat Nord. Estos sectores sanitarios están divididos en 22 Áreas Básicas de Salud (ABS) que disponen de 50 CAP's y de un ASSIR situado en la ABS de Cornellà de Llobregat. Finalmente, el hospital de referencia materno-infantil de esta comarca es el Hospital Sant Joan de Déu (HSJD)⁽⁶⁷⁾.

El HSJD es el centro hospitalario que atiende un número más elevado de partos. En el año 2012 la cifra ascendía a 3.163 alumbramientos⁽⁶⁸⁾. En este sentido, es interesante dirigir el primer contacto con las puérperas en este nivel asistencial ya que se presenta la posibilidad de incluir en el programa a un número elevado de gestantes de la comarca del Baix Llobregat.

La prevalencia de tabaquismo antes del embarazo en las gestantes atendidas en el hospital es de un 27,4%, valor más elevado que la media de Cataluña. De éstas, un 13,4% abandona el tabaco durante la gestación mientras que el 14% restante continua fumando. Si se comparan estos datos con los de Cataluña se evidencia que las mujeres atendidas en este hospital abandonan el consumo en mayor proporción⁽⁶⁹⁾.

Para el siguiente Programa de Salud es interesante conocer como es el perfil de embarazada que acude al hospital y que en este periodo abandona la adicción. Teniendo como referencia la fuente de información procedente del registro de indicadores de salud perinatal del HSJD del año 2012 se ha podido obtener este perfil tan específico.

La mujer que renuncia al consumo de tabaco durante la gestación y que acude al HSJD se caracteriza por ser de mayor edad, con una media de 30,4 años. Además, el 96,2% son autóctonas y otro 96,9% conviven en pareja. Con respecto a la paridad, se observa que el 55,6% son primíparas. Haciendo referencia al nivel educativo y socioeconómico, predominan las mujeres con estudios primarios en un 41,7% y las de clase social media-alta con un 45,3%. Si se analiza la dependencia a la nicotina, se observa que la media de cigarrillos consumidos al día antes de quedar embarazada es de 14,2, siendo este consumo moderado y la edad de inicio a la adicción se sitúa en 16,5 años. En relación al entorno, el 74,2% de mujeres tienen una pareja fumadora. Por último, con respecto a las creencias, el 80,5% consideran el tabaquismo un elemento nocivo y el 73,1% presentan un alto grado de preocupación por los efectos del HAT⁽⁶⁹⁾.

Como se puede observar, este perfil de mujer es muy similar al descrito en el perfil epidemiológico, sin embargo se evidencian algunas excepciones. En primer lugar, el nivel de estudios de las gestantes que abandonan la adicción es inferior a la media de Cataluña. En segundo lugar, la dependencia a la nicotina antes de la abstinencia es más elevada ya que el consumo antes del embarazo es superior y la edad media de inicio inferior. Por último, el dato más preocupante es la elevada prevalencia de tabaquismo por parte de la pareja de la gestante. En la bibliografía, este aspecto se ha descrito como un fuerte predictor que dificulta el abandono y facilita la recaída.

Otro aspecto necesario para adecuar el programa a la comunidad es conocer la estancia media de las puérperas en el HSJD y de este modo, planificar el primer contacto. Ésta depende del tipo de diagnóstico obstétrico y de las complicaciones que se presenten. Por un lado, la de un parto vaginal sin complicaciones es de 2,67 días mientras que con complicaciones asciende a 3,41 días. Por otro lado, en caso

de cesárea sin complicaciones es de 4,62 días mientras que con complicaciones es de 5,26 días. Por lo tanto, de manera general, la estancia media se establece en 3,5 días⁽⁶⁹⁾.

En conclusión, la población de puérperas que atiende el HSJD, es decir, la comunidad diana, presenta una elevada prevalencia de tabaquismo antes de la gestación y unas tasas de abandono durante el embarazo superiores a la media de Cataluña. Además, este hospital atiende el mayor número de partos a nivel de Cataluña y el perfil de gestante que recibe es muy similar al estudiado en la bibliografía y en el perfil epidemiológico. Esto permitirá abarcar a un mayor número de gestantes no fumadoras al final del embarazo, sobre las cuales se podrá intervenir y evitar posibles recaídas, de manera que se mantenga el cambio de comportamiento establecido y se disminuya la prevalencia de tabaquismo en las puérperas.

2.1.3 Diagnóstico comportamental

La finalidad de este programa de educación sanitaria es conseguir cambios en el comportamiento de las puérperas para que mantengan la abstinencia tabáquica que han iniciado en el embarazo y se establezca como una conducta permanente. De este modo, se alcanza un mayor grado de salud tanto para la madre como para el neonato, al disminuir su exposición al HAT.

La metodología que se ha utilizado para desarrollar el Programa de Salud es el método PRECEDE (Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation), uno de los modelos de planificación más utilizados en educación sanitaria⁽⁷⁰⁾. El primer paso para su aplicación es realizar un análisis de la situación de salud, a través de un perfil epidemiológico y comunitario, que se ha desarrollado en apartados anteriores. En primer lugar, se ha estudiado el problema de salud identificado, en este caso el tabaquismo materno y las consecuencias en la salud del neonato. En segundo lugar, para proporcionar una instantánea de la comunidad, se ha analizado la población diana a la que se dirige la intervención, es decir, las puérperas que han dejado de fumar durante el embarazo y acuden al HSJD.

Una vez realizado el diagnóstico de salud, se identifican, a través de la bibliografía, los comportamientos que están ligados al problema que se ha detectado en la etapa anterior, esto conducirá a realizar un diagnóstico conductual⁽⁷⁰⁾.

En la literatura científica aparecen diversos elementos relacionados con el retorno al tabaco por parte de las puérperas. En primer lugar, éstos pueden estar asociados con variables sociodemográficas como la edad, procedencia materna, estado civil, paridad, nivel educativo y socioeconómico. En segundo lugar, se destaca la dependencia a la nicotina anterior al embarazo. En tercer lugar, también se tienen en cuenta factores que tienen una especial importancia durante el postparto, como la automotivación, los conocimientos y las creencias sobre los efectos del HAT, el aumento de peso, del estrés, la aparición de síntomas depresivos, el fracaso en la lactancia materna y la disminución de la presión social. Seguidamente, se han identificado aspectos psicosociales como convivir con un entorno fumador, en especial se ha destacado la influencia de la pareja y por último, tiene una especial relevancia participar en intervenciones para dejar de fumar durante el embarazo, es decir, la actitud y el apoyo por parte de los profesionales sanitarios juega un papel importante⁽³⁶⁾.

Una vez identificados los elementos que influyen en el problema detectado, es decir, la elevada prevalencia de tabaquismo en las puérperas que habían abandonado la adicción durante el embarazo, se procede a realizar el diagnóstico comportamental [*Anexo I*]. Para ello, es necesario clasificarlos según si son conductuales o no. Por ejemplo, las variables sociodemográficas como la edad, la procedencia materna, el estado civil, etc. son aspectos no conductuales y por lo tanto no se puede incidir en ellos. Tras valorar este aspecto, se seleccionan aquellos comportamientos que ocurren con mayor frecuencia o se relacionan con el problema de salud detectado y son además generadores de cambios, es decir, se clasifican los factores conductuales según su grado de importancia y modificabilidad⁽⁷¹⁾.

A partir de esta clasificación, se identifican los principales comportamientos que se quieren abordar en este programa. Por un lado, las recaídas durante el postparto

y por otro, la dificultad para afrontar factores específicos asociados a esta etapa y que promueven el retorno al consumo.

2.1.4 Identificación de factores que se asocian al comportamiento

Una vez realizado el diagnóstico comportamental se aplica el método PRECEDE con el fin de identificar los factores asociados a los comportamientos que se han determinado como prioritarios. Para ello, se ha entrevistado a diferentes agentes clave. Esta metodología cualitativa, como son las entrevistas abiertas semiestructuradas, sirven para recoger información y profundizar e indagar en los factores que influyen en la adopción, mantenimiento o cese de los comportamientos seleccionados. Este tipo de método se está aceptando cada vez más en la investigación en promoción de la salud como una forma de focalizar y entender la experiencia individual de las personas⁽⁷²⁾.

Asimismo, se han entrevistado mujeres y profesionales de la salud del Baix Llobregat, recogiéndose un total de 17 entrevistas. De éstas, seis han sido realizadas a mujeres que dejaron de fumar durante el embarazo y mantienen la abstinencia en el postparto [*Anexo 2*], otras seis a mujeres que han recaído durante esta etapa [*Anexo 3*] y las cinco restantes a diferentes profesionales de la salud [*Anexo 4 y 5*]. De este último grupo, se ha entrevistado a la enfermera referente del programa “Embaràs sense fum” y a la de “Infancia sense fum”, además de una enfermera del CAP de Esplugues y por último, dos comadronas del HSJD.

Las variables recogidas en las entrevistas dirigidas a las mujeres abarcan tanto variables sociodemográficas como son la edad, la nacionalidad, el estado civil, la paridad, el nivel educativo y socioeconómico como ítems relacionados con los factores de recaída y/o abstinencia. Éstos últimos serán distintos dependiendo a quien vaya dirigida la entrevista, es decir, se han elaborado dos modelos, uno para la mujer que se ha mantenido sin fumar y otro para la que ha reanudado el consumo. Por último, se valoran diferentes propuestas relacionadas con varios aspectos que les gustaría tratar en una intervención.

En relación a las entrevistas dirigidas a profesionales se han realizado dos tipos, dependiendo de si el profesional es referente de algún programa relacionado con la salud materno-infantil o si es el que imparte la educación sanitaria. En ambas se han valorado principalmente, los motivos y dificultades para implantar el programa, las intervenciones, el momento y lugar en que se llevan a cabo, la aceptación recibida por la población diana y por los propios profesionales, la formación de éstos, los motivos de recaída/abstinencia y los puntos a mejorar. Por último, se valora su opinión sobre diversos aspectos que creen que se deben tener en cuenta en este Programa de Salud.

Finalmente, se clasifican los factores obtenidos en predisponentes, facilitadores y de refuerzo. En primer lugar, los predisponentes son aquellos que preceden al comportamiento e influyen en la motivación de las puérperas para realizar la conducta que se pretende promover. Engloban la información, las actitudes, los valores y las creencias. Cabe señalar que éstos son siempre subjetivos, puesto que es lo que la población diana sabe, piensa, cree y opina⁽⁷¹⁾.

En segundo lugar, los facilitadores que son siempre objetivos, también preceden al comportamiento e influyen en el grado de facilidad o dificultad que la puérpera va a tener para mantener la conducta, una vez motivada. Se concretan en habilidades y la existencia y accesibilidad de recursos⁽⁷¹⁾.

En tercer lugar, los factores de refuerzo, posteriores al comportamiento, son las consecuencias derivadas de la realización de la conducta. Entre éstos se encuentran tanto consecuencias subjetivas como objetivas⁽⁷¹⁾.

Por último, es importante tener en cuenta tanto los factores que han ayudado a las mujeres a mantener la abstinencia a fin de poder reforzarlos y obtener argumentos que promuevan esta conducta como aquellos que la dificultan con el fin de poderlos modificar⁽⁷¹⁾.

A continuación los dos comportamientos se analizarán a través de estos factores.

- Conductas a analizar:

Retorno al consumo de tabaco después del parto
Dificultad para afrontar los factores específicos de recaída

- Factores asociados a los comportamientos:

FACTORES PREDISPONENTES

Positivos: La mujer que mantiene la abstinencia...

Conocimientos

- Sabe que el humo del tabaco es perjudicial para la salud de su hijo.
- Conoce los beneficios de dejar de fumar para su salud.
- Sabe que si fuma traspasa la nicotina al bebé durante la lactancia materna.

Actitudes

- Considera el embarazo como una oportunidad para dejar de fumar de manera permanente.
- Se siente motivada para dejar de fumar definitivamente.
- Se siente capaz de mantener la abstinencia a largo plazo.
- Muestra preocupación por exponer a su hijo al humo del tabaco.

Valores y creencias

- Cree que si fuma su hijo en un futuro también fumará.
- Cree que si fuma su hijo tendrá problemas respiratorios.
- Cree que si fuma no podrá amamantar a su bebé.

Negativos: La mujer que recaee...

Conocimientos

- No conoce los efectos negativos del HAT en sus hijos.

Actitudes

- No se siente preocupada por los efectos del HAT en la salud de su hijo.
- Sólo considera necesario dejar de fumar durante el embarazo para que su bebé nazca sano.
- No se siente motivada para dejar de fumar de manera permanente.
- No se siente capaz de mantener la abstinencia a largo plazo.
- Ha fumado siempre y no ha visto afectada su salud.

Valores y creencias

- Cree que el tabaco la ayudará a controlar el peso durante el puerperio.
- Piensa que fumar le ayuda a gestionar sus emociones.
- Cree que los cigarrillos le ayudan a disminuir el estrés.
- Cree que el tabaco no influye en la lactancia materna.
- Piensa que el humo del tabaco no afecta a la salud de su hijo.

FACTORES FACILITADORES

Positivos: La mujer que mantiene la abstinencia...

Habilidades

- Es capaz de realizar una dieta equilibrada para controlar el peso.
- Tiene capacidad para compartir y gestionar los sentimientos de tristeza que le surgen en esta etapa.
- Afronta el estrés surgido durante el puerperio.
- Alimenta a su hijo mediante lactancia materna.
- Negocia con la pareja una política libre de humo en casa.

Recursos

- Recibe el apoyo de los profesionales sanitarios.
- Tiene el soporte por parte de la pareja y/o el entorno.

Negativos: La mujer que recae...

Habilidades:

- Utiliza el tabaquismo para controlar el peso.
- Utiliza el tabaquismo para gestionar las emociones negativas durante el postparto.
- Utiliza el tabaquismo para afrontar el estrés durante esta etapa.
- Tiene dificultades en la lactancia materna o proporciona lactancia artificial.
- Carece de habilidades para negociar con la pareja una política libre de humo en el hogar.

Recursos

- Tiene poco o ningún apoyo por parte de los profesionales sanitarios.
- Ha recibido mensajes de educación sanitaria ambiguos o erróneos.
- Recibe poco o ningún apoyo por parte de la pareja y/o el entorno.

FACTORES DE REFUERZO

Positivos: La mujer que mantiene la abstinencia...

- Se siente mejor desde que ha dejado de fumar.
- Ahorra más desde que no fuma.
- Se siente más saludable.
- Siente que protege al bebé de los efectos perjudiciales del HAT.
- Recibe reconocimiento por el logro conseguido.
- Continúa con la lactancia materna.
- Se siente mejor con ella misma.

Negativos: La mujer que recaee...

- No ha experimentado problemas de salud relacionados con el tabaquismo.
- Cree que la salud de su hijo es buena aunque ella fume.
- Piensa que ha disminuido de peso desde que ha vuelto a fumar.
- Siente que controla mejor sus emociones desde que ha vuelto a fumar.
- Piensa que el estrés ha disminuido desde que fuma.
- Ha fumado en presencia de otros hijos y éstos tienen buena salud.
- No se siente influenciada por su entorno.
- Recibe poco o ningún reconocimiento por el logro conseguido.
- Fracasa en la lactancia materna.

2.1.5 Diagnóstico educativo

Un diagnóstico educacional eficaz proporciona una serie de objetivos específicos que si se logran tendrán un gran impacto en los comportamientos de la población diana. Ésta es una de las actuaciones indispensables para el tratamiento del problema detectado, el aumento de la prevalencia de tabaquismo entre las púerperas, y tiene como finalidad descubrir las causas que dificultan la adopción de los comportamientos que se han identificado como prioritarios: mantener la abstinencia después del parto y afrontar los factores específicos de recaída⁽⁷¹⁾.

En esta fase las mujeres del Baix Llobregat han ofrecido una información clave a través de las entrevistas y se han podido conocer los principales factores que se asocian a los comportamientos escogidos como objeto de intervención.

Se ha observado que la mayoría de madres coinciden en que el déficit de conocimientos sobre los efectos del HAT en la salud del neonato, la insuficiente sensibilización, la falta de autoeficacia y motivación para mantener la abstinencia a largo plazo, la carencia de habilidades para negociar con la pareja una política libre de humo en el hogar y la falta de estrategias para afrontar el estrés, los síntomas negativos y la preocupación por el peso aumentan su vulnerabilidad a recaer durante el postparto.

Por lo tanto, diseñar intervenciones dirigidas a tratar de forma específica estos factores puede aumentar el porcentaje de mujeres que mantienen la abstinencia después del parto y así disminuir la prevalencia de puérperas fumadoras.

