

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



Protocolo de deshabituación tabáquica para mujeres embarazadas.

AUTOR: GALERA FERRANDIZ, PAULA.

Nº expediente: 707.

TUTOR: Iris Juárez Leal.

Departamento y Área: Departamento de Patología y Cirugía (Área de Radiología y Medicina Física).

Curso académico: 2016- 2017

Convocatoria de Junio

Índice

RESUMEN.....	1
Palabras clave.....	1
ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	3
JUSTIFICACION.....	5
BIBLIOGRAFIA.....	7
OBJETIVOS.....	7
HIPOTESIS.....	7
METODOLOGÍA.....	8
Diseño del estudio.....	8
Población de referencia y muestra.....	8
Criterios de inclusión y exclusión.....	8
Tamaño muestral.....	9
Variables.....	9
Recogida de datos.....	10
Análisis de datos.....	12
Aspectos éticos y legales.....	12
Dificultades y limitaciones del estudio.....	13
PLAN DE TRABAJO.....	13
EXPERIENCIA DEL EQUIPO.....	14
MARCO ESTRATEGICO.....	15
MEDIOS DISPONIBLES PARA LA REALIZACION DEL PROYECTO.....	15
PRESUPUESTO.....	16

PLAN DE DIVULGACION	17
BIBLIOGRAFIA.....	19
ANEXOS.....	20



PROTOCOLO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA PARA MUJERES EMBARAZADAS.

RESUMEN

Este protocolo de investigación presenta un programa para la deshabituación tabáquica dirigido a gestantes fumadoras de cigarrillos, pertenecientes al centro de salud de Campello, San Juan y San Vicente del Raspeig; y tiene como objetivo aumentar el número de mujeres embarazadas que abandonan o disminuyen el hábito tabáquico, haciéndolas conocedoras mediante un programa de educación para la salud, de las consecuencias que tiene este hecho, tanto para ellas como para su bebé, y así, cómo podrían tomar medidas y erradicar este grave problema.

El programa se estructura en cinco sesiones grupales de periodicidad semanal y de una hora de duración cada una. El lugar para desarrollarlas es la sala de preparación maternal del Centro de Salud de San Juan, situado en Alicante.

La intervención se iniciará con la formación de un grupo de como mínimo 10 gestantes y el grupo total estará formado por unas 15 personas (grupo cerrado).

La recolección de la información se obtendrá por medio de la matrona en la primera consulta y posteriormente a través de cuestionarios y seguimiento telefónico.

Una vez finalizadas las cinco sesiones, se evaluará el resultado del programa y las participantes responderán un cuestionario (Anexo 3) sobre los resultados obtenidos y el grado de satisfacción.

**PALABRAS CLAVE: EMBARAZO, NICOTINA, CONSECUENCIAS,
INTERVENCIÓN.**

ABSTRACT

This research protocol presents a program for smoking cessation directed to pregnant smokers of cigarettes, belonging to the health center of Campello, San Juan and San Vicente; And aims to reduce or eliminate tobacco use in pregnant women by making them aware of the consequences of this fact for them and their baby through a health education program and how they could take action and Eradicate this serious problem.

The program is structured in five group sessions of weekly frequency of one hour each. The place to develop them is the nursery room of the Health Center of San Juan, located in Alicante.

The intervention will begin with the formation of a group of at least 10 pregnant women and total group will be formed by about 15 people (closed group).

The collection of information will be obtained through the midwife in the first consultation and later through questionnaires and telephone follow-up.

After five sessions, the results of the program will be evaluated and participants will answer a questionnaire (Annex 3) on the results obtained and the degree of satisfaction.

KEYWORDS: PREGNANCY, NICOTINE, CONSEQUENCES, INTERVENTION.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El tabaquismo es un problema de salud pública y la principal causa de muerte prevenible. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, la prevalencia en mujeres ha aumentado en las últimas décadas y esto, es un grave problema cuando se quiere concebir un hijo; En España, se ha producido una clara tendencia creciente y estadísticamente muy significativa de la prevalencia de mujeres que mantuvieron el hábito de fumar durante la gestación. Estudios muestran que una de cada tres mujeres son fumadoras en el momento de saber que están embarazadas y, a pesar de que es conocido que el consumo de tabaco supone un riesgo para la salud del feto, no todas las gestantes abandonan el tabaco durante el embarazo: aproximadamente entre el 25-50% de ellas dejan de fumar, con una importante tasa de recaída (50-80%) durante el año siguiente al parto²⁻³.