2.2 FASE DE DESARROLLO

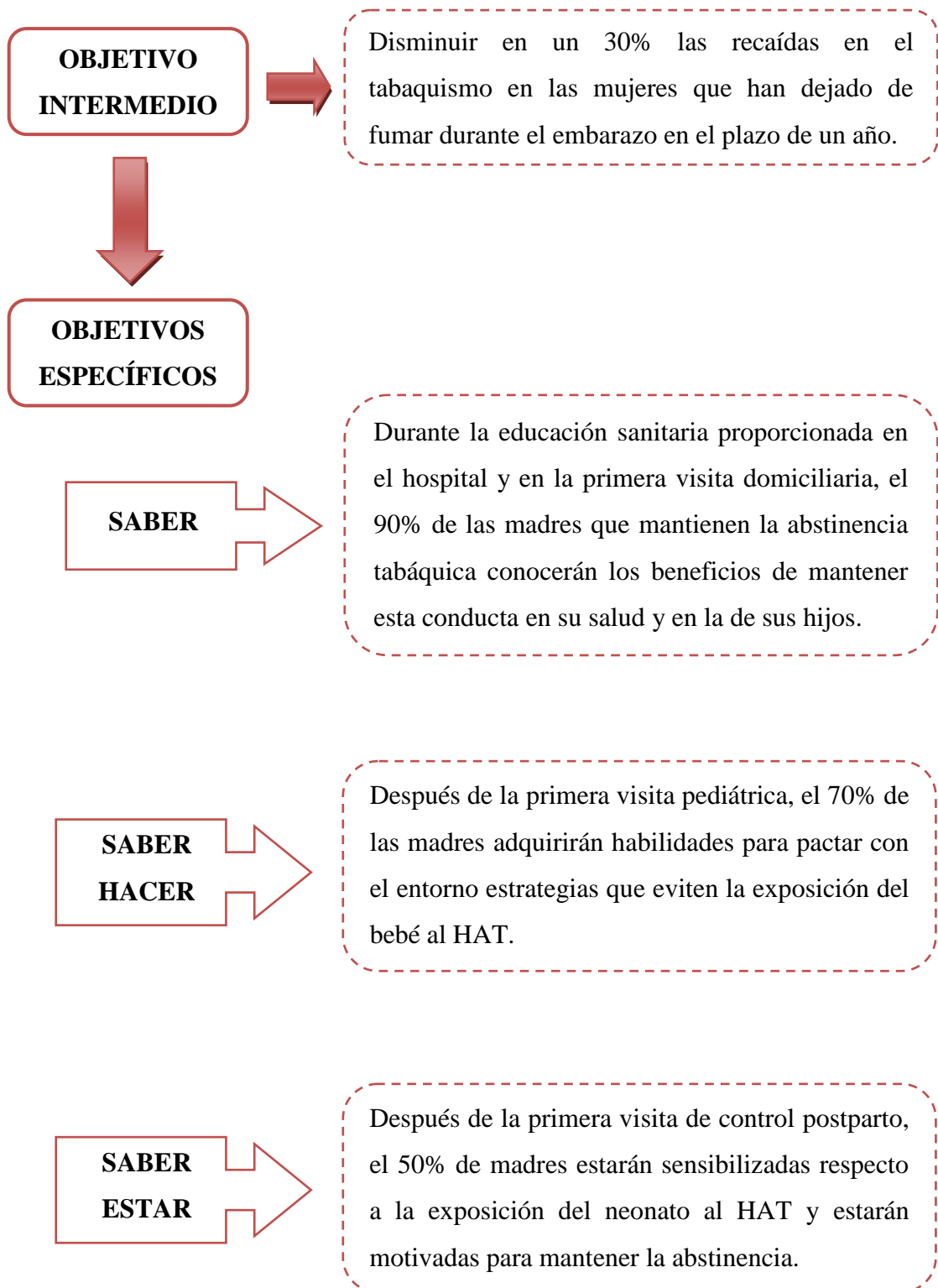
2.2.1 Objetivos del Programa de Salud

Para definir los objetivos de este Programa de Salud se sigue aplicando el modelo PRECEDE. Según este método, el objetivo general indica la finalidad última del programa, es decir, aquello que se quiere conseguir con la implantación de las diversas actividades. Este objetivo se desglosa en dos intermedios que definen los comportamientos esperados en la población diana. A su vez, éstos se dividen en tres objetivos específicos que favorecen la predisposición, facilitación y el refuerzo del cambio de comportamiento que se pretenden conseguir. Se trabajan las áreas de conocimientos, habilidades y actitudes.

El **objetivo general** que se plantea para este programa es:

Disminuir en un 5% la prevalencia de tabaquismo en las puérperas del Baix Llobregat que han abandonado la adicción durante el embarazo en el plazo de 3 años.

Este objetivo se desglosa en dos **objetivos intermedios** y éstos a su vez en tres **objetivos específicos** relacionados con los conocimientos, habilidades y actitudes que las mujeres deben asumir. Éstos se plantean a continuación:



OBJETIVO INTERMEDIO



El 60% de las madres ex-fumadoras, en el plazo de seis meses, adquirirán estrategias de afrontamiento para gestionar los factores específicos del postparto que promueven la recaída.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

SABER

Durante la segunda visita domiciliaria, el 80% de madres conocerán e identificarán las sensaciones que pueden experimentar durante el puerperio y que pueden conducir a una recaída.

SABER HACER

Durante los primeros seis meses postparto, el 70% de las madres desarrollarán diversas habilidades para afrontar los factores específicos de recaídas.

SABER ESTAR

Durante el primer año después del parto, el 60% de las madres valorarán positivamente poseer estrategias para afrontar las situaciones que favorecen la recaída.

2.2.2 Intervenciones educativas que se proponen

Las siguientes actividades están diseñadas con la finalidad de alcanzar los distintos objetivos que se han propuesto en este Programa de Salud. Para ello, es necesario realizar una búsqueda bibliográfica y basarse en las estrategias que han demostrado mayor efectividad.

El programa se iniciará en el periodo inmediatamente después del nacimiento del bebé, es decir, en el puerperio hospitalario y se extenderá hasta al año después del parto, en el marco de Atención Primaria (AP), coincidiendo con los controles postparto y las visitas pediátricas. Las encargadas de desarrollar las actividades planificadas serán las enfermeras de maternidad, las comadronas y las enfermeras pediátricas debido a que ocupan una posición privilegiada para motivar, aconsejar y ayudar a las mujeres a mantener la abstinencia.

Debido a que este programa es multicéntrico, es decir, se desarrolla en los diferentes centros de AP del Baix Llobregat, es necesario asignar diversas responsables con el fin de coordinar todas las personas implicadas en el desarrollo de las intervenciones. De este modo, habrá dos enfermeras de maternidad, una por turno, responsables de organizar la intervención hospitalaria; dos comadronas que coordinarán las intervenciones en las visitas domiciliarias y el control postparto; y por último, cuatro enfermeras pediátricas encargadas de las actividades realizadas en Atención Primaria. Además, de modo complementario, se incluirán diversos profesionales como un psicoterapeuta, una nutricionista y comadronas externas que se encargarán de desarrollar actividades adicionales en el Hospital Sant Joan de Déu. Este abordaje multidisciplinar permite tratar el problema del tabaquismo materno de una manera más completa.

Las intervenciones diseñadas para la consecución de los objetivos combinan estrategias conductuales y de incentivos, es decir, se ha basado en un método mixto. En primer lugar, se ha planificado una actividad preliminar que consta de una única sesión. Ésta es necesaria para incluir a las puérperas del Hospital Sant Joan de Déu al Programa de Salud. En segundo lugar, se han desarrollado ocho actividades que se distribuyen en nueve sesiones presenciales y una virtual.

Asimismo, también se llevan a cabo cuatro talleres complementarios de asistencia voluntaria. Del total de sesiones, seis se realizarán de manera individual y cinco de forma grupal. Además, para el desarrollo de cada una de estas actividades se utilizará material de apoyo como trípticos, correos electrónicos, videos, etc.

En estas sesiones se proporcionará información, se motivará a las mujeres, se las enseñará a reconocer situaciones de riesgo y a desarrollar estrategias alternativas para no volver a fumar, así como a incrementar el apoyo social. Al mismo tiempo, se ofrecen diversos incentivos con el objetivo de captar la atención de las mujeres y emplearlos como elementos motivadores para mantener el cambio de comportamiento.

Los incentivos que se utilizarán serán de dos tipos. En primer lugar, se proporcionarán artículos para el bebé de bajo coste que contendrán mensajes positivos que refuercen un estilo de vida sin humo. Éstos se entregarán a todas las mujeres que participen en las actividades. En la intervención que coincide con la primera visita pediátrica se obsequiará con un babero. Durante el control postparto, se repartirá un sonajero. Posteriormente, en la segunda visita pediátrica se proporcionará un pijama. Por último, en las actividades que se realizarán a los cuatro y seis meses, coincidiendo con las visitas pediátricas, se entregará un masajeador de encías y un set de platos para bebés respectivamente. En segundo lugar, se entregarán dos vales de 30 euros canjeables por pañales. Como condición se solicitará a las madres una muestra de orina a los nueve y doce meses, en las mismas visitas pediátricas. De este modo, se podrá confirmar bioquímicamente la abstinencia y si se ha mantenido se proporcionarán los vales adjuntando una carta de felicitación.

Por último, se debe destacar que además de utilizar métodos conductuales y de incentivos se ha incorporado dos de las estrategias más empleadas para ayudar a las personas en el proceso de cesación tabáquica. En primer lugar, se ha aplicado la estrategia de las 5A's (Ask = preguntar, Advise = aconsejar, Assess = valorar, Assist = ayudar, Arrange = programar) [Anexo 6]. Ésta consiste en identificar el consumo de tabaco, recomendar el mantenimiento de la abstinencia, valorar la motivación de cada mujer, ayudarla a mantener el cambio de conducta a través de

las distintas actividades y finalmente planificar el seguimiento [Anexo 3]. En el caso de que la mujer no esté motivada o ésta haya disminuido con el tiempo, se utilizará la estrategia de las 5R's (Relevance=relevancia, Risk=riesgos, Reward=recompensas, Roadblock=barreras, Repeat=repeticón) [Anexo 7]. Ésta es una intervención motivacional que permite personalizar el consejo de salud y ayudar a aumentar el nivel de motivación hacia el mantenimiento de la abstinencia. Consiste en ayudar a la persona a identificar los motivos más relevantes para dejar de fumar, solicitar que identifique los riesgos para su salud, las recompensas de dejar el tabaco, las barreras que lo dificultan y los mensajes que le motivan para continuar con el cambio⁽⁷³⁾.

A continuación, se describirán las actividades planificadas que tienen la finalidad de alcanzar el objetivo final del Programa de Salud. Cada una de ellas, está íntimamente ligada con uno de los objetivos intermedios y pretende que las mujeres adquieran conocimientos, habilidades y actitudes necesarias que ayudarán a mantener el cambio de conducta que han establecido durante el embarazo.

2.2.2.1 Actividad preliminar. Intervención breve: Primer contacto con la puérpera

· Definición:

La intervención breve es una actividad dirigida a establecer el primer contacto con la población diana e informarla sobre el programa. Es sencilla, práctica y de carácter individual. Para su aplicación es necesario establecer una buena relación terapéutica que permitirá, en un tiempo limitado, obtener información clave sobre el consumo de tabaco.

· Objetivo:

El objetivo de la intervención breve es identificar a todas las mujeres que han abandonado el tabaquismo durante la gestación, proporcionar apoyo, favorecer la motivación y ayudar a mantener la abstinencia incluyéndolas en el programa.

· Sesiones:

Para esta actividad se realizará una única sesión en la unidad de maternidad. Su duración oscilará entre 3 y 10 minutos dependiendo de la motivación por parte de la puérpera.

· Metodología y contenidos:

La actividad preliminar se llevará a cabo de forma individualizada, en la habitación de cada puérpera. Ésta se iniciará cuando el estado físico y emocional de la mujer lo permita y su duración dependerá del grado de motivación de la madre.

La intervención breve aborda las tres primeras A's de la estrategia anteriormente comentada. Este tipo de intervención debe estar incorporada dentro de la educación sanitaria habitual del recién nacido.

El primer paso para su aplicación es preguntar a todas las puérperas de la sala de maternidad sobre su consumo de tabaco, registrarlo y categorizarlo en tres posibilidades: fumadora, ex-fumadora o no fumadora. En el caso de que la mujer se identifique como ex-fumadora, se indagará si el abandono se ha producido durante el embarazo. Una vez se identifique la población diana a la que va dirigida el Programa de Salud, es importante felicitarlas por la decisión de abandonar la adicción y recordarles que su acción es beneficiosa, tanto para la salud de su hijo/a como para la propia. Después de este paso intermedio, el siguiente es aconsejar. En esta fase, se recomienda mantener la abstinencia después del parto mediante un asesoramiento breve. Seguidamente, se valora la motivación por parte de la puérpera a dejar de fumar a largo plazo. Si está motivada se ofrece la posibilidad de participar en las siguientes intervenciones. En este caso, la duración de la intervención debe ser de aproximadamente 3 minutos.

Si por el contrario, la mujer no está motivada, la sesión se prolonga alrededor de 10 minutos ya que es necesario llevar a cabo una entrevista motivacional con el fin de ayudarla a explorar y resolver su ambivalencia frente al retorno al consumo de tabaco. Ésta se basa en la estrategia de las 5R's (Relevance=relevancia, Risk=riesgos, Reward=recompensas, Roadblock=barreras, Repeat=repetición).

Seguidamente, se deja un tiempo de reflexión y posteriormente se vuelve a valorar el grado de motivación de la mujer. Si la puérpera está dispuesta a mantener la cesación, se le ofrece, del mismo modo que en el caso anterior, la posibilidad de participar en las intervenciones planificadas.

Esta metodología, donde se abordan las tres primeras A's se seguirá aplicando tanto en las visitas domiciliarias como en los controles postparto y las visitas pediátricas. Del mismo modo, se seguirá valorando el consumo, se felicitará por el mantenimiento de la abstinencia y se aconsejará seguir con este comportamiento. Además, se proporcionarán las diversas intervenciones que ayudarán a la mujer a seguir con esta actitud y por último, se programarán las próximas actividades. De este modo, se completa la estrategia de las 5A's.

· Material de apoyo:

Como medio de soporte educativo a esta intervención, se colorarán carteles informativos por la unidad de maternidad con el fin de sensibilizar y reforzar actitudes referentes al mantenimiento de la abstinencia y la protección de la salud neonatal.

· Profesionales implicados:

Las enfermeras de la unidad de maternidad serán las responsables de llevar a cabo esta intervención. El papel de estos profesionales es fundamental ya que establecen el primer contacto con la puérpera y aconsejan de manera temprana el mantenimiento de la conducta. Además, son el nexo conector con el primer nivel asistencial donde se realizarán las demás actividades.

2.2.2.2 Actividad 1. Educación sanitaria: beneficios de mantener la abstinencia en la salud familiar

· Definición:

La intervención de educación sanitaria está dirigida a proporcionar información para que las mujeres mantengan la abstinencia con el fin de favorecer la salud de sus hijos y la propia. Es una actividad individual, teórica, adaptada y

personalizada para cada mujer y se utilizará como método educativo el dialogo interactivo.

· Objetivo:

El objetivo de esta actividad es que las mujeres adquieran conocimientos sobre los beneficios de mantener la abstinencia en su salud y la del neonato. Además, se resolverán dudas, ambivalencias y creencias erróneas sobre el tabaquismo y la maternidad.

· Sesiones:

Esta actividad se realizará durante la primera visita domiciliaria y su duración será de aproximadamente de 10 minutos.

· Metodología y contenidos:

La siguiente intervención se realizará de forma individual y su duración será de aproximadamente 10 minutos. Se incorporará en la educación sanitaria habitual del recién nacido que se proporciona en la primera visita domiciliaria. El hogar ofrece un espacio mucho más íntimo y personal que la consulta, de este modo se favorece un ambiente de confianza que facilita la integración de conocimientos.

Para esta actividad se utilizará como método educativo la entrevista con dialogo interactivo que permite obtener información sobre los conocimientos que posee la mujer y ampliarlos según sus necesidades de aprendizaje. Además, permite comprender sentimientos y emociones que surgen en esta etapa y también aclarar dudas, creencias erróneas y ambivalencias. Para ello, tanto la mujer como el profesional deben adoptar un papel activo.

En un inicio, se explicará el motivo de esta educación, se establecerá la relación de ayuda y se reforzarán los logros conseguidos. Seguidamente, se proporcionarán mensajes relacionados con los beneficios de mantener un entorno libre de humo y la mejora de la salud materna y del neonato. Se explicará que se reducen los riesgos de los niños para padecer ciertas enfermedades relacionadas con el HAT y que la abstinencia facilita la lactancia materna. Estos mensajes se ofrecerán de manera clara, firme, personalizada, positiva e inequívoca y el profesional que los

transmita tendrá que poseer habilidades comunicativas como la asertividad, la empatía y la escucha activa. Para concluir, el profesional debe ser capaz de entender los sentimientos y emociones asociados al cambio y resolver las dificultades que la mujer ha presentado en este proceso.

· Material de apoyo:

Durante la educación sanitaria se proporcionará un tríptico que refuerce los mensajes que se transmitan y amplíen la información y la motivación ofrecida.

· Profesionales implicados:

Las comadronas de atención domiciliaria serán las que realizarán la educación sanitaria. La relación terapéutica establecida durante el embarazo facilita que los mensajes de educación sanitaria proporcionados tengan mayor aceptación y eficacia.

2.2.2.3 Actividad 2. Intervención de apoyo social: participación de la pareja

· Definición:

La intervención de apoyo social es una actividad donde participará la pareja o cualquier otra persona del entorno que proporcione apoyo a la mujer. Es de carácter grupal y se utilizará como método de educación la discusión en grupo. Estará dirigida por un moderador que facilitará la participación activa por parte de los integrantes.

· Objetivo:

El objetivo de esta intervención es conseguir que la mujer identifique a la persona que le puede proporcionar apoyo, ayudarla a desarrollar habilidades para conseguir este soporte y generar estrategias conjuntas que favorezcan el mantenimiento de la abstinencia por parte de la mujer. Además, sirve para promover ambientes libres de humo, fundamentalmente en el hogar.

· Sesiones

Se realizará una única sesión de carácter grupal en Atención Primaria aprovechando la primera visita pediátrica. Su duración será de aproximadamente 60 minutos.

· Metodología y contenidos:

La intervención de apoyo social se realizará de forma grupal con una duración de aproximadamente una hora. Las mujeres vendrán acompañadas por su pareja u otra persona de apoyo y se formarán grupos reducidos de 5-6 parejas. Esta actividad se efectuará aprovechando la primera visita pediátrica, es decir, al mes del nacimiento del neonato. Por lo tanto, se llevará a cabo en el ámbito de Atención Primaria, en una de las aulas que disponga el centro para realizar educación sanitaria.

En esta sesión se utilizará como método educativo la discusión en grupo que permitirá exponer opiniones, ideas, experiencias, etc. Para ello, se requerirá un ambiente relajado, respetuoso y de aceptación. Además, se precisará de la presencia de un moderador que dirija la intervención y promueva la participación de todos los miembros.

Al inicio de la sesión, el moderador efectuará una breve introducción sobre por qué es importante que la mujer mantenga la abstinencia y la influencia que tiene la pareja o la persona de apoyo en esta conducta. Seguidamente, se realizará un ejercicio con el fin de buscar e intercambiar estrategias adaptadas a cada madre que la ayuden a no recaer en la adicción. Para ello, la mujer anotará las cosas que le gustaría que su compañero hiciera para apoyar su conducta de no fumar y éste escribirá las cosas que cree que puede hacer para ayudarla. A continuación, la pareja comparará las listas y acordarán cuáles son las mejores estrategias de apoyo. Además, pondrán en común con el resto del grupo las estrategias acordadas, conocerán diferentes puntos de vista y discutirán sobre los beneficios y dificultades de cada conducta. Esto permite a las parejas conocer otros métodos de apoyo, de forma que pueden intercambiar las estrategias que consideren más útiles.

Para finalizar la sesión se realizará un breve resumen de las estrategias propuestas y se proporcionarán una serie de recomendaciones. En primer lugar, si el compañero es fumador se aconsejará que la mejor estrategia para ayudar a la mujer es dejar de fumar y se facilitará información sobre los distintos recursos a los que puede acceder. En el caso de que el compañero no esté dispuesto a abandonar la adicción se recomendará proteger a la madre y al neonato del tabaco, incidiendo en mantener un hogar libre de humo.