Si este hábito se mantiene durante el embarazo, ha sido relacionado a muchas patologías obstétricas y neonatales, como desprendimiento de placenta, aborto, parto prematuro, bajo peso de nacimiento, síndromes neurocognitivos, entre otros; y que, mediante programas para dejar de fumar en el embarazo, según datos basados en evidencia científica, reducen algunas de estas patologías⁴.

Se han identificado factores que influyen en que las mujeres continúen fumando durante este periodo que engloban aspectos como la dependencia física, el entorno, la percepción del riesgo... y el desconocimiento de estos efectos y consecuencias que tiene el consumo de tabaco, ya que no existen recursos en el centro de salud como programas educativos que incluyan información de este tipo donde puedan asistir durante su periodo de gestación o personal que insista sobre ello, muchas de ellas mantienen el consumo de nicotina durante los meses de embarazo, pero el fumar durante el embarazo es el factor de riesgo modificable más importante para la salud del bebé y de la madre⁵.

Sin embargo, según los datos que nos aporta la evidencia, las intervenciones para promover el abandono del tabaco son la única medida que se ha demostrado eficaz en la reducción de la

prematuridad, el bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal (Lumley, Cochrane 2004), ya que es, al fin y al cabo, es la vía principal por la que mantiene el seguimiento del bebé y de la madre.

Desde una disciplina como es la Terapia Ocupacional, en la que la salud, su promoción y la prevención de la enfermedad toman un papel importante junto con la persona, se debe tener un abordaje determinante hacia este problema y propiciar el abandono del tabaquismo en la población de mujeres gestantes mediante herramientas eficaces con las que se tome conciencia y, se pueda llegar a disminuir o eliminar este mal hábito.

Está comprobado por diversos ensayos en los que comparan la atención habitual con otras intervenciones, que son las intervenciones de autoayuda aprendidas por profesionales de la salud, las que obtienen casi el doble de probabilidades de dejar de fumar⁶.

Actualmente, según el protocolo que se lleva a cabo en los centros de salud, al menos en España, desde que una mujer embarazada acude para corroborarlo y empezar a llevar todo el periodo de gestación bajo una supervisión médica, exactamente con la matrona; No hay ningún tipo de intervención que se lleve a cabo desde aquí para mujeres que se planteen, pretendan o realmente deban conocer las consecuencias tan graves que tiene continuar con el hábito tabáquico durante el embarazo para así, poder abandonarlo con un apoyo continuado.

Algunas comunidades autónomas han desarrollado programas de prevención y control del tabaquismo para promover estilos de vida saludables y han ideado y puesto en marcha iniciativas y actividades orientadas a disminuir la prevalencia del tabaquismo y a facilitar la deshabituación de la población fumadora. Se han publicado numerosas guías⁷⁻⁹ para ayudar a combatir el tabaquismo entre las mujeres embarazadas, como la de la Consejería de Salud de La Rioja. No obstante, los programas grupales destinados a acabar con el tabaco en gestantes son escasos. Durante el año 2009, en la Unidad de Gestión Clínica de Montequinto (Sevilla) se realizaron talleres de apoyo a la deshabituación tabáquica, llevados a cabo por matronas de atención primaria. Sin embargo, la mayoría de las medidas

de prevención y tratamiento son intervenciones individuales de asesoramiento o se basan en terapias cognitivo-conductuales, que no son efectivas si no se asocian a otras estrategias¹⁰.

Se han realizado estudios que corroboran todo esto, como por ejemplo con pacientes en Barcelona, en el Hospital del Mar donde por un lado el grupo control ha recibido una atención normalizada y por otro lado, se creó un grupo de mujeres que recibieron un asesoramiento estructurado para eliminar el hábito tabáquico; y dicho estudio verifica que el asesoramiento pre-natal reduce significativamente el número de mujeres fumadoras¹¹.