· Material de apoyo:

Para esta intervención se utilizará como medio de soporte educativo un tríptico que se repartirá a cada una de las parejas. El folleto mostrará porqué el soporte del compañero es importante para la mujer que ha dejado de fumar y contendrá las principales formas de ayuda y de apoyo mutuo para no recaer.

· Profesionales implicados:

Las enfermeras pediátricas serán las responsables y moderadoras de esta intervención. Su papel será el de dirigir el grupo de discusión de una manera dinámica e interactiva propiciando la participación activa de los integrantes. Los profesionales de pediatría son idóneos para este tipo de intervención que incluye al compañero ya que tienen más contacto con los progenitores y éstos los relacionan de manera directa con la protección de la salud de sus hijos.

2.2.2.4 Actividad 3. Sensibilizar y motivar: conseguir la autoeficacia

· Definición:

La intervención de sensibilizar y motivar está dirigida a conseguir la autoeficacia. Se caracteriza por ser práctica y requerir de la participación activa por parte de las madres. Utilizará como estrategias educativas el trabajo autónomo y la dinámica de grupo.

· Objetivo:

El objetivo de esta actividad es conseguir mantener la actitud que estimula a las mujeres a mantener la abstinencia tabáquica a través de estrategias de sensibilización y motivación, donde aprendan a identificar los motivos intrínsecos que promueven su autoeficacia.

· Sesiones

Para esta actividad se desarrollarán dos sesiones. La primera será virtual, de carácter individual y autónomo. La segunda sesión se realizará en Atención Primaria, aprovechando la visita de control postparto. Su duración será de una hora aproximadamente.

· Metodología y contenidos:

1ª sesión:

Esta intervención se realizará de modo virtual. Se enviará a cada participante un correo electrónico después de la segunda actividad. El e-mail contendrá una carta de motivación que pretende animar a las mujeres a seguir con la abstinencia tabáquica. Además, incluirá información sobre la siguiente actividad que se realizará en la primera visita de control postparto. Se recomendará la visualización de un video motivacional y de sensibilización que serán enviados en el mismo correo. Éste contendrá mensajes sobre las repercusiones de fumar en la salud del neonato y en la propia y mensajes positivos emitidos por otras mujeres que han logrado mantener la abstinencia. El cortometraje finalizará con la siguiente pregunta: “*Y a ti, ¿qué te motiva?*”. De este modo, se recomendará que las mujeres completen una lista con los factores que les motivan para mantener esta conducta. Este ejercicio previo será de gran utilidad para la siguiente sesión.

2ª sesión:

Esta sesión se realizará de forma grupal, con un máximo de 5-6 mujeres, intentando mantener los grupos formados en la anterior actividad para favorecer un ambiente basado en la confianza y la aceptación. Su duración será aproximadamente de una hora y se efectuará aprovechando el primer control

postparto, planificado a los cuarenta días del nacimiento. Por lo tanto, se llevará a cabo en el ámbito de Atención Primaria, en una de las aulas que disponga el centro para impartir educación sanitaria.

La técnica grupal que se utilizará será el Brainstorming (lluvia de ideas) que consiste en facilitar la exposición de ideas o propuestas acerca de aspectos relacionados con la motivación. En esta intervención las mujeres adoptarán un papel activo, desarrollando las actividades mientras que el profesional asumirá un papel pasivo interviniendo sólo como orientador y motivador en el proceso.

Para realizar esta sesión las mujeres deberán traer la lista de motivaciones que han efectuado previamente. En primer lugar, el profesional de la salud presentará la actividad y hará un recordatorio de los mensajes emitidos en el video que las mujeres han podido visualizar. Posteriormente, se solicitará al grupo que emita con total libertad cada una de las motivaciones encontradas, éstas se comentarán, se agruparán y se anotarán en una pizarra. De este modo, las mujeres podrán ampliar su lista de motivaciones con las propuestas expuestas por el resto del grupo y conseguir una lista personalizada y más ampliada, que la podrán utilizar en los momentos que tengan impulsos de fumar. Para finalizar la sesión, se repartirá una pizarra imantada donde podrán anotar de forma adaptada, con frases muy concretas y vocabulario propio, su lista personalizada de motivaciones. Se les recomendará que la cuelguen en un lugar visible para facilitar una motivación constante. Para concluir la sesión, el profesional de salud reforzará las razones que motivan a las mujeres, de modo que aumentará la confianza en sí mismas para mantener la actitud de no fumar.

· Material de apoyo:

Como medio de soporte para esta intervención se utilizará una carta y un video. Por un lado, la carta personalizada es el método indirecto más eficaz y al enviarlo por correo electrónico el coste es mínimo. Tiene especial valor dado que es muy selectivo y contiene mensajes que refuerzan la motivación de la madre. Además, proporciona apoyo y continuidad por parte de los profesionales de la salud. Por otro lado, el video es uno de los métodos que permiten mayor sensibilización

debido a que combina la imagen, el sonido y el movimiento con gran sensación de realidad. Asimismo, permite la repetición del mensaje las veces que la mujer crea necesarias.

· Profesionales implicados:

Las comadronas de Atención Primaria serán las responsables de llevar a cabo esta intervención. Durante la actividad, adoptarán un papel pasivo e intervendrán para guiar, propiciar la participación activa y motivar a las integrantes del grupo. Este tipo de profesional es adecuado para llevar a cabo esta intervención ya que sus conocimientos en salud materna y del neonato permitirán empatizar con la mujer y con las dificultades que se les presentan en esta nueva etapa.

2.2.2.5 Actividad 4. Educación sanitaria: Identificar factores de recaída

· Definición:

La intervención de educación sanitaria está orientada a identificar los factores de recaída específicos del postparto. Es una actividad teórica, adaptada y personalizada para cada mujer. Se realizará de manera individual y utilizará como método de educación el dialogo interactivo.

· Objetivo:

El objetivo de esta actividad es proporcionar conocimientos sobre los factores específicos de recaída asociados con el periodo postparto y ofrecer consejos sanitarios sobre cómo afrontarlos.

· Sesiones

Esta actividad se realizará durante la segunda visita domiciliaria y su duración será aproximadamente de 10 minutos.

· Metodología y contenidos:

La educación sanitaria que se proporcionará durante la segunda visita domiciliaria se realizará del mismo modo que en la primera visita. Será de carácter individual, aprovechando el entorno más íntimo y personal que se crea en el hogar y su duración será de aproximadamente 10 minutos.

En esta sesión se utilizará como método educativo la entrevista con dialogo interactivo entre la mujer y el profesional sanitario que permitirá el intercambio de conocimientos, opiniones, ideas y obtener información sobre las necesidades de la mujer. Este método posibilitará que tanto el profesional como la mujer adopten un papel activo.

En primer lugar, el profesional explicará el objetivo de esta educación sanitaria y la utilidad de ésta. A continuación, aportará conocimientos sobre los factores que pueden facilitar una recaída y ayudará a la mujer a identificar las situaciones propias que le dificultan la abstinencia. Seguidamente, se le ofrecerán consejos personalizados que ayudarán a prevenir y manejar estas situaciones. El profesional deberá estar formado sobre los diversos factores que facilitan la recaída como la reducción de la motivación por parte de la puérpera, la preocupación por el peso, el estrés, los síntomas depresivos, el fracaso en la lactancia y la influencia del entorno. Del mismo modo, deberá conocer los consejos más eficaces para cada situación y emitirlos de forma clara, simple y positiva.

Asimismo, se ayudará a la mujer a identificar la sensación de control que es muy habitual que surja en esta etapa, una vez se han superado los principales síntomas de abstinencia. Esta situación puede conllevar a que la mujer sufra un lapso y como consecuencia una posible recaída. Por ello, es importante que el profesional trate este tema de manera precoz y normalice estas situaciones evitando culpabilizar a la mujer en el caso de que ya haya ocurrido. En este último caso, deberá animarla a seguir y explicarle que cada intento ofrece nuevas experiencias y conocimientos que la aproximan al éxito final, dejar de fumar definitivamente.

Por último, se concluirá la sesión resumiendo los conceptos más importantes transmitidos durante la educación sanitaria, dejando un espacio para que la mujer exprese dudas y temores.

· Material de apoyo:

Durante la educación sanitaria realizada en el domicilio se proporcionará un tríptico que refuerce los mensajes que se transmitirán y amplíen la información y la motivación ofrecida. El folleto contendrá los principales motivos de recaídas y

las estrategias para afrontarlos. Además, se propondrá la realización de un ejercicio que consistirá en identificar aquellas situaciones que dificultan el mantenimiento de la abstinencia y las estrategias que cada mujer ha llevado a cabo para afrontarlas, de manera que se analizarán en la siguiente actividad.

· Profesionales implicados

Las comadronas de atención domiciliaria serán las que realizarán esta actividad. La relación terapéutica establecida durante el embarazo facilitará que los mensajes de educación sanitaria que se proporcionarán tengan mayor aceptación y eficacia.

2.2.2.6 Actividad 5. Asesoramiento práctico: Identificar situaciones de riesgo y desarrollar respuestas de afrontamiento

· Descripción:

La intervención de formación en habilidades es una actividad que ayudará a identificar y a desarrollar estrategias para afrontar las situaciones de riesgo. Es de carácter grupal y estará guiada por un moderador que promoverá la participación activa y se adaptará a las características y necesidades de las madres. Se utilizarán dos métodos de educación, el Brainstorming y la discusión en grupo.

· Objetivo:

El objetivo de esta actividad es aumentar la autonomía de las madres respecto a la toma de decisiones sobre su salud, proporcionándoles herramientas que les permitan identificar factores de riesgo de recaída y desarrollar estrategias para un adecuado afrontamiento.

· Sesiones:

Para esta actividad se realizará una sesión de carácter grupal en Atención Primaria aprovechando la segunda visita pediátrica. La duración será de aproximadamente 60 minutos. Además, las mujeres que hayan recaído o padecido un lapso tendrán la posibilidad de realizar una consulta individual para proporcionarles un asesoramiento más personalizado.

· Metodología y contenidos:

La intervención de formación en habilidades se realizará de forma grupal. Del mismo modo que en las sesiones anteriores, se intentará mantener los grupos formados por las 5-6 mujeres ya que se fomentará que se cree un vínculo entre ellas y esto favorecerá la exposición de opiniones, sentimientos, etc. La duración de esta actividad será aproximadamente de una hora y se efectuará en el aula de educación sanitaria que disponga el centro de Atención Primaria donde son atendidas. Se realizará a los dos meses después del nacimiento coincidiendo con la segunda visita pediátrica.

Para favorecer el desarrollo de la actividad las mujeres deberán traer el tríptico entregado en la sesión de educación sanitaria dedicada a proporcionar información sobre los factores de recaída. Es importante que se realice el ejercicio que se propone con el objetivo de que reconozcan acontecimientos, estados de ánimo o actividades que incrementan el riesgo de recaída. Además, también les ayudará a identificar y reflexionar sobre las habilidades o estrategias que han utilizado para afrontarlas.

En primer lugar, el profesional efectuará una breve introducción donde explicará el desarrollo de la actividad. La técnica grupal que se utilizará será la discusión en grupo que permitirá que todas las mujeres expresen libremente sus experiencias y sus diferentes puntos de vista. El debate se introducirá realizando una puesta en común del ejercicio propuesto anteriormente. En éste las mujeres compartirán las situaciones que han incrementado el riesgo de recaer e intercambiarán estrategias de afrontamiento. Por ejemplo, en el caso de la irritabilidad infantil, que puede generar un alto nivel de estrés, las mujeres pueden proponer técnicas de relajación, realizar un baño, dar un paseo, etc. De este modo, las participantes se asesorarán de manera mutua y se conseguirá una mayor integración y aceptación de las habilidades propuestas.

En esta actividad el moderador tendrá un papel importante. Por un lado, dirigirá la discusión hacia los temas más predominantes que se hayan puesto en común, de modo que su discurso se adaptará a las características y necesidades del grupo en concreto. En el caso de que las mujeres de un grupo estén especialmente

preocupadas por el peso, el asesoramiento irá más enfocado a este tema en particular, de manera que esta actividad se desarrollará de modo distinto en cada grupo de intervención, dependiendo de las preocupaciones de las participantes. Por otro lado, deberá corregir de forma asertiva aquellas estrategias inadecuadas y reforzar los comportamientos deseados. Además, concluirá la sesión y extraerá las conclusiones generadas en la discusión fomentando habilidades de afrontamiento propuestas por el grupo y por él mismo.

Por último, se ofrecerá la posibilidad de realizar una consulta individualizada en aquellos casos donde las mujeres hayan experimentado un lapso o finalmente hayan recaído. De este modo, podrán identificar de manera individualizada las razones que le han conducido a fumar, reflexionar sobre ello y elaborar otras estrategias para evitar el retorno al consumo anterior y continuar con el cambio de estilo de vida que han iniciado. Esta actividad optativa es especialmente relevante en este periodo debido a que en el postparto a corto plazo se han observado las tasas más altas de recaída. Por ello, es importante reforzar las actividades con intervenciones más intensivas y personalizadas dirigidas a aquellas mujeres con más dificultades para mantener la abstinencia.

· Material de soporte:

Durante esta actividad se ofrecerá la posibilidad de unirse a un grupo de Facebook previamente creado por los profesionales referentes del Programa de Salud. En este espacio virtual las mujeres podrán compartir sus dificultades, emociones, motivaciones, consejos, etc. para mantener la abstinencia y cuidar de la salud de su hijo. Todos estos comentarios estarán filtrados por los administradores del grupo que serán los profesionales. Éstos también aportarán documentación, reforzarán conductas, actitudes y habilidades para ayudarlas y motivarlas en este proceso de cambio. Asimismo se publicará información sobre las siguientes actividades a realizar.

· Profesionales implicados:

Los profesionales que ejercerán el papel de moderador serán las enfermeras pediátricas. Se encargarán de promover la participación activa de todos los

miembros del grupo, favorecer una mayor interacción y facilitar la exposición de los diferentes puntos de vista de las participantes, así como la expresión de sentimientos y vivencias personales. En esta nueva etapa, las enfermeras pediátricas adoptan un papel más protagonista en la vida de las madres ya que disponen de un contacto más continuo. De este modo, se establecerá una relación de mayor confianza y esto facilitará la realización de este tipo de actividades donde las mujeres deberán exponer sus dificultades en relación al mantenimiento de la abstinencia con el objetivo de proteger tanto su salud como la del bebé.

2.2.2.7 Actividad 6. Talleres: aprender a afrontar los factores de recaída

· Definición:

Los talleres son actividades teórico-prácticas donde las mujeres desarrollarán diferentes habilidades que las ayudarán a afrontar algunos de los factores de recaída trabajados en actividades anteriores. Serán de carácter grupal y estarán guiados por diferentes profesionales expertos en cada temática.

· Objetivo:

El objetivo de estos talleres es enseñar a las madres diferentes actividades que pueden emplear para afrontar situaciones que dificultan el mantenimiento de la abstinencia, de manera que puedan llevarlas a cabo de forma autónoma.

· Sesiones:

En el periodo de tiempo comprendido entre el segundo y sexto mes postparto se impartirán cuatro talleres con distintas temáticas. Se repartirán en dos sesiones cada uno. Las primeras sesiones se realizarán entre los dos y cuatro meses postparto, cada dos semanas y las segundas sesiones entre los cuatro y seis meses con la misma frecuencia. Éstos se detallan a continuación:

- 1r TALLER: **Emociones**

Lugar: Hospital Sant Joan de Déu

Tiempo: 2 sesiones

Duración: 1h 30min

Profesional: Psicoterapeuta experto en maternidad.

- 2n TALLER: **Masaje infantil**

Lugar: Hospital Sant Joan de Déu

Tiempo: 2 sesiones

Duración: 1h 30min

Profesional: Comadrona

- 3r TALLER: **Alimentación saludable en el postparto**

Lugar: Hospital Sant Joan de Déu

Tiempo: 2 sesiones

Duración: 1h 30min

Profesional: Nutricionista experta en alimentación materno-infantil.

- 4rto TALLER: **Ejercicio postparto**

Lugar: Hospital Sant Joan de Déu

Tiempo: 2 sesiones

Duración: 1h 30min

Profesional: Comadrona formada en yoga.

·Metodología y contenidos:

Los talleres se desarrollarán en el edificio docente del Hospital Sant Joan de Deú como complemento a las demás intervenciones del programa. Éstos tienen el objetivo de proporcionar a las mujeres actividades alternativas que las ayudarán a mantener el cambio de estilo de vida que han iniciado en el embarazo. La duración de cada taller será de 90 minutos y se formarán grupos de aproximadamente 10-15 mujeres que podrán participar con su bebé y/o pareja. La asistencia a éstos será voluntaria, de manera que podrán asistir a los que consideren más adaptados a sus intereses y/o necesidades.

La estructura de cada taller es similar. En primer lugar, se presentará la actividad y los beneficios que ésta aportará, principalmente ayudan a superar algunos aspectos que dificultan la abstinencia tabáquica como son los sentimientos negativos, el estrés y la preocupación por el peso. En segundo lugar, se iniciará la parte práctica donde las mujeres, apoyadas por un profesional experto en cada temática, adquirirán conocimientos, herramientas, técnicas y sugerencias que les ayudarán a disminuir situaciones que podrán provocar el retorno al consumo. Finalmente, se concluirá la sesión y se ofrecerá un espacio para compartir dudas, inquietudes, sensaciones, preocupaciones, etc. en relación a la maternidad y el mantenimiento de la abstinencia.

Los talleres que se realizarán son los siguientes:

- Taller de emociones: Actividad que pretende que las mujeres identifiquen las emociones surgidas en esta etapa, aprendan a expresarlas y a gestionarlas de forma saludable. Ayudará a las madres a disminuir los sentimientos negativos que pueden experimentar durante el postparto.
- Taller de masaje infantil: Actividad donde las madres aprenderán esta técnica que mediante la estimulación táctil aporta grandes beneficios tanto para el bebé como para la persona que lo realiza. Ayudará a disminuir el estrés y los sentimientos negativos aumentando el vínculo materno-filial.
- Taller de alimentación saludable en el postparto: Actividad donde se enseñará a las madres hábitos de alimentación saludables adaptados al periodo postparto a través de una experiencia lúdica como es la cocina. Ayudará a las mujeres a controlar el peso durante esta etapa.
- Taller de ejercicios postparto: Actividad donde podrán practicar yoga y ejercicios específicos para el postparto. Ayudará a las mujeres a fortalecer el suelo pélvico y a aprender movimientos y posiciones para la relajación. Se podrá practicar conjuntamente con el bebé. Proporcionará a las madres herramientas para disminuir el estrés y ejercer un mayor control sobre el peso.

· Material de soporte:

Al finalizar cada uno de los talleres se entregará un folleto con los ejercicios practicados durante la sesión y con los consejos y recomendaciones proporcionados. De este modo, podrán efectuar de manera autónoma lo que han aprendido durante el desarrollo del taller.

· Profesionales implicados:

Los talleres serán impartidos por diferentes profesionales expertos en cada una de las temáticas. Para la psicoterapia se requerirá la colaboración de un psicoterapeuta especializado en maternidad, para el masaje infantil una comadrona formada en esta técnica, para el taller de alimentación saludable un nutricionista especializada en alimentación materno-infantil y por último, para el de actividad física se requerirá la participación de una comadrona formada en ejercicios postparto y yoga.

2.2.2.8 Actividad 7. Intervención de simulación: aplicar estrategias de afrontamiento

· Definición:

La intervención de simulación es una actividad que ayudará a poner en práctica las estrategias aprendidas a partir de situaciones simuladas que se pueden experimentar en la realidad. Es de carácter grupal y estará guiada por un moderador que estimulará a las participantes para que se impliquen en la resolución de cada caso. Se utilizará como método educativo el estudio de casos.

· Objetivo:

El objetivo de esta actividad es fomentar la capacidad de tomar decisiones que favorezcan el mantenimiento de la abstinencia, de manera que puedan aplicar los conocimientos y habilidades aprendidas durante el programa a la vida real, es decir, relacionar la teoría con la práctica.

· Sesiones:

Para esta actividad se realizarán dos sesiones de carácter grupal en el centro de Atención Primaria. Éstas coincidirán con la tercera y la cuarta visita pediátrica respectivamente. Su duración será de aproximadamente 60 minutos.

· Metodología y contenidos:

La intervención de simulación se realizará de forma grupal, intentando mantener los equipos de 5-6 mujeres establecidos durante el programa. De este modo, se podrá conservar la dinámica de grupo que se ha creado. Esta actividad se desarrollará en el aula de educación sanitaria que dispone cada centro de Atención Primaria y su duración será de aproximadamente una hora. Para ello, se realizarán dos sesiones con la misma estructura que coincidirán con la tercera y cuarta visita pediátrica respectivamente. De esta manera se trabajaran diferentes casos con distintas temáticas relacionadas con los principales motivos de recaída. Además, permitirá valorar el progreso de cada mujer en relación a las actitudes que adoptan durante este proceso de abstinencia tabáquica.

Para esta actividad se utilizará como método educativo el estudio de casos que permitirá a las mujeres desarrollar estrategias para la resolución de diferentes casos que se pueden extrapolar a la vida real. De este modo, se generarán gran cantidad de ideas, se contrastarán diferentes puntos de vista y se fomentarán que apliquen lo aprendido a la realidad diaria. Este método permitirá que las mujeres adopten un papel activo ya que reflexionarán, analizarán, resolverán y debatirán cada caso planteado de manera autónoma. En cambio, el profesional adoptará un papel pasivo escuchando atentamente las propuestas del grupo, clarificando y animando sin imponer su criterio.

Las sesiones se iniciarán con una breve presentación de la actividad. Seguidamente, se repartirán los casos donde se plantean distintas situaciones que pueden dificultar el mantenimiento de la abstinencia. En subgrupos de dos o tres personas se reflexionará, analizará y debatirá las posibles opciones para afrontar los problemas planteados. Posteriormente, se designará una portavoz para que recoja las ideas comunes y las exponga al resto de participantes de manera que se

incentive la búsqueda de soluciones y se intercambien alternativas. Finalmente, se propondrá una discusión general donde se extraerán las conclusiones que el grupo considera mejores para solucionar el caso propuesto y que se podrán aplicar a situaciones análogas. Una vez se han analizado y discutido los problemas planteados se finalizará la sesión con una reflexión final con el objetivo de que las mujeres reconozcan los comportamientos y actitudes positivas que deben adoptar en este proceso de cambio. Es importante hacer hincapié en que fumar no soluciona los diversos problemas que se plantean en esta etapa de la maternidad y que existen otras actividades que sí son saludables y efectivas.

· Material de soporte:

Se utilizará como material de apoyo fichas que contengan los casos prácticos que se trabajarán durante la sesión y se utilizará una guía de preguntas que ayudará a que las mujeres se planteen estrategias para su resolución. Se repartirá uno por persona y las mujeres podrán anotar las soluciones que el grupo proponga y más se adapten a su estilo de vida.

· Profesionales implicados:

Las enfermeras pediátricas serán las responsables de llevar a cabo las dos sesiones de resolución de casos. Su papel será el de facilitar y conseguir que las participantes reflexionen e interactúen a lo largo de la actividad, escuchar activamente las propuestas de cada grupo y aceptar íntegramente las opiniones de cada mujer, animando a adoptar comportamientos y actitudes saludables. Del mismo modo que en actividades anteriores estos profesionales están altamente capacitados para dirigir estas intervenciones ya sea por la relación terapéutica que se establece con la mujer y el bebé como por sus conocimientos en esta materia.

2.2.2.9 Actividad 8. Mantenimiento de la abstinencia: establecer el cambio

· Definición:

La intervención de mantenimiento de la abstinencia es una actividad de seguimiento que permitirá al profesional verificar el cumplimiento de la abstinencia por parte de la mujer y seguir proporcionando consejos positivos de

manera personalizada. Será de carácter individual y se utilizará como método educativo el dialogo interactivo.

· Objetivo:

El objetivo de esta actividad es realizar un seguimiento sistemático del estatus de consumo de cada mujer, controlar la existencia de situaciones que la han puesto en riesgo de recaída y analizarlas conjuntamente, además de reiterar los mensajes proporcionados durante el programa.

· Sesiones:

El seguimiento se realizará durante la quinta y sexta visita pediátrica y su duración oscilará entre 10-15 minutos dependiendo de la motivación por parte de la mujer para seguir manteniendo la abstinencia.

· Metodología y contenidos:

La intervención de seguimiento se incluirá dentro de la educación sanitaria que se realiza en la quinta y sexta visita pediátrica en la misma consulta de enfermería. Su duración será de aproximadamente diez-quince minutos. Será de carácter individual y estará adaptada a las necesidades y características de cada mujer.

En estas sesiones se utilizará como método educativo la entrevista con dialogo interactivo entre la mujer y la enfermera pediátrica que permite conocer la etapa de cambio en la que se encuentra la madre y adaptar los consejos que se transmitirán. Con este método tanto el profesional como la mujer adoptarán un papel activo.

Del mismo modo que en todas las visitas pediátricas, se aplicará el método de las 5A's. En primer lugar, se comprobará el mantenimiento de la abstinencia y si se ha preservado, se felicitará y se seguirá fomentando esta conducta. En segundo lugar, se valorará la motivación para continuar con el cambio establecido. Asimismo, si se observa que la mujer no se encuentra suficientemente motivada o ésta ha disminuido en este periodo de tiempo, se volverá a aplicar la estrategia de las 5R's. Esto permitirá analizar junto con la mujer aquellos aspectos que le han

motivado durante todo el proceso y recordar los logros obtenidos, de manera que se consiga mantener la actitud para continuar con el cambio a largo plazo.

Paralelamente, se reiterarán los mensajes ofrecidos durante todo el programa, recalcando los beneficios positivos de haber dejado de fumar. Se escuchará activamente los sentimientos, emociones, problemas y temores que ha presentado la mujer en este periodo de tiempo, donde se ha enfrentado a las dificultades de manera autónoma. Además, se resolverán las dudas y ambivalencias que presenta. Por último, se mostrará disponibilidad y accesibilidad para que la mujer se sienta apoyada por los profesionales de la salud, comprometidos con este proceso.

Por el contrario, si la mujer ha recaído se ofrecerá soporte y ánimo, evitando la culpabilización y analizando con ella las razones que le han llevado a fumar. Se puede explicar que cada intento ofrece nuevas experiencias y conocimientos que la aproximan al éxito. Por ello, es importante renovar con la mujer el compromiso de abstinencia total y en caso necesario, ofrecer otros recursos más intensivos y a largo plazo que le ayuden a iniciar nuevamente este proceso.

Para que el seguimiento sea realmente integral será necesario que todos los profesionales que se dedican a proteger la salud materno-infantil apliquen de forma sistemática en todas las visitas, la estrategia de las 5A's. Éste es un método sencillo, breve y personalizado que permite evaluar y registrar los progresos de cada mujer y confirmar el mantenimiento del cambio establecido.

· Material de apoyo:

En la última sesión de seguimiento se entregará un díptico informando sobre teléfonos de ayuda, profesionales de cada centro de salud que pueden ofrecer soporte y otros programas de apoyo relacionados con el tabaco. De este modo, aunque finalice el programa se proporcionan otras vías de ayuda para que la mujer pueda acudir cuando se encuentre con dificultades para mantener la abstinencia tabáquica y/o proteger a su hijo del HAT.

· Profesionales implicados:

Las enfermeras pediátricas serán las encargadas de realizar las actividades de seguimiento. El papel de estos profesionales ha sido clave durante todo el programa ya que serán las responsables de dirigir un elevado número de actividades y crearán un vínculo de mayor confianza. Además, éstas tienen un contacto más regular con el núcleo familiar que les permitirá mantener la relación establecida durante el programa y continuar implicadas en proteger al niño del HAT.

2.3 PREVISIÓN DE RECURSOS

Previamente a la implementación de las actividades del Programa de Salud se debe realizar una previsión de los recursos, es decir, planificar los elementos necesarios para poder ejecutar cada una de las intervenciones. Éstos se clasifican en recursos materiales, humanos y temporales.

2.3.1 Recursos materiales

Los recursos materiales hacen referencia a los elementos físicos. Comprenden instalaciones, documentación, dispositivos y objetos necesarios para llevar a cabo las intervenciones.

En referencia a las instalaciones, se contará con los 50 CAP's del territorio del Baix Llobregat. Para desarrollar las intervenciones grupales se necesitará un aula de educación sanitaria de cada uno de estos centros. Además, se requerirá de la sala de docencia del Hospital Sant Joan de Déu para desarrollar los talleres.

En relación a la documentación, se elaborará una guía práctica para el profesional que agrupe la descripción, el objetivo, la metodología y el material de apoyo que requerirá para cada una de las actividades. Además, serán necesarias distintas fichas de trabajo, que contengan los ejercicios que se realizarán durante las sesiones y los casos prácticos con sus respectivas preguntas. Para llevar a cabo la evaluación se deben elaborar distintos documentos. Para evaluar el proceso se

necesitará un registro sistemático de actividades, uno de valoración del proceso y otro de participación, además de un cuestionario que contenga aspectos sociodemográficos y relacionados con el tabaquismo y dos encuestas de satisfacción, uno para las mujeres inscritas en el programa y otro para los profesionales implicados. De la misma manera, para la evaluación del impacto y los resultados se elaborará un cuestionario que valore los conocimientos, habilidades, actitudes y creencias de las mujeres, una escala de motivación, otra que defina las intenciones futuras de consumo y una escala de evaluación de resultados para los profesionales.

Respecto al material de apoyo que complementan las sesiones, se requerirán carteles informativos del Programa de Salud y tres modelos de trípticos, uno que exponga los beneficios de mantener la abstinencia tabáquica, otro sobre la importancia del soporte del compañero en este proceso de cambio y el último, sobre las situaciones que pueden conducir a la mujer a volver a fumar y estrategias para afrontarlas. También, se entregarán fichas de recomendaciones de cada taller realizado y un folleto informativo sobre recursos que sirvan de apoyo a las mujeres. Además, se elaborará una carta de motivación personalizada y un vídeo. Asimismo, se creará un grupo de apoyo virtual a través de la red social Facebook.

Los dispositivos que utilizarán los profesionales para facilitar la exposición de la educación sanitaria serán un proyector y diapositivas. Éstas se realizarán con el fin de resumir la información y aportar las conclusiones que se quieren transmitir y de este modo, facilitar el discurso de la enfermera y el seguimiento de la sesión por parte de las madres.

Paralelamente a la realización de las actividades se entregarán diversos objetos. Por un lado, se regalará una pizarra imantada a cada una de las mujeres participantes en la sesión de motivación. Por otro lado, cada una de ellas será obsequiada con cinco artículos de bebé de bajo coste como son un babero, sonajero, pijama, masajeador de encías y un set de platos. Además, se concederán dos vales por valor de 30 euros canjeables por pañales. Éstos se proporcionarán

previamente a la confirmación del mantenimiento de la abstinencia tabáquica mediante la prueba de la cotinina en orina, por lo tanto, se requerirá de tiras reactivas para su determinación.

Los incentivos representan un gasto económico elevado para el Programa de Salud y para disminuir este coste se realizará una alianza con la empresa de pañales “Dodot” y otra con la tienda de artículos de bebé “Prenatal”. Éstas reducirán el precio de sus productos a cambio de promocionarlos y publicitarlos entre las madres inscritas en el Programa de Salud.

2.3.2 Recursos humanos

Los recursos humanos son las personas que se necesitarán para llevar a cabo, de manera óptima, las actividades planificadas en el diseño de este Programa de Salud. Para el desarrollo de la actividad preliminar se requerirá de todas las enfermeras que se encuentren en la unidad de maternidad del Hospital Sant Joan de Déu ya que deberán incorporar dentro de la educación sanitaria habitual del recién nacido, consejos de salud referentes al tabaquismo pasivo. De manera aproximada se precisará de cuatro enfermeras, dos por turno. Del mismo modo, las comadronas que realizan las visitas domiciliarias también deberán incorporar estos mensajes en su atención habitual. Por lo tanto, las quince que realizan esta tarea se verán implicadas en el programa. Por consiguiente, se contará con 50 enfermeras pediátricas, una de cada CAP, para desarrollar todas aquellas actividades que coinciden con las visitas de control del bebé.

Además, como el programa es multicéntrico, es decir, se realiza de manera simultánea en los diferentes centros de Atención Primaria se asignarán varios responsables para coordinar a todos los implicados. Por lo tanto, en el ámbito hospitalario se adjudicarán como tal, dos enfermeras de la unidad de maternidad y en Atención Primaria dos comadronas y cuatro enfermeras pediátricas.

Asimismo, para la realización de los talleres se contará con varios expertos. Para ello, se colaborará con Nutrim, empresa formada por un equipo multidisciplinar de profesionales que trabajan para proteger la salud y promover estilos de vida

saludables. En este caso, participarán en el programa una psicoterapeuta experta en maternidad, un nutricionista experto en alimentación materno-infantil y dos comadronas, una formada en la técnica del masaje infantil y otra en yoga postnatal.

Por último, se incorporará un grupo de cinco profesionales externos que colaborarán en la evaluación de este Programa de Salud.

2.3.3 Recursos del tiempo

El recurso del tiempo hace referencia a la duración que se establece a cada una de las actividades necesarias para la preparación, implementación y evaluación del Programa de Salud.

Previamente a la ejecución de este proyecto es necesario disponer de tres meses para preparar el material de apoyo y de cuatro para formar a los profesionales implicados.

El programa tiene una duración de un año. En los seis primeros meses se realizan un mayor número de actividades de forma más frecuente y en los seis meses posteriores la cantidad de intervenciones es menor, encontrándose más distanciadas en el tiempo. Éstas coinciden con los controles de seguimiento postparto y las visitas pediátricas.

El programa se inicia con una intervención breve de entre tres y diez minutos de duración, ésta se desarrollará durante los 3-4 días de estancia hospitalaria. Seguidamente, en las visitas domiciliarias se proporciona educación sanitaria, durante diez minutos. Posteriormente, coincidiendo con el control postparto y las cuatro primeras visitas pediátricas se realiza una actividad de 60 minutos de duración. Además, durante el periodo de tiempo comprendido entre el segundo y sexto mes postparto se impartirán cuatro talleres. Éstos constan de dos sesiones, cada uno de ellos de una hora y media. Las cuatro primeras se llevarán a cabo entre los dos y cuatro meses, cada dos semanas y las cuatro siguientes entre los

cuatro y seis meses con la misma frecuencia. Finalmente, durante la quinta y sexta visita pediátrica se realiza un seguimiento de aproximadamente 10-15 minutos.

Por último, para analizar los datos obtenidos de la evaluación y obtener conclusiones se establece un periodo de tiempo de tres meses. Sin embargo, para conocer el grado de consecución del objetivo general propuesto por el Programa de Salud se necesitan tres años.

2.4 TEMPORALIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES: CRONOGRAMA

		Enero				Febrero		Mar		Abril		May		Junio		Jul	Ag	Sept	Oct	Nov	Dic				
		Hospital (3-4 días)	1ª visita dom. (24-48h)	2ª visita dom. (72-92h)	1ª visita pediátrica (0-30 días)	1ª Semana	control postparto (40 días)	2ª visita pediátrica (2 meses)	1ª sem ana	3ª sem ana	1ª sem ana	3ª sem ana	3ª visita pediátrica (4 meses)	1ª sem ana	3ª sem ana	1ª sem ana	3ª sem ana	4ª visita pediátrica (6 meses)	/		5ª visita pediátrica (7/9 meses)	/		6ª visita pediátrica (12 meses)	
Act. 0	Sesión 1																								
Act. 1	Sesión 2																								
Act. 2	Sesión 3																								
Act. 3	Sesión 4																								
	Sesión 5																								
Act. 4	Sesión 6																								
Act. 5	Sesión 7																								
Act. 6	Taller 1																								
	Taller 2																								
	Taller 3																								
	Taller 4																								
Act. 7	Sesión 8																								
	Sesión 9																								
Act. 8	Sesión 10																								
	Sesión 11																								

2.5 EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD

La evaluación es un aspecto fundamental al diseñar un Programa de Salud, trata de determinar de forma sistemática y objetiva el proceso, el impacto y los resultados. Por lo tanto, permite comprobar si se han alcanzado los objetivos propuestos, la adecuación de los mismos y en general, mejorar el desarrollo e incluso el impacto. Para ello, es importante realizarla en todas las etapas, como parte integrante y permanente de todo el programa⁽⁷⁴⁾.

Para conocer la evolución de éste es necesario utilizar métodos de evaluación que permitan ajustar las estrategias, realizar cambios, optimizar recursos y facilitar la toma de decisiones basadas en resultados. Esto permite mejorar las intervenciones, por lo que hace que la evaluación sea una garantía de calidad de las mismas⁽⁷⁵⁾.

Para que la evaluación sea una herramienta efectiva es necesario utilizar instrumentos sensibles, fiables, válidos y que estén adaptados a los contenidos del programa, aportando información sobre las distintas dimensiones sobre las que se pretende incidir⁽⁷⁶⁾. Asimismo, también es importante definir quién realiza esta evaluación. En este caso, se distinguirán dos tipos, una interna que la efectuarán los miembros que ejecutan el programa y otra externa que será realizada por profesionales que no participan en la ejecución de las actividades. De este modo, se incorporará en el grupo evaluador miembros internos y externos al programa, de manera que aumentará la objetividad y el rigor de esta valoración⁽⁷⁴⁾.

La información que se quiere recoger tiene como objeto de interés las actividades, los cambios producidos en el comportamiento de la población diana y el grado de consecución de los objetivos, es decir, se evaluará el proceso, el impacto y los resultados.

2.5.1 Evaluación del proceso

La evaluación del proceso describe cómo se ha desarrollado el programa y si se ha seguido el plan de implementación previsto. Determina el grado de consecución de los procedimientos llevados a cabo en la ejecución con respecto a lo

planificado, permitiendo obtener una idea clara de lo que ha ocurrido realmente durante la intervención. Esta evaluación engloba diferentes aspectos que se valoran conjuntamente durante la aplicación del programa y se describirán a continuación⁽⁷⁶⁾.

En primer lugar, se verificará si todas las intervenciones programadas se han realizado. Este aspecto lo valorarán los profesionales de la salud que intervengan en la ejecución de las sesiones, a través de un registro sistemático de actividades [*Anexo 8*].

En segundo lugar, los profesionales describirán cómo se llevaron a cabo las intervenciones y si se presentaron problemas y/o dificultades durante la implementación. Esta valoración se realizará a través de un registro que detallará qué se ha realizado en cada sesión, con qué frecuencia e intensidad y por qué se adoptaron determinadas decisiones o cambios durante el desarrollo de las actividades [*Anexo 9*].

Seguidamente, se comprobará el alcance del programa, a través de un registro de participación y de un cuestionario que incluirá datos sobre las mujeres inscritas, tanto sociodemográficos como relacionados con el tabaquismo [*Anexo 10 y 11*]. Con este instrumento, se valorará el grado de participación en todas las sesiones y si las intervenciones han alcanzado a las mujeres de la población diana con mayor riesgo.

Asimismo, se estimará la calidad de las acciones propuestas. Por un lado, al finalizar el programa se entregará una encuesta de satisfacción a las participantes, donde se valorará la adecuación de cada actividad, el profesional que la imparte, los materiales proporcionados y las instalaciones [*Anexo 12*]. Por otro lado, también se tendrá en cuenta el nivel de satisfacción por parte de los profesionales que participen en el programa. Se evaluará la metodología de las actividades, su adecuación y aceptación, la calidad y utilidad del material proporcionado y la coordinación entre todos los miembros ejecutores del programa [*Anexo 13*].

Por último, a través de reuniones de equipo donde participarán los responsables de cada actividad y los coordinadores del programa, es decir, evaluadores internos y externos, se analizarán los resultados aportados por la evaluación del proceso. De este modo, se podrán comparar los mismos con la planificación teórica y observar los puntos de convergencia y divergencia existentes para introducir mejoras en futuras intervenciones.

2.5.2 Evaluación del impacto

La evaluación del impacto se centra en los efectos inmediatos del programa, es decir, se efectúa sobre los cambios producidos en los comportamientos de las mujeres que participan en las intervenciones⁽⁷⁶⁾. En el contexto de este programa, se pretende que la población diana mantenga el cambio de comportamiento iniciado durante la gestación y adquiera una serie de conocimientos, habilidades y actitudes para lograr los objetivos propuestos.

Desde el punto de vista educativo, se puede afirmar que este tipo de evaluación es la más importante ya que permite conocer las modificaciones que se producen en los comportamientos de la población diana después de las intervenciones. En cambio, los resultados del programa corresponden con las metas finales de éste y por lo tanto no se pueden conocer hasta largo plazo⁽⁷⁶⁾.

Por un lado, para objetivar si se ha mantenido la abstinencia tabáquica por parte de las participantes del programa, se utilizará como instrumento la determinación de cotinina en orina. Esto permitirá conocer si se ha alcanzado el primer objetivo intermedio propuesto, reducir las recaídas en el tabaquismo en las mujeres que han dejado de fumar durante el embarazo. Esta medición se realizará a los nueve y doce meses en las intervenciones de seguimiento y la efectuarán las enfermeras pediátricas. Para la realización de esta prueba es necesario recoger una muestra de orina de cada participante y a través de una tira reactiva se determina la presencia o no de cotinina. Los resultados obtenidos se registrarán en una base de datos para su posterior análisis y discusión.

Por otro lado, para conocer si se ha alcanzado el segundo objetivo comportamental, se utilizará como método de evaluación la actividad de simulación. Dicha intervención, está dirigida a que las participantes apliquen, en diversos casos, las estrategias de afrontamiento que han adquirido durante el transcurso del programa. De este modo, a través de la observación por parte del profesional que dirige la actividad y del registro de ésta [Anexo 9], se conocerá si las puérperas han aprendido a gestionar los factores específicos del posparto que promueven la recaída.

Asimismo, para conocer en profundidad los cambios producidos en relación a los conocimientos, habilidades y actitudes de las puérperas después de las actividades, se utilizará como instrumento un cuestionario [Anexo 14]. Por un lado, este test se contestará en el hospital de forma previa al programa y se encargarán de proporcionarlo las enfermeras de la unidad de maternidad. Por otro lado, se volverá a completar una vez finalizadas las intervenciones en la consulta de pediatría y las responsables de ofrecerlo serán las enfermeras pediátricas.

Finalmente, se realizará una reunión de equipo para redactar el informe de resultados. En ésta se detallarán las principales conclusiones aportadas por la evaluación del impacto para comprobar la efectividad de las intervenciones y analizar los puntos fuertes y débiles.

2.5.3 Evaluación de resultados

La evaluación de resultados tiene como objetivo valorar los efectos de las intervenciones propuestas. Establece si tras la aplicación del programa se han alcanzado los objetivos esperados, fijados en un inicio. Asimismo, además de verificar si se están consiguiendo los resultados previstos, valora si éstos están atribuidos a la realización de las actividades implementadas durante el programa. Dicho de otro modo, esta evaluación pretende demostrar la existencia de una relación directa entre las actuaciones que integra el programa y los resultados obtenidos⁽⁷⁶⁾.

Para planificar este tipo de evaluación es importante remitirse a los objetivos planteados ya que indicarán lo que se debe evaluar. En este caso, se pretende disminuir en un 5% la prevalencia de tabaquismo en las puérperas que han abandonado la adicción durante el embarazo. Por ello, será necesario realizar un estudio estadístico donde se refleje dicho porcentaje, de manera que se pueda observar el del año anterior al programa y a los tres años. De este modo, se podrá comparar esta prevalencia antes y después de su implementación y comprobar si la proporción de puérperas que se mantienen sin fumar ha aumentado en la medida esperada.

Además, con la consecución de este objetivo general se espera disminuir la morbilidad y mortalidad infantil relacionada con el HAT. Está demostrado que la exposición del neonato al humo del tabaco ambiental aumenta el riesgo de padecer ciertas enfermedades pediátricas e incluso provocar la muerte. Asimismo, existe evidencia de que el tabaquismo materno incrementa considerablemente esta exposición, por lo tanto, al reducir la prevalencia de puérperas fumadoras y como consecuencia aumentar el número de madres que permanecen sin fumar a largo plazo, se pretende disminuir el riesgo de los niños a padecer enfermedades relacionadas con el HAT. Como instrumento de medida se compararán los indicadores de salud materno-infantil antes y después de la implementación del programa.

Dicho esto, se debe tener en cuenta que para alcanzar el objetivo general se han propuesto dos objetivos intermedios y seis específicos. Para medir el grado de consecución de éstos, es necesario realizar mediciones previas y posteriores a la intervención. Éstas reflejarán los cambios entre la situación que inicialmente define a la población destinataria del programa y la situación tras la aplicación de cada actividad. Para ello, es necesario utilizar instrumentos que incidan en las variables que se pretenden modificar, es decir, en los conocimientos, habilidades y actitudes. Por ello, se utilizará el test diseñado para la evaluación del impacto ya que valora estos tres aspectos con carácter retroactivo, es decir, se miden antes y después de las actividades realizadas [Anexo 14]. También se aplicará una escala de motivación [Anexo 15] y otra que defina las intenciones futuras de consumo de

tabaco [*Anexo 16*] tanto antes como después de las intervenciones. De este modo, se conocerán los resultados que se han obtenido con cada actividad y esto permitirá tomar decisiones sobre las mismas.

Por último, se realizarán diversas reuniones de equipo para conocer los resultados básicos del programa, es decir, si las intervenciones están siendo eficaces y están alcanzando los objetivos previstos. Asimismo, los evaluadores externos recogerán los datos necesarios para poder demostrar a largo plazo si con la implementación del programa se ha conseguido lograr disminuir, en el porcentaje establecido, la prevalencia de puérperas fumadoras y como consecuencia directa la morbilidad y mortalidad infantil atribuida al HAT.

3. DISEÑO FINAL DEL PROGRAMA DE SALUD

OBJETIVO INTERMEDIO 1. Disminuir las recaídas en el tabaquismo en las mujeres que han dejado de fumar durante el embarazo.							
Objetivo específico	Intervenciones	Sesiones	Objetivo de la sesión	Profesional	Recursos	Temporalización /duración/dinámica	Evaluación
<p>Conocimientos:</p> <p>Conocerán los beneficios de mantener la abstinencia en la salud de sus hijos.</p>	<p><u>Actividad preliminar.</u> Intervención breve: Primer contacto con la puérpera</p>	Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> · Identificar a la población diana e incluirla en el programa 	Enfermeras de maternidad	Carteles	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital - Duración: 3-10 min - Individual 	<p>Registro y cuestionario de participación</p> <p>Pre-test</p> <p>Escala de motivación</p> <p>Escala de intención de consumo</p>
	<p><u>Actividad 1.</u> Educación sanitaria: Beneficios de mantener la abstinencia en la salud familiar.</p>	Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> · Adquirir conocimientos · Resolver dudas, ambivalencias y creencias erróneas 	Comadronas de atención domiciliaria.	Tríptico	<ul style="list-style-type: none"> - Primera visita domiciliaria - Duración: 10 min - Individual 	<p>Registro sistemático de actividades</p> <p>Registro del proceso</p> <p>Registro de participación</p>
<p>Habilidades:</p> <p>Identificarán los riesgos del tabaquismo materno en la salud del neonato.</p> <p>Adquirirán habilidades para pactar con el entorno estrategias para evitar la exposición al HAT.</p>	<p><u>Actividad 2.</u> Intervención de apoyo social</p>	Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> · Identificar a la persona de apoyo · Conseguir soporte · Promover ambientes libres de humo 	Enfermera pediátrica	<p>Aula de AP.</p> <p>Ficha de trabajo</p> <p>Tríptico</p> <p>Incentivo: babero</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Primera visita pediátrica - Duración: 60min -Grupal 	<p>Registro sistemático de actividades</p> <p>Registro del proceso</p> <p>Registro de participación</p>
<p>Actitudes:</p> <p>Estarán sensibilizadas respecto a la exposición del neonato al HAT.</p> <p>Estarán motivadas para mantener la abstinencia.</p>	<p><u>Actividad 3.</u> Sensibilizar y motivar: conseguir la autoeficacia.</p>	Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> · Sensibilizar y motivar 	-	<p>Carta de motivación</p> <p>Video</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entre la primera visita pediátrica y el control postparto. - Duración: 10-15 min - Virtual 	<p>Registro sistemático de actividades</p> <p>Registro del proceso</p> <p>Registro de participación</p>
		Sesión 5	<ul style="list-style-type: none"> · Conseguir la autoeficacia 	Comadronas de AP	<p>Aula de AP</p> <p>Ficha de trabajo</p> <p>Pizarra Imantada</p> <p>Incentivo: sonajero</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Control postparto - Duración: 60 min - Grupal 	<p>Registro sistemático de actividades</p> <p>Registro del proceso</p> <p>Registro de participación</p>

OBJETIVO INTERMEDIO 2. Adquirir estrategias de afrontamiento para gestionar los factores específicos del postparto que promueven la recaída.							
Objetivo específico	Intervenciones	Sesiones	Objetivo de la sesión	Profesional	Recursos	Temporalización /duración/dinámica	Evaluación
<p>Conocimientos:</p> <p>Conocerán e identificarán sensaciones que se experimentan durante el puerperio y pueden conducir a una recaída.</p>	<p><u>Actividad 4.</u></p> <p>Educación sanitaria: Identificar factores de recaída.</p>	Sesión 6	<ul style="list-style-type: none"> · Proporcionar conocimientos · Ofrecer consejos sanitarios para afrontar factores de recaída. 	Comadronas de atención domiciliaria	Triptico	<ul style="list-style-type: none"> - Segunda visita domiciliaria - Duración: 10min - Individual 	<ul style="list-style-type: none"> · Registro sistemático de actividades · Registro del proceso · Registro de participación
<p>Habilidades:</p> <p>Desarrollarán diversas habilidades para afrontar factores específicos de recaídas.</p>	<p><u>Actividad 5.</u></p> <p>Asesoramiento práctico: Identificar situaciones de riesgo y desarrollar respuestas de afrontamiento</p>	Sesión 7	<ul style="list-style-type: none"> · Proporcionar herramientas para identificar factores de recaída · Desarrollar estrategias de afrontamiento 	Enfermeras pediátricas	<p>Aula de AP</p> <p>Ficha de trabajo</p> <p>Grupo de Facebook</p> <p>Incentivo: pijama</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Segunda visita pediátrica - Duración: 60 min - Grupal 	<ul style="list-style-type: none"> · Registro sistemático de actividades · Registro del proceso · Registro de participación
	<p><u>Actividad 6.</u></p> <p>Talleres</p>	Taller 1: Emociones	Gestionar emociones	Psicoterapeuta	<p>Aula del HSJD</p> <p>Folleto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entre los 2 y 6 meses postparto en semanas alternas - Duración: 2 clases de 90min - Grupal 	<ul style="list-style-type: none"> · Registro sistemático de actividades · Registro del proceso · Registro de participación
		Taller 2: Masaje infantil	Disminuir estrés y síntomas negativos	Comadrona			
		Taller 3: Alimentación saludable	Controlar el aumento de peso	Nutricionista			
Taller 4: Ejercicios postparto	Disminuir el estrés y ayudar al control de peso	Comadrona					
<p>Actitudes:</p> <p>Valorarán positivamente poseer estrategias para afrontar las situaciones que favorecen la recaída.</p>	<p><u>Actividad 7.</u></p> <p>Intervención de simulación: aplicar estrategias de afrontamiento.</p>	Sesión 8	<ul style="list-style-type: none"> · Aplicar los conocimientos y habilidades a la práctica 	Enfermeras pediátricas	<p>Aula de AP</p> <p>Ficha de trabajo</p> <p>Incentivo: masajeador de encías</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tercera visita pediátrica - Duración: 60min - Grupal 	<ul style="list-style-type: none"> · Registro sistemático de actividades · Registro del proceso · Registro de participación · Observación
		Sesión 9	<ul style="list-style-type: none"> · Fomentar la toma de decisiones en salud 	Enfermeras pediátricas	<p>Aula de AP</p> <p>Ficha de trabajo</p> <p>Incentivo: set de platos para bebé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cuarta visita pediátrica - Duración: 60min - Grupal 	
	<p><u>Actividad 8. Seguimiento</u></p> <p>Mantenimiento de la abstinencia: establecer el cambio.</p>	Sesión 10	<ul style="list-style-type: none"> · Controlar la aparición de factores de riesgo y realizar un seguimiento del estatus de consumo 	Enfermeras pediátricas	Incentivo: vale de pañales	<ul style="list-style-type: none"> - Quinta visita pediátrica - Duración: 10-15min. - Individual 	<ul style="list-style-type: none"> · Determinación de cotinina en orina · Encuesta de satisfacción · Post-test
		Sesión 11	<ul style="list-style-type: none"> · Controlar la aparición de factores de riesgo y realizar un seguimiento del estatus de consumo 	Enfermeras pediátricas	<p>Incentivo: vale de pañales</p> <p>Diptico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sexta visita pediátrica - Duración: 10-15min. - Individual 	<ul style="list-style-type: none"> · Determinación de cotinina en orina · Escala de motivación · Escala de intención de consumo

4. DISCUSIÓN

El Programa de Salud “Maternidad sin humo” pretende que las mujeres dejen de fumar definitivamente, y no sólo durante el embarazo. El proyecto incorpora aspectos específicos de género y tiene como objetivo final mejorar la salud de la población femenina e infantil.

La bibliografía consultada ha ofrecido una sólida justificación para orientar las acciones hacia la prevención de recaídas. En el marco teórico se ha evidenciado que el retorno al consumo después del parto es un importante problema ya que el bebé se verá expuesto al humo del tabaco ambiental por parte de la madre y a sus consecuencias en salud⁽³⁾.

A pesar de esta problemática, a nivel de Cataluña no se ha encontrado un dirigido a mantener la abstinencia de las mujeres después del parto. Por ello, se ha creído conveniente llenar este vacío en el tratamiento del tabaquismo materno con el fin de abordar este problema de manera global debido a que en este territorio existen otros programas que lo podrían complementar como “Embaràs sense fum” e “Infancia sense fum”. De este modo, se creará un sistema completo e integral con el objetivo final de eliminar el tabaquismo durante el embarazo y la exposición fetal, proteger al recién nacido del humo del tabaco ambiental, preservar la salud materna y crear familias libres de humo.

Este vacío en el tratamiento del tabaquismo durante el postparto no está justificado ya que este periodo ofrece múltiples ventanas para intervenir. Esta etapa implica un mayor contacto con los profesionales sanitarios debido a los controles postparto y pediátricos. Todas estas visitas suponen una oportunidad única para ofrecer consejos y soporte para evitar las recaídas en el tabaco y evaluar las actuaciones llevadas a cabo⁽¹⁴⁾.

No obstante, las mujeres que deciden volver a fumar en el contexto actual, afectadas por las restricciones marcadas por la ley antitabaco y las normas sociales, constituyen un subgrupo de población, el cual se ve menos afectado por intervenciones educativas simples⁽³⁸⁾. Por lo tanto, para realizar este programa ha

sido necesario conocer y comprender las necesidades y perspectivas de estas mujeres con el fin de identificar aquellas madres con mayor dificultad para mantener la abstinencia y diseñar intervenciones específicas para este subgrupo de población.

En la bibliografía existen una variedad de actuaciones diseñadas para hacer frente a este problema, sin embargo la efectividad de éstas, en muchas ocasiones, no es concluyente⁽³⁸⁾. Se han identificado una serie de obstáculos relacionados con el momento en el cual se inician las intervenciones, la dificultad para incorporar y mantener el interés de las mujeres así como para realizar un adecuado seguimiento, además de la ambigüedad en la declaración del consumo real de tabaco. Para solventar estas dificultades la literatura existente ofrece varias sugerencias y propuestas que se han aplicado a este programa⁽⁷⁷⁾. La evidencia indica que es importante llevar a cabo programas metodológicamente sólidos con un diseño más apropiado, teniendo en cuenta el contexto de estas mujeres, realizando un seguimiento más prolongado y evaluando de manera objetiva la abstinencia a través de biomarcadores⁽²⁹⁾. Por ello, se han realizado intervenciones de mayor intensidad y duración e incluido actividades innovadoras.

Al revisar diversos programas se encuentra que pocos reconocen y utilizan el puerperio hospitalario como la oportunidad para intervenir y evitar el retorno al consumo de tabaco. Sin embargo, se ha demostrado que un consejo breve ofrecido en este periodo es bien aceptado por las mujeres y aumenta la motivación de éstas para mantener el cambio establecido⁽²⁹⁾. Por ello, este programa se inicia en la sala de maternidad, durante los primeros días después del nacimiento del bebé. Además, al realizar el primer contacto con las puérperas en el ámbito hospitalario permite incorporar a un mayor número de mujeres, incluyendo todas las clases sociales debido a que en Cataluña los hospitales públicos ofrecen una gran cobertura poblacional. De este modo, se intenta solventar las dificultades que se presentan a la hora de incorporar a las mujeres a un programa de este tipo.

Asimismo, para facilitar la adherencia de las madres al Programa, se ha establecido un calendario de intervenciones adaptado a las puérperas. Está demostrado que hacer coincidir las actividades con las visitas postparto y

pediátricas favorece la participación de la población diana. Además, el hecho de aprovechar estos controles de salud, imprescindibles para el niño y la mujer, ofrece la oportunidad de realizar un seguimiento continuo donde poder confirmar la abstinencia por parte de las participantes⁽¹⁴⁾. Sin embargo, en las intervenciones grupales donde deben asistir diversas mujeres se presenta la dificultad de ajustar los diferentes calendarios de visitas. Este factor se tendrá en cuenta durante la implementación del programa y se priorizará el hecho de coincidir estos controles con las actividades a aquellas mujeres con menor disponibilidad horaria.

Teniendo en cuenta que la literatura científica afirma que muchas mujeres infradeclaran el consumo real de tabaco debido a la mala consideración social que tiene el hecho de fumar en presencia del neonato, se deben utilizar medidas objetivas para evaluar la abstinencia. Por ello, durante el seguimiento realizado se validará a través de biomarcadores. En este caso, se ha utilizado como indicador el nivel de nicotina en orina ya que varios estudios han establecido que es un buen método debido a que proporciona información fiable y su obtención es sencilla, práctica y rápida⁽³¹⁾.

Por consiguiente, además de los problemas expuestos se añade la dificultad de encontrar intervenciones óptimas que interesen a las madres y a su vez sean eficaces para prevenir las recaídas a largo plazo. A pesar de que la efectividad de éstas, en muchas ocasiones, no es concluyente, en algunos estudios la abstinencia se consigue mantener a largo plazo, lo que demuestra la necesidad de adaptar las intervenciones actuales y añadir nuevos tipos⁽²⁶⁾.

Para mantener la abstinencia después del parto se deben tratar los factores contextuales de la vida de las puérperas con el fin de hacer un cambio de comportamiento eficaz y duradero⁽²⁶⁾. Para ello, se ha realizado un programa integral que ha tenido en cuenta las características sociodemográficas y los factores que se asocian fuertemente con las recaídas como la falta de motivación y el tabaquismo por parte de la pareja. Además, para adaptarlo a los intereses de la población diana se han contemplado las preocupaciones principales que han mostrado las mujeres como son el estrés, el peso y el estado de ánimo. De este modo, se obtiene el alcance y el efecto sostenido que se busca^(26, 31).

Para ello, se han diseñado intervenciones mixtas debido a que este método ha demostrado mayor efectividad en el tratamiento de las recaídas⁽²⁶⁾. Por un lado, se aplicarán estrategias conductuales para abordar específicamente la educación de la madre sobre los efectos del HAT en la salud infantil, capacitar a los miembros de la familia para que ayuden a la mujer a mantener la abstinencia y adopten una política libre de humo. Además, se enseñarán estrategias de afrontamiento para gestionar las preocupaciones de las mujeres después del parto. Por otro lado, se emplearán incentivos para aumentar el interés y motivar a las madres.

Por lo tanto, la bibliografía evidencia que un programa flexible a las demandas de las mujeres después del parto que se ocupa de los problemas psicosociales que son modificables ayuda a las mujeres a mantener la abstinencia tabáquica a largo plazo⁽²⁷⁾. Por ello, este programa está diseñado siguiendo esta dirección y añadiendo intervenciones que se han identificado en la literatura científica como prometedoras en la prevención de recaídas durante el postparto.

Por un lado, una de las actividades que incluye esfuerzos innovadores es la que está centrada en el entorno de la mujer. Se ha evidenciado que la pareja, independientemente de su condición de fumador, es una parte importante de este proceso. Sin embargo, a pesar de que en la bibliografía se ha identificado como uno de los principales factores de riesgo de recaída pocos programas lo incorporan. El hecho de incluir a la pareja en una actividad permite crear familias libres de humo y evaluar los estilos de vida y necesidades, es decir, se ofrece la oportunidad ideal para hacer partícipe al otro progenitor en una discusión de valores y comportamientos de salud que afectan al neonato⁽³⁸⁾.

Por otro lado, el uso de los incentivos como método de intervención se ha identificado como un aspecto prometedor en esta área. Se ha demostrado que éstos ayudan a mantener la abstinencia por lo menos a corto plazo. Sin embargo, su utilización plantea algunos retos. En primer lugar, existe la dificultad de encontrar un plan de incentivos que sea adaptado y atractivo para las participantes que además les impulse y motive a continuar con el cambio establecido. En segundo lugar, es importante tener en cuenta que la utilización de recompensas puede tener un doble efecto debido a que puede fomentar la abstinencia sólo hasta

obtener el incentivo. Por ello, éstos se deben combinar con otras intervenciones generadoras de cambios. De este modo, se consigue motivar e interesar a las participantes con los incentivos y ayudarlas a mantener el cambio con las intervenciones conductuales. A pesar de los desafíos que comporta su utilización, en este ámbito donde las intervenciones prometedoras faltan, este enfoque tiene cierta validez. En concreto, los incentivos pueden resultar especialmente atractivos para las mujeres con un nivel socioeconómico más bajo que en este programa son un grupo prioritario. Si éstos son eficaces, pueden ejercer un efecto positivo en otros grupos de puérperas ex-fumadoras, incluso las que en un principio no estaban interesadas en este tipo de ayuda^(26, 77).

Además de centrarse en diseñar intervenciones óptimas es necesario tener en cuenta los profesionales que participarán a lo largo del programa. El personal sanitario ocupa una posición privilegiada y tiene una responsabilidad importante en la prevención y el abandono del hábito tabáquico. En particular, las comadronas y las enfermeras pediátricas tienen un papel relevante para favorecer que la mujer deje de fumar definitivamente. Se ha demostrado que las intervenciones dirigidas por personal de enfermería consiguen las tasas de recaídas más bajas debido a que tienen un contacto más continuo durante esta etapa y por ello, establecen un mayor vínculo terapéutico. De este modo, los mensajes de educación para la salud transmitidos por estos profesionales son bien aceptados por los progenitores ya que hacen referencia a la salud de su bebé⁽¹⁴⁾.

Por consiguiente, las intervenciones proporcionadas por profesionales de distintos ámbitos son más efectivas que aquellas que están dirigidas por un único tipo de sanitario. Es decir, un abordaje multidisciplinar favorece que el tratamiento de las recaídas sea afrontado desde diferentes perspectivas con el fin de lograr un objetivo común, el mantenimiento de la abstinencia. Por ello, en este programa están involucradas enfermeras de distintos ámbitos y profesionales de otras disciplinas como una nutricionista y un psicoterapeuta. De este modo, se pretende conseguir que la acción conjunta, integrada y multidireccional de varios profesionales consiga un cambio respecto al consumo de tabaco en las mujeres⁽¹⁹⁾.

Finalmente, el hecho de que el programa sea multicéntrico puede parecer ambicioso debido a se debe disponer de más recursos y es necesario implicar a un mayor número de profesionales. Sin embargo, otros programas similares han obtenido beneficios significativos tanto en términos de salud materno-infantil como en costes sanitarios. Por lo tanto, se prevé que el Programa Maternidad sin humo obtendrá un balance positivo en coste-beneficio.

4.1 LIMITACIONES Y PROPUESTAS DE FUTURO

Las principales limitaciones que se han encontrado para la implementación del Programa de Salud: Maternidad sin Humo y que también se reflejan en la bibliografía consultada están relacionados con los profesionales implicados, la metodología de intervención y la adaptación de las intervenciones a los factores culturales^(38, 59, 77).

Si bien los profesionales sanitarios ocupan una posición particularmente privilegiada y tienen una responsabilidad importante en el programa, este papel no se ha asumido siempre por diferentes motivos. Entre éstos destacan, la falta de formación y preparación para la intervención, las limitaciones de tiempo, el temor al hecho de que tratar el tema de la adicción al tabaco pueda afectar a la relación terapéutica y la idea de que el tabaquismo no es un problema de salud relevante y como consecuencia, no documentar la condición de fumador/ex-fumador de la puérpera. Asimismo, se incluye como limitación la falta de comunicación y coordinación entre los diferentes profesionales y la baja adherencia por parte de éstos^(14, 77). Para favorecer la implicación de los profesionales de la salud se han tenido en cuenta los obstáculos que pueden presentar durante el desarrollo del programa.

En primer lugar, para preparar y sensibilizar a las enfermeras implicadas se ha creído necesario realizar una formación con la finalidad de mejorar los conocimientos y habilidades en el manejo del control de tabaquismo. Asimismo,

será útil elaborar una guía clínica como herramienta que permitirá desarrollar las intervenciones.

En segundo lugar, para solucionar los problemas acerca de la obtención de los antecedentes de tabaquismo de las puérperas se ha creído necesario elaborar un registro más específico que se aplique de manera sistemática a todas las mujeres en la unidad de maternidad. De este modo, las madres que han dejado de fumar durante el embarazo serán consideradas y por lo tanto, podrán estar asesoradas acerca de la necesidad de evitar volver a fumar.

Seguidamente, para mejorar la coordinación y comunicación entre los profesionales implicados se han asignado para este programa diversos responsables en los distintos ámbitos donde se realizan las intervenciones. Este hecho ayuda a dar continuidad a las intervenciones de manera que el tratamiento de las recaídas se aborde desde los diferentes niveles asistenciales. Así pues, la mujer sentirá que los diferentes profesionales implicados en su salud y en la del bebé consideran importante abordar el problema del tabaquismo.

Finalmente, para aumentar la participación de las enfermeras al Programa de Salud se considerará la posibilidad de estimularlas a través de incentivos ya sean económicos o de reconocimiento profesional.

Otra limitación que se ha identificado está relacionada con la metodología de intervención. Aunque se ha considerado que el método mixto combinando actividades conductuales con aportación de incentivos es el más efectivo, también se podría estudiar el hecho de incluir farmacología. Aunque no es bien aceptada durante el embarazo ésta podría ser de gran ayuda para el tratamiento de las recaídas en el postparto. Se propondría a aquellas mujeres con mayor dificultad para mantener la abstinencia y para prescribirlo se deberían valorar individualmente los riesgos/beneficios de cada mujer. Sin embargo, no se ha considerado este tratamiento debido a los problemas de aceptación y las dificultades en su implementación⁽³⁸⁾.

Por último, la adaptación de las intervenciones a los factores culturales de la población inmigrante es una cuestión que se ha planteado. El diseño del programa está ajustado a las necesidades de las mujeres que han dejado de fumar durante el embarazo que son mayoritariamente españolas. Sin embargo, las mujeres inmigrantes se diferencian de las autóctonas en que están más expuestas en su entorno familiar y laboral al humo del tabaco ambiental. Por lo tanto, en las zonas con mayor afluencia de inmigrantes se deberá realizar otro Programa de Salud que tenga en cuenta las diferencias socioculturales con el objetivo de diseñar intervenciones más adaptadas⁽⁵⁹⁾.

5. CONCLUSIÓN

En conclusión, Maternidad sin Humo es un programa proactivo sobre tabaquismo. Éste se inicia en el hospital inmediatamente después del nacimiento del bebé y se prolonga un año después del parto. Además se efectúa por enfermeras del ámbito materno-infantil e incluye intervenciones prometedoras e innovadoras que combinan estrategias conductuales y de incentivos, es decir, se utiliza un método mixto. Con esto, se pretende impactar en la actitud y el conocimiento de las madres respecto al HAT. De este modo, se incrementará la probabilidad de mantener la abstinencia en las mujeres que dejaron de fumar durante el embarazo⁽³⁷⁾.

Desafortunadamente, queda mucho por hacer para disminuir la prevalencia de tabaquismo en las puérperas y la exposición del humo del tabaco ambiental en los niños⁽³⁸⁾. Por ello, los profesionales de la salud implicados en la atención de la mujer y del niño deben añadir a su práctica diaria intervenciones de control de tabaquismo que incorporen aspectos específicos de género y que permitan como objetivo último, mejorar la salud de la población femenina e infantil de Cataluña.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Nebot M, López MJ, Tomás Z, Ariza C, Borrell C, Villalbí JR. Exposure to environmental tobacco smoke at work and at home: a population based survey. *Tob Control*. 2004;13(1):95.
2. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Guia per a la prevenció i el control del tabaquisme des de l'àmbit pediàtric. Pàgina Web. [Consultado el 14 de noviembre de 2013]. Disponible en:
http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Tabaquisme/documents/gtabacp.pdf.
3. Moritsugu KP. The 2006 Report of the Surgeon General: the health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke. *Am J Prev Med*. 2007;32(6):542-3.
4. Priest N, Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Spencer N, et al. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008(4):CD001746.
5. Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking-10: Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. *Thorax*. 1999;54(4):357-66.
6. Agència de Salut Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Indicadors de salut perinatal a Catalunya. Any 2012. Pàgina Web. [consultado el 15 de diciembre de 2013]. Disponible en:
http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Salut_maternoinfantil/indicadors/indicadors_maternoinfantil_2012_execiu.pdf

7. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Roda de premsa del Dia Mundial Sense Fum 2010.
8. Boldo E, Medina S, Oberg M, Puklová V, Mekel O, Patja K, et al. Health impact assessment of environmental tobacco smoke in European children: sudden infant death syndrome and asthma episodes. *Public Health Rep.* 2010;125(3):478-87.
9. Sede Española de especialista en tabaquismo. España se gasta 4.000 millones en atender las patologías provocadas por el tabaco. Página Web. [Consultado el 14 de noviembre de 2013]. Disponible en:
http://www.sedet.es/secciones/noticias/noticias.php?id_categoria=3&anyo=2005&mes=5
10. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. *Boletín Oficial del Estado*, nº 318, (31-12-2010).
11. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya 2012. Página Web. [Consultado el 10 de noviembre de 2013] Disponible en:
http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossce_Dades_estadistiques/Estat_salut_estils_vida/Informacio_general_enquestes_salut/Enquestes_salut/Fitxers_estatics/Enquesta_salut_2012_edicio_maig.pdf
12. Córdoba-García R, García-Sánchez N, Suárez López de Vergara RG, Galván Fernández C. [Exposure to environmental tobacco smoke in childhood]. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67(2):101-3.

13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo, 2009. Página Web. [Consultado el 12 de noviembre de 2013]. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243563916_spa.pdf
14. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Embarás sense fum. Protocol del Programa. Página Web. [Consultado el 16 de noviembre de 2013]. Disponible en:
http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Tabaquisme/documents/protembaras2007fum.pdf
15. Agència de Salut Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Tabaquisme passiu en la infància. Guia d'intervenció per als professionals. Página Web. [Consultado el 16 de noviembre de 2013]. Disponible en:
<http://www.cursum21.com/infancia-sense-fum/pdf/document04.pdf>
16. Thyrian JR, Hannover W, Grempler J, Röske K, John U, Hapke U. An intervention to support postpartum women to quit smoking or remain smoke-free. *J Midwifery Womens Health*. 2006;51(1):45-50.
17. Winickoff JP, Healey EA, Regan S, Park ER, Cole C, Friebely J, et al. Using the postpartum hospital stay to address mothers' and fathers' smoking: the NEWS study. *Pediatrics*. 2010;125(3):518-25.
18. Levine MD, Marcus MD. Do changes in mood and concerns about weight relate to smoking relapse in the postpartum period? *Arch Womens Ment Health*. 2004;7(3):155-66.
19. Antona Rodríguez MJ, Ayesta Ayesta FJ, Casasola Valero MS, Chelet Martí M, Galán Parra I, González Romo I, et al. Intervención interdisciplinar en tabaquismo. Documento de consenso. Página Web. [Consultado el 10 de enero de 2014]. Disponible en:

<http://www.seapremur.com/Documentos/Consenso%20interdisciplinar%20SEDET>

20. Organización mundial de la Salud (OMS). Glosario de términos de alcohol y drogas. Página Web. [Consultado el 10 de enero de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
21. Junta de Andalucía. Glosario de términos: Atención a las personas fumadoras. Página Web. [Consultado el 10 de enero de 2014]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/personas_fumadoras/09_glosario_fumadoras.pdf
22. Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET). Conjunto mínimo de datos diagnósticos en el fumador. Página Web. [Consultado el 11 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.sedet.es/sedet/html/doc/docencia.htm>
23. Departament de Sanitat i Seguretat. Generalitat de Catalunya. Dona i tabac: Informe tècnic sobre l'hàbit tabàquic femení a Catalunya. Página web. [Consultado el 19 de diciembre de 2013] Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Tabaquisme/documents/donatabac1.pdf
24. Hwang SH, Hwang JH, Moon JS, Lee DH. Environmental tobacco smoke and children's health. Korean J Pediatr. 2012;55(2):35-41.
25. Díaz S. El periodo postparto. Página Web. [Consultado el 12 de enero 2014]. Disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/POST-PARTO.pdf>

26. Su A, Buitenen AM. Maintenance of Smoking Cessation in the Postpartum Period: Which Interventions Work Best in the Long-Term? *Matern Child Health J.* 2013.
27. Levine MD. Women's interest in treatment to stay abstinent from cigarettes postpartum. *Womens Health Issues.* 2008;18(5):381-6.
28. Levine MD, Cheng Y, Marcus MD, Kalarchian MA. Relapse to smoking and postpartum weight retention among women who quit smoking during pregnancy. *Obesity (Silver Spring).* 2012;20(2):457-9.
29. Ortega G, Castellà C, Martín-Cantera C, Ballvé JL, Díaz E, Saez M, et al. Passive smoking in babies: the BIBE study (Brief Intervention in babies. Effectiveness). *BMC Public Health.* 2010;10:772.
30. Centers for Disease Control and Prevention. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S Department of Health and Human Services; 2006.
31. Ashford KB, Hahn E, Hall L, Rayens MK, Noland M. Postpartum smoking relapse and secondhand smoke. *Public Health Rep.* 2009;124(4):515-26.
32. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung. Preliminary report. 1950. *Bull World Health Organ.* 1999;77(1):84-93.
33. Harlap S, Davies AM. Infant admissions to hospital and maternal smoking. *Lancet.* 1974;1(7857):529-32.
34. U.S. Department of health and human services. The health consequences of smoking-50 Years of Progress. Atlanta: Public Health Service; 2014.

35. Sánchez Agudo L. El fumador pasivo. Adicciones[revista en Internet] 2004. [20 de diciembre de 2013]; 16(2): 83-99. Disponible en: [http://www.adicciones.es/files/3.2\).pdf](http://www.adicciones.es/files/3.2).pdf)
36. Rozas MR, Costa J, Francés L, Paulé A, León C, Baila M, et al. Modificaciones en el consumo de tabaco durante la gestación y el posparto. *Matronas Prof.* 2008; 9 (3): 13-20.
37. Jiménez-Muro Franco A. Estudio de tabaquismo en mujeres embarazadas: eficacia de un programa de intervención proactivo y prevalencia de exposición activa y pasiva al humo de tabaco. *InfoTabaco.* 2012;(26):3-5.
38. World Health Organization (WHO). Gender, Women, and the tobacco epidemic. En: Samet JM, Young Yoon S, editors. *Pregnancy and Postpartum Smoking Cessation.* Suiza: WHO Press, 2010. p. 175-88.
39. McBride CM, Curry SJ, Lando HA, Pirie PL, Grothaus LC, Nelson JC. Prevention of relapse in women who quit smoking during pregnancy. *Am J Public Health.* 1999;89(5):706-11.
40. Covey LS, Glassman AH, Jiang H, Fried J, Masmela J, LoDuca C, et al. A randomized trial of bupropion and/or nicotine gum as maintenance treatment for preventing smoking relapse. *Addiction.* 2007;102(8):1292-302.
41. Tonstad S. Smoking cessation efficacy and safety of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist. *J Cardiovasc Nurs.* 2006;21(6):433-6.
42. Hoedjes M, Berks D, Vogel I, Franx A, Visser W, Duvekot JJ, et al. Effect of postpartum lifestyle interventions on weight loss, smoking cessation, and prevention of smoking relapse: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv.* 2010;65(10):631-52.

43. Valanis B, Lichtenstein E, Mullooly JP, Labuhn K, Brody K, Severson HH, et al. Maternal smoking cessation and relapse prevention during health care visits. *Am J Prev Med.* 2001;20(1):1-8.
44. Polańska K, Hanke W, Sobala W. Smoking relapse one year after delivery among women who quit smoking during pregnancy. *Int J Occup Med Environ Health.* 2005;18(2):159-65.
45. Albrecht SA, Caruthers D, Patrick T, Reynolds M, Salamie D, Higgins LW, et al. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention for pregnant adolescents. *Nurs Res.* 2006;55(6):402-10.
46. McBride CM, Baucom DH, Peterson BL, Pollak KI, Palmer C, Westman E, et al. Prenatal and postpartum smoking abstinence a partner-assisted approach. *Am J Prev Med.* 2004;27(3):232-8.
47. Levitt C, Shaw E, Wong S, Kaczorowski J, Group MUPR. 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):341-7.
48. Mullen PD, Quinn VP, Ershoff DH. Maintenance of nonsmoking postpartum by women who stopped smoking during pregnancy. *Am J Public Health.* 1990;80(8):992-4.
49. Brandon TH, Simmons VN, Meade CD, Quinn GP, Lopez Khoury EN, Sutton SK, et al. Self-help booklets for preventing postpartum smoking relapse: a randomized trial. *Am J Public Health.* 2012;102(11):2109-15.
50. Hannöver W, Thyrian JR, Ebner A, Röske K, Grempler J, Kühl R, et al. Smoking during pregnancy and postpartum: smoking rates and intention to

- quit smoking or resume after pregnancy. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008;17(4):631-40.
51. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(3):CD001055.
52. Higgins ST, Heil SH, Solomon LJ, Bernstein IM, Lussier JP, Abel RL, et al. A pilot study on voucher-based incentives to promote abstinence from cigarette smoking during pregnancy and postpartum. *Nicotine Tob Res*. 2004;6(6):1015-20.
53. Gadomski A, Adams L, Tallman N, Krupa N, Jenkins P. Effectiveness of a combined prenatal and postpartum smoking cessation program. *Matern Child Health J*. 2011;15(2):188-97.
54. Gaffney KF, Beckwitt AE, Friesen MA. Mothers' reflections about infant irritability and postpartum tobacco use. *Birth*. 2008;35(1):66-72.
55. Kendzor DE, Businelle MS, Costello TJ, Castro Y, Reitzel LR, Vidrine JI, et al. Breast feeding is associated with postpartum smoking abstinence among women who quit smoking due to pregnancy. *Nicotine Tob Res*. 2010;12(10):983-8.
56. DiSantis KI, Collins BN, McCoy AC. Associations among breastfeeding, smoking relapse, and prenatal factors in a brief postpartum smoking intervention. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(4):582-6.
57. Kahn RS, Certain L, Whitaker RC. A reexamination of smoking before, during, and after pregnancy. *Am J Public Health*. 2002;92(11):1801-8.

58. Van't Hof SM, Wall MA, Dowler DW, Stark MJ. Randomised controlled trial of a postpartum relapse prevention intervention. *Tob Control*. 2000;9 Suppl 3:III64-6.
59. 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):138-44.
60. Becoña E, Vázquez F. Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. *Rev Esp Salud Pública*. 2000; 74(1): 13-23.
61. Doz Mora J, Gasulla Pascual G, Cárceles Jurado S, Guerrero Bartolín I, Tintó Padró A, Prat Asensio C, et al. [Evolution of tobacco habits during pregnancy and postpartum period]. *Aten Primaria*. 2004;34(9):465-71.
62. Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). Tabaquisme i embaràs segons la nacionalitat de la dona (Catalunya 2009-2012). Pàgina web. [Consultado el 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.199d0d95d7df2c0213724f10b0c0e1a0/?vgnextoid=a8a797f05ec3f310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=a8a797f05ec3f310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=detall&contentid=9ed25aa017034410VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD>
63. Nerín I, Jané M. Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género. Zaragoza: Comité para la Prevención del Tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
64. Organización Mundial de la Salud (OMS). Tabaco. Pàgina web. [Consultado el 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>

65. Institut d'Estadístiques de Catalunya (idescat). Banc d'estadístiques de municipis i comarques: Baix Llobregat. Pàgina Web. [Consultado el 20 de febrero de 2014]. Disponible en:
<http://www.idescat.cat/territ/BasicTerr?TC=6&V0=2&V1=11&MN=1&V3=1&PARENT=1&CTX=B#FROM>.
66. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Les regions sanitàries a l'ESCA 2010-2012. Pàgina Web. [Consultado el 20 de febrero de 2014]. Disponible en:
http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Estadistiques%20sanitaries/Enquestes/02_enquesta_catalunya_continua/Documents/Arxius/PLASALUT_regions_sanitaries_ESCA_2010-2012.pdf
67. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Servei Català de Salut (CatSalud): Guia de centres. Pàgina Web. [Consultado el 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <https://salut.gencat.cat/pls/catsalut/cawpk500.inici>
68. Castillo Rey M, Díaz Naderi R, Sanfeliu Miró R, Pérez Payarols J, Planas Tapias MJ, Salcedo M, et al. Sant Joan de Déu: Memòria d'activitat 2012. Pàgina Web. [Consultado el 27 de marzo de 2014]. Disponible en:
http://www.hsjdbcn.org/polymitaImages/public/comunicacio/memoria/2012_memoria_hospital_sant_joan_de_deu_tot.pdf
69. Generalitat de Catalunya. Agència de salut pública de Catalunya. Indicadors salut perinatal a l'Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat. Any 2012.
70. Schmid-Mohler G, Albiez T, Schäfer-Keller P, Fehr T, Biotti B, Spirig R. In-patient education after renal transplantation. Pflege. 2011;24(5):317-28.

71. Bimbela Pedrola JL, Gómez Rodríguez C. Sida y comportamiento preventivos: el modelo PRECEDE. Revista de psicología general y aplicada [Revista en Internet] 1994. [Acceso el 6 de abril del 2014]; 47(2): 151-7. Disponible en:
<http://campus.easp.es/bimbela/ARCHIVOS/PRECEDE%20VIH-SIDA.pdf>
72. Earle S. Factors affecting the initiation of breastfeeding: implications for breastfeeding promotion. Health Promot Int. 2002;17(3):205-14.
73. U.S Department of Health and Human Services. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. Respir Care. 2008;53(9):1217-22.
74. Naranjo M. Evaluación de Programas de Salud. Comunidad y salud [revista en Internet] 2006. [Acceso el 15 de abril de 2014]; 4(2):33-7. Disponible en:
<http://www.scielo.org.ve/pdf/cs/v4n2/art05.pdf>
75. Tenorio Gnecco A, Plaza RV. Evaluación de programas de salud. Rev. Fac. Ciencias Salud. 2008;10(2).
76. Sánchez Pardo L. Instrumentos para la evaluación de los programas en la cartera de servicios en materia de prevención de las drogodependencias. Página Web. [Consultado el 13 de abril de 2014]. Disponible en:
http://www.seguras.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/adicciones/Doc_Tco_INSTRUMENTOS_EVALUACION_PREV.pdf
77. Myers K, West O, Hajek P. Rapid review of interventions to prevent relapse in pregnant exsmokers. Página Web. [Consultado el 20 de abril de 2014]. Disponible en:
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11754/46458/46458.pdf>

INFERRERIA



escoles universitàries
g i m b e r n a t



ADSCRITA A LA **UMB** CEI
CAMPUS D'EXCEL·LENCIA
INTERNACIONAL

7. ANEXOS

ANEXO 1. Diagnóstico comportamental

· CLASIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DEL PROBLEMA DE SALUD

Elevada prevalencia de tabaquismo en las puérperas

Causas del problema de salud	
Conductuales	NO conductuales
Falta de motivación	Edad
Falta de autoeficacia	Nacionalidad
Falta de conocimientos	Estado civil
Asociación del tabaquismo con el control de peso, del estrés y de los sentimientos negativos.	Nivel educativo
No iniciar o fracasar en la lactancia materna	Nivel socioeconómico
No adoptar política libre de humo en el hogar	Paridad
Tabaquismo de la pareja/entorno	Disminución de la presión social frente al tabaquismo de la madre

· **CLASIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS SEGÚN IMPORTANCIA Y PROBABILIDAD DE CAMBIO**

	Conducta más importante	Conducta menos importante
Conducta con alta probabilidad de cambio	Alta prioridad de intervención	Baja prioridad
Conducta con menor probabilidad de cambio	Prioridad de intervenciones innovadoras y más intensivas	Sin programa

Conducta más importante: sucede con frecuencia o se relaciona de manera directa con el problema de salud determinado

Conducta menos importante: sucede con menor frecuencia o no se establece una relación directa con el problema de salud determinado.

Conducta con alta probabilidad de cambio: conducta fácil de modificar a través de una intervención

Conducta con menor probabilidad de cambio: conducta no modificable o difícil de modificar a través de una intervención

	Conducta importante
Conducta con alta probabilidad de cambio	Falta de motivación y autoeficacia
	Falta de conocimientos
	Asociación del tabaquismo con el control de peso, el estrés y los sentimientos negativos
	No iniciar o fracasar en la lactancia materna
	No adoptar política libre de humo en el hogar
Conducta con menor probabilidad de cambio	Tabaquismo pareja/entorno

ANEXO 2. Entrevista a mujeres que han mantenido la abstinencia en el postparto.

Esta encuesta va dirigida sólo a mujeres con hijos que dejaron de fumar durante el embarazo y **mantienen la abstinencia en el postparto.**

A continuación encontrará una serie de preguntas sobre su consumo y las recaídas que nos resultarán de mucha ayuda.

La participación es totalmente voluntaria y las respuestas son almacenadas con las medidas de confidencialidad máximas y sólo serán utilizadas con el fin de investigación, siempre sin la posibilidad de relacionar las respuestas con las personas participantes y no serán cedidas a terceras partes.

Cómo marca la ley tiene derecho de acceso, corrección y eliminación de las mismas.

DATOS

Nombre:

Apellidos:

E-mail:

Edad:

Nacionalidad:

Estado civil:

- Casada/pareja
- Separada
- Soltera
- Otros (especificar)

Nivel de estudios

- Sin estudios o estudios primarios
- Estudios secundarios (bachillerato, Formación Profesional o equivalentes)
- Estudios universitarios medianos
- Estudios universitarios superiores

Situación laboral actual:

- En paro, sin trabajo
- Trabajadora manual no cualificada, trabajo domestico, eventual
- Trabajadora manual cualificada de la industria, obrera de la construcción cualificada, trabajadora agrícola
- Funcionaria, jefa de obra, empleada de banca, administrativa, cuerpos de seguridad
- Profesional de grado medio, pequeña empresaria, trabajo en el campo, directiva nivel intermedio
- Profesional de grado superior, empresaria, directiva

1.- ¿Tiene hijos anteriores? ¿Cuántos?

2.- ¿Había dejado de fumar en anteriores embarazos?

3.- ¿Cuánto tiempo lleva sin fumar?

4.- ¿Qué motivos le han ayudado a mantenerse abstinente durante el postparto?
(apoyo del entorno, su propia motivación, la salud del bebé...)

5.- ¿Qué beneficios percibe de dejar de fumar para su salud?

6.- ¿Qué beneficios percibe de dejar de fumar para el neonato?

7.- Durante la gestación, ¿ha recibido apoyo por parte del personal sanitario para dejar de fumar? Y ¿durante el postparto?

8.- ¿Ha recibido información/tiene conocimientos sobre las consecuencias del humo del tabaco en la salud del neonato?

9.- ¿Quién le ha proporcionado la información o de dónde la ha obtenido?

Enfermera

Comadrona

Pediatra

- Ginecólogo
- Internet
- Otros (especificar)

10.- ¿Dónde le han proporcionado la información sobre el humo del tabaco y la salud de su bebé?

- CAP
- ASSIR
- Unidad de maternidad
- Otros (especificar)

11.- En la sala de maternidad, ¿recibió información sobre la lactancia materna y el tabaquismo?

12.- ¿Qué tipo de alimentación le proporciona al neonato? (lactancia artificial/lactancia materna).

13.- ¿Su pareja es fumadora? ¿En su entorno (familia/amigos) tiene muchas personas que fuman?

14.- ¿Está prohibido fumar en su casa?

- Sí, en toda la casa
- Sólo se fuma en zonas designadas
- Sólo se fuma en zonas externas (balcón, terraza...)
- Se fuma en toda la casa

15.- ¿Sentía que “estaba mal visto” fumar durante el embarazo?

16.- ¿Siente que ha disminuido la presión social sobre el hecho de que fume después del nacimiento?

17.- ¿Está motivada para dejar de fumar a largo plazo?

18.- ¿Se ve capaz de mantener la abstinencia a largo plazo?

19.- Si participara en alguna intervención para mantener la abstinencia durante el postparto, ¿qué aspectos le gustaría que se trataran? (gestión emocional, lactancia y tabaquismo, control del peso...)

ANEXO 3. Entrevista a mujeres que han recaído durante el postparto

Esta encuesta va dirigida sólo a mujeres con hijos que dejaron de fumar durante el embarazo y **han recaído durante el postparto.**

A continuación encontrará una serie de preguntas sobre su consumo y las recaídas que nos resultarán de mucha ayuda.

La participación es totalmente voluntaria y las respuestas son almacenadas con las medidas de confidencialidad máximas y sólo serán utilizadas con el fin de investigación, siempre sin la posibilidad de relacionar las respuestas con las personas participantes y no serán cedidas a terceras partes.

Cómo marca la ley tiene derecho de acceso, corrección y eliminación de las mismas.

DATOS

Nombre:

Apellidos:

E-mail:

Edad:

Nacionalidad:

Estado civil:

- Casada/pareja
- Separada
- Soltera
- Otros (especificar)

Nivel de estudios

- Sin estudios o estudios primarios
- Estudios secundarios (bachillerato, Formación Profesional o equivalentes)
- Estudios universitarios medianos
- Estudios universitarios superiores

Situación laboral actual:

- En paro, sin trabajo
- Trabajadora manual no cualificada, trabajo domestico, eventual
- Trabajadora manual cualificada de la industria, obrera de la construcción cualificada, trabajadora agrícola
- Funcionaria, jefa de obra, empleada de banca, administrativa, cuerpos de seguridad
- Profesional de grado medio, pequeña empresaria, trabajo en el campo, directiva nivel intermedio
- Profesional de grado superior, empresaria, directiva

1.- ¿Tiene hijos anteriores? ¿Cuántos?

2.- ¿Había dejado de fumar en anteriores embarazos?

3.- ¿Cuándo volvió a iniciar el hábito?

- A la semana después del parto
- Al mes después del parto
- Entre el mes y los tres meses después del parto
- Entre los tres y seis meses después del parto
- A los doce meses después del parto
- Otros: (especificar)
 - Después de la lactancia
 - Reincorporación al ámbito laboral
 -

4.- ¿Qué motivos le han impulsado a volver a fumar? (estrés, preocupación por el peso, labilidad emocional, fracaso en la lactancia materna, pareja/entorno fumador...)

5.- Durante la gestación, ¿ha recibido apoyo por parte del personal sanitario para dejar de fumar? Y ¿durante el postparto?

6.- ¿Ha recibido información/tiene conocimientos sobre las consecuencias del humo del tabaco en la salud del neonato?

7.- ¿Quién le ha proporcionado la información o de dónde la ha obtenido?

- Enfermera
- Comadrona
- Pediatra
- Ginecólogo
- Internet
- Otros (especificar)

8.- ¿Dónde le han proporcionado la información sobre el humo del tabaco y la salud de su bebé?

- CAP
- ASSIR
- Unidad de maternidad
- Otros (especificar)

9.- En la sala de maternidad, ¿recibió información sobre la lactancia materna y el tabaquismo?

10.- ¿Qué tipo de alimentación le proporciona al neonato? (lactancia artificial/lactancia materna).

11.- En el caso de lactancia artificial, ¿ha influido el hecho de que fume en la decisión?

12.- ¿Su pareja es fumadora? ¿En su entorno (familia/amigos) tiene muchas personas que fuman?

13.- ¿Está prohibido fumar en su casa?

- Sí, en toda la casa
- Sólo se fuma en zonas designadas
- Sólo se fuma en zonas externas (balcón, terraza...)
- Se fuma en toda la casa

14.- ¿Sentía que “estaba mal visto” fumar durante el embarazo?

15.- ¿Siente que ha disminuido la presión social sobre el hecho de que fume después del nacimiento?

16.- Si participara en alguna intervención para mantener la abstinencia durante el postparto, ¿qué aspectos le gustaría que se trataran? (gestión emocional, lactancia y tabaquismo, control del peso...)

ANEXO 4. Entrevista a profesionales referentes de Programas de Salud

Esta encuesta va dirigida a **profesionales de la salud** implicados en programas relacionados con el tabaquismo y la salud materno-infantil.

A continuación encontrará una serie de preguntas sobre su actividad profesional relacionada con el tabaquismo materno que nos resultará de mucha ayuda.

La participación es totalmente voluntaria y las respuestas son almacenadas con las medidas de confidencialidad máximas y sólo serán utilizadas con el fin de investigación, siempre sin la posibilidad de relacionar las respuestas con las personas participantes y no serán cedidas a terceras partes.

Cómo marca la ley tiene derecho de acceso, corrección y eliminación de las mismas.

DATOS

Nombre:

Apellidos:

E-mail:

1.- ¿En qué nivel asistencial desarrolla la profesión de enfermería? ¿Cuál es su función principal?

2.- ¿Qué motivos impulsaron el desarrollo de este programa de salud?

- 3.- ¿Qué dificultades ha encontrado para implantar el programa?
- 4.- ¿Qué tipo de intervenciones lleváis a cabo? ¿Cuáles crees que son imprescindibles?
- 5.- Entre los profesionales implicados y la población diana, ¿ha sido aceptada la intervención?
- 6.- ¿En qué momento y lugar cree que es más efectiva realizar la intervención? (etapa prenatal, gestación, postparto/ CAP, ASSIR, hospital)
- 7.- ¿Cuáles cree que son los motivos que impulsan a una mujer a recaer en el tabaquismo? ¿Y los motivos que la ayudan a mantener la abstinencia en el postparto?
- 8.- De las intervenciones realizadas relacionadas con el tabaquismo materno, ¿qué aspectos cree que se pueden mejorar?
- 9.- ¿Cree que debería haber más implicación de todos los profesionales en todos los niveles asistenciales sobre el tabaquismo materno y la salud del neonato?
- 10.- Para el programa de salud que queremos desarrollar, ¿qué aspectos cree que debemos tener en cuenta? ¿qué tipo de intervenciones cree que son clave?

ANEXO 5. Entrevista a profesionales implicados en Programas de Salud

Esta encuesta va dirigida a **profesionales de la salud** implicados en programas relacionados con el tabaquismo y la salud materno-infantil.

A continuación encontrará una serie de preguntas sobre su actividad profesional relacionada con el tabaquismo materno que nos resultará de mucha ayuda.

La participación es totalmente voluntaria y las respuestas son almacenadas con las medidas de confidencialidad máximas y sólo serán utilizadas con el fin de investigación, siempre sin la posibilidad de relacionar las respuestas con las personas participantes y no serán cedidas a terceras partes.

Cómo marca la ley tiene derecho de acceso, corrección y eliminación de las mismas.

DATOS

Nombre:

Apellidos:

E-mail:

- 1.- ¿En qué nivel asistencial desarrolla la profesión de enfermería? ¿Cuál es su función principal?
- 2.- ¿Proporciona educación sanitaria a las mujeres sobre el tabaquismo materno y la salud neonatal?
- 3.- ¿Qué mensajes de educación sanitaria proporciona referente a este tema?
¿Qué método utiliza? (comunicación verbal, apoyo escrito, etc.)

- 4.- ¿En qué momento y lugar proporciona este tipo de educación sanitaria?

- 5.- Los mensajes de educación sanitaria sobre el tabaquismo materno y las consecuencias del HAT en el neonato ¿tienen buena aceptación?

- 6.- ¿Cuáles cree que son los motivos que impulsan a una mujer a recaer en el tabaquismo? ¿Y los motivos que la ayudan a mantener la abstinencia en el postparto?

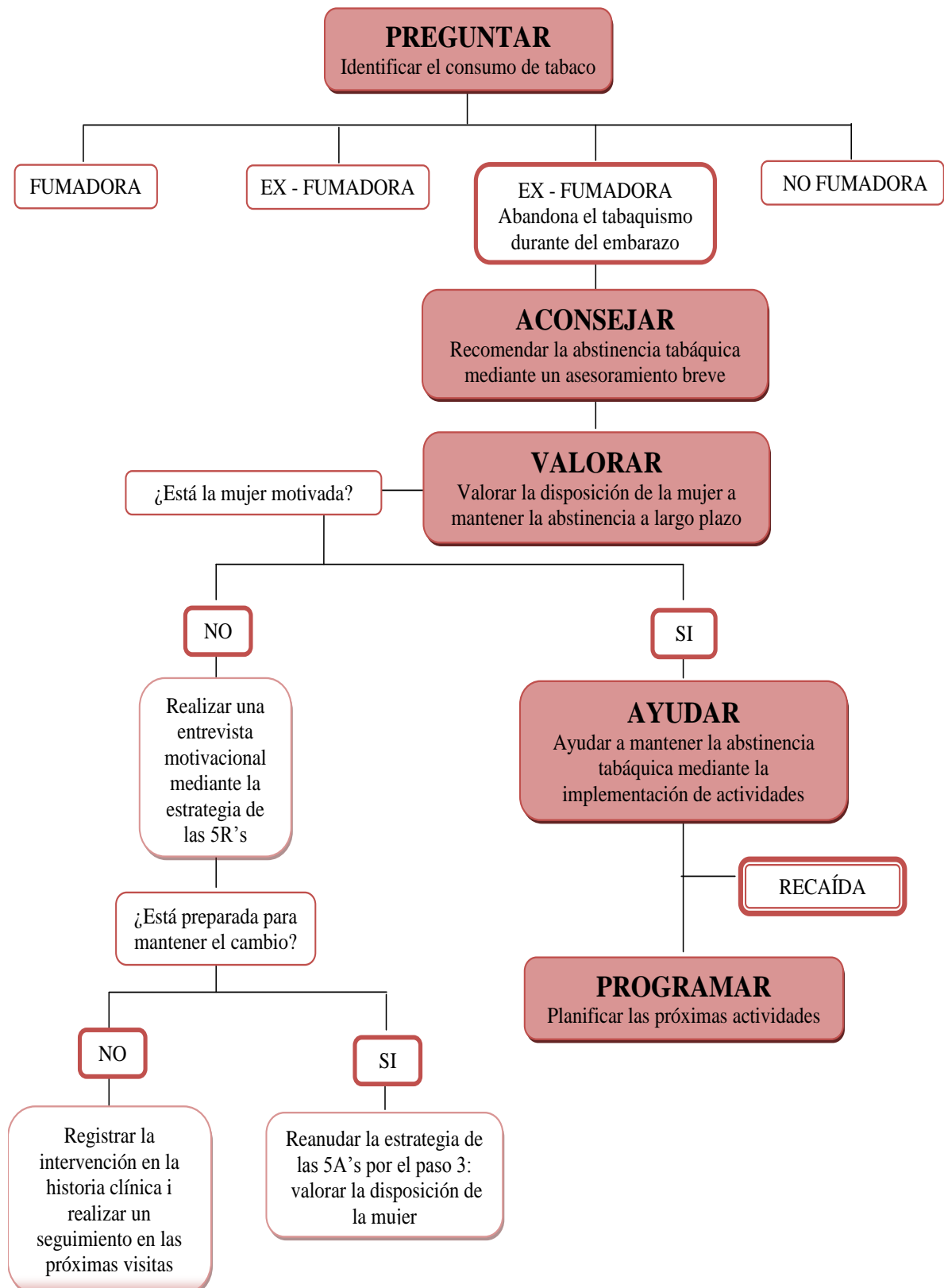
- 7.- De las intervenciones realizadas relacionadas con el tabaquismo materno, ¿qué aspectos cree que se pueden mejorar?

- 8.- ¿Cree que debería haber más implicación en todos los niveles asistenciales sobre el tabaquismo materno y la salud del neonato?

- 9.- ¿Cree que tiene los conocimientos suficientes para proporcionar educación sanitaria sobre el tabaquismo materno y el HAT en los neonatos?

- 10.- Para el programa de salud que queremos desarrollar, ¿qué aspectos cree que debemos tener en cuenta? ¿Qué tipo de intervenciones cree que son clave?

ANEXO 6. Estrategia de las 5A's



ANEXO 7. Estrategia de las 5R's

Aumentar la **MOTIVACIÓN** para lograr el mantenimiento de la abstinencia



RELEVANCIA

Animar a la mujer a que señale el por qué el mantenimiento de la abstinencia es importante para ella.



RIESGOS

Ayudar a la mujer a identificar las consecuencias negativas del consumo de tabaco



RECOMPENSAS

Ayudar a la mujer a expresar los beneficios físicos, psicológicos, estéticos, económicos, etc. que tendrá el mantenimiento de la abstinencia



BARRERAS

Identificar junto con la mujer los obstáculos y dificultades para mantener la abstinencia y buscar soluciones.



REPETICIÓN

Reforzar los mensajes motivadores en cada una de las oportunidades que se presente

INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DEL PROCESO

ANEXO 8. Registro sistemático de actividades

Presentación del programa y los materiales al HSJD y a los centros de Atención Primaria.			
Centros de salud participantes	Profesionales de la salud participantes	Coordinadores de cada centro	Fecha de realización

Reuniones de equipo			
Objetivo de la reunión	Centros implicados	Profesionales que asisten	Fecha de realización

Intervenciones implementadas				
Actividad	Nº de sesiones realizadas	Duración de cada intervención	Fecha de realización	Profesional implicado

ANEXO 9. Registro del proceso

Actividad	Objetivo	Breve descripción de la actividad	Resultado	Problemas/dificultades	Observaciones

	Según planificación	Mas o menos según la planificación	Con alguna desviación	Con grandes desviaciones
Los contenidos trabajados				
El tiempo dedicado				
La metodología utilizada				
Los materiales de apoyo				
La coordinación entre los miembros ejecutores				

Actuaciones llevadas a cabo no previstas durante el programa:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

ANEXO 10. Cuestionario de participación

Datos sociodemográficos de las participantes:

· Edad:

· Nacionalidad:

· Estado civil:

- Casada/pareja
- Separada
- Soltera
- Otros (especificar)

· Nivel de estudios

- Sin estudios o estudios primarios
- Estudios secundarios (bachillerato, Formación Profesional o equivalentes)
- Estudios universitarios medianos
- Estudios universitarios superiores

· Situación laboral actual:

- En paro, sin trabajo
- Trabajadora manual no cualificada, trabajo domestico, eventual
- Trabajadora manual cualificada de la industria, obrera de la construcción cualificada, trabajadora agrícola
- Funcionaria, jefa de obra, empleada de banca, administrativa, cuerpos de seguridad
- Profesional de grado medio, pequeña empresaria, trabajo en el campo, directiva nivel intermedio
- Profesional de grado superior, empresaria, directiva

· Número de hijos:

Datos sobre el hábito tabáquico de las participantes:

- ¿Había dejado de fumar en anteriores embarazos?

- ¿Cuánto tiempo lleva sin fumar?

- ¿En su casa, cuántas personas son fumadoras?

- Puntuación del test de Fagerström antes de dejar de fumar:

Pregunta	Respuesta	Puntos
1. ¿Cuánto tarda en encenderse el primer cigarrillo después de levantarse?	· Menos de 5 min.	3
	· Entre 6 y 30 min.	2
	· Entre 31 y 60 min.	1
	· Más de 60 min.	0
2. ¿Consigue no fumar en lugares en los cuales está prohibido (cine, transporte público, hospitales, etc.)?	· SI	0
	· NO	1
3. ¿A qué cigarrillo le cuesta más renunciar?	· La de primera hora de la mañana	0
	· Todas las otras	1
4. ¿Cuántos cigarros fuma cada día?	· 10 o menos	0
	· Entre 11 y 20	1
	· Entre 21 y 30	2
	· 31 y más	3
5. ¿Fuma más durante la primera hora después de levantarse que durante el resto del día?	· SI	1
	· NO	0
6. ¿Fuma cuando está enferma y debe pasar la mayor parte del día en la cama?	· SI	1
	· NO	0

Puntuación total

- 0-2** Nivel de dependencia leve
- 3-4** Nivel de dependencia mediano
- 4-6** Nivel de dependencia fuerte
- 7-10** Nivel de dependencia muy fuerte

ANEXO 11. Registro de participación

		Nº de asistentes	TOTAL participantes
Actividad preliminar	Sesión 1		
Actividad 1.	Sesión 1		
Actividad 2.	Sesión 1		
Actividad 3.	Sesión 1		
	Sesión 2		
Actividad 4.	Sesión 1		
Actividad 5.	Sesión 1		
Actividad 6.	Taller 1		
	Taller 2		
	Taller 3		
	Taller 4		
Actividad 7.	Sesión 1		
	Sesión 2		
Actividad 8.	Sesión 1		
	Sesión 2		

ANEXO 12. Encuesta de satisfacción para participantes

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA PARTICIPANTES	PUNTUACIÓN				
	5	4	3	2	1
¿El contenido de las actividades ha sido útil?					
¿El lugar donde se desarrollan las actividades ha sido el correcto?					
¿La duración de las actividades ha sido idónea?					
¿Los profesionales responsables de las actividades las han realizado de forma clara y concisa?					
¿El programa ha sido de su interés?					
¿Los materiales proporcionados han sido útiles?					

Excelente: 5	Muy buena: 4	Buena: 3	Regular: 2	Mala: 1
---------------------	---------------------	-----------------	-------------------	----------------

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANEXO 13. Encuesta de satisfacción para profesionales

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA PROFESIONALES	PUNTUACIÓN				
	5	4	3	2	1
¿El material proporcionado le ha ayudado a dirigir las actividades?					
¿Los contenidos de las actividades eran útiles?					
¿En qué grado las actividades han sido aceptadas por las participantes?					
¿La metodología de las actividades era adecuada?					
¿El material de apoyo proporcionado a los progenitores le ha ayudado?					
¿Ha habido coordinación entre todos los miembros del programa?					

Excelente: 5	Muy buena: 4	Buena: 3	Regular: 2	Mala: 1
---------------------	---------------------	-----------------	-------------------	----------------

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

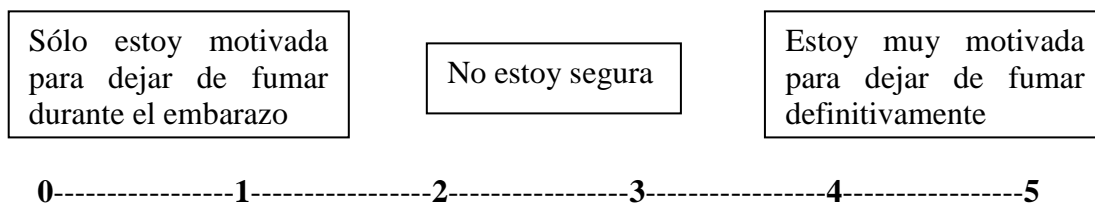
INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO Y LOS RESULTADOS

ANEXO 14. Cuestionario de conocimientos, habilidades y actitudes

TEST DE CONOCIMIENTOS	Verdadero	Falso
El humo del tabaco ambiental es exclusivamente el que exhala el fumador		
La exposición de los niños al humo del tabaco ambiental puede aumentar la frecuencia de enfermedades respiratorias.		
Las madres que se mantienen sin fumar durante la lactancia tienen más probabilidad de éxito.		
Mantener un hogar libre de humo NO ayuda a proteger al bebé del HAT		
Fumar NO ayuda a disminuir de peso durante el postparto.		
La nicotina es relajante, por lo tanto, ayuda a disminuir el estrés.		
Después del parto ya he superado los síntomas de abstinencia, puedo fumarme un cigarrillo aislado sin peligro de recaer.		

TEST DE HABILIDADES Y ACTITUDES	Totalmente de acuerdo	No estoy seguro	Totalmente en desacuerdo
He pactado con mi pareja estrategias que me ayudan a mantener la abstinencia			
Mantengo un hogar libre de humo			
Tengo recursos para afrontar los sentimientos negativos que me puedan surgir en esta etapa			
Conozco actividades que me ayudarán a reducir el estrés.			
Conozco quién me puede ayudar y/o dónde puedo acudir cuando tenga ganas de volver a fumar			
Me preocupa exponer a mi hijo al HAT			
Estoy motivada para dejar de fumar definitivamente			
Me siento capaz de afrontar situaciones difíciles que me inciten a fumar			
Dejar de fumar para siempre mejorará mi salud y la de mi hijo/a			

ANEXO 15. Escala de motivación



ANEXO 16. Escala de intención de consumo

Señale hasta que punto cree que es probable que fume en cada una de estas situaciones:

Situaciones	Puntuación				
	5	4	3	2	1
Reuniones familiares					
Fiestas					
Situaciones de estrés					
Problemas en la vida diaria					
Cuando tenga cambios en el estado de ánimo					
Estando con una persona fumadora					
Otras:					

Muy probable: 5	Probable: 4	No estoy segura:3	Poco probable: 2	Improbable: 1
-----------------	-------------	-------------------	------------------	---------------