JUSTIFICACION

En España el número de muertes anuales atribuibles al consumo de tabaco se sitúa en 50.000, más de un millón de jóvenes españoles entre 16 y 24 años fuma a diario y en España al inicio del embarazo, la proporción de mujeres fumadoras se estima en torno al 30%. La prevalencia en las mujeres embarazadas varía con la edad, las mujeres mayores de 30 años son las que menos fuman, en cambio las más fumadoras se encuentran en el rango de 15 a 24 años, abandonando este hábito durante el embarazo entre el 20-40% de las fumadoras.

Debido a la evidencia clara que hay acerca de los efectos perjudiciales que tiene el tabaquismo en las personas y por tanto también durante el desarrollo intrauterino, es necesario que este colectivo tome conciencia sobre ello y actúe estrictamente durante este periodo importante de su vida, también que el personal socio-sanitario se implique en estas situaciones con una educación sanitaria ya que conllevan a la larga no solo la afectación en el niño o los problemas o enfermedades en la madre, sino también un gasto sanitario mucho mayor; gastos médicos, enfermedades y muertes a consecuencia de este hecho.

Estudios avalan que la intervención conductual en atención primaria para la cesación del tabaco en mujeres embarazadas mejoran las tasas de abandono del tabaquismo en la población, tanto dicha intervención únicamente como en combinación con otras; por lo que es una necesidad real que se realice en centros de salud a través de la atención primaria que es donde realmente aparece esa necesidad, ya que es el lugar y el momento en el que la mujer conoce su estado y debe marcarse el comienzo de una nueva vida sin tabaco y junto a su bebé¹².

No obstante, ya existen algunas campañas de prevención del consumo de tabaco en mujeres embarazadas mediante cartelería y guías en otras comunidades, lo cual corrobora el alcance del problema sanitario, pero no un programa conductual en sí enfocado a este colectivo.

La educación para la salud mediante programas de atención grupal permite el abordaje del tabaquismo teniendo en cuenta las características particulares del grupo, garantizando una triple vertiente de prevención: primaria, secundaria y terciaria, además de la promoción de la salud.

Por lo tanto, un abordaje adecuado de la dependencia del tabaco en la gestante puede tener un efecto muy significativo, ya que muchas de las mujeres embarazadas fumadoras necesitan ayuda para poder dejar el tabaco.

El embarazo es un periodo en el que la mujer se muestra particularmente receptiva hacia los cuidados de salud y por tanto en ese momento es cuando tienen un papel preponderante en la prevención de estas enfermedades que producen serios e irreversibles trastornos en los niños y el proporcionar a dichas mujeres información sobre los riesgos de fumar, así como establecer unas reglas claras respecto al tabaco y las razones para dejarlo, será útil para protegerlas a ellas y a su futuro hijo/a de este hábito insano.¹³

BIBLIOGRAFIA

- Luisa Martínez-Frías M, Rodríguez-Pinilla E, Bermejo E. Consumo de tabaco durante el embarazo en España: análisis por años, comunidades autónomas y características maternas. 2017.
- Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. 2017.
- Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S, Caird J, Perlen S, Eades S et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. 2017.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Aumentar el número de mujeres embarazadas que abandonan o disminuyen el hábito tabáquico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Aumentar el conocimiento acerca de los riesgos del tabaco durante la gestación.
- Disminuir la dependencia a la nicotina en mujeres embarazadas.
- Disminuir la concentración en muestras de orina de cotinina en mujeres embarazadas.
- Aumentar la motivación para dejar de fumar en mujeres embarazadas.
- Evaluar el nivel de satisfacción con el programa.

HIPOTESIS

El conocimiento de los riesgos asociados al consumo de tabaco durante la gestación disminuye o elimina el hábito tabáquico en mujeres embarazadas.

METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO

Este estudio de Intervención consistirá en la elaboración y puesta en práctica de un protocolo en atención primaria mediante charlas informativas en 3 centros de Salud de Alicante.

La duración de las intervenciones será de 5 semanas, por lo que se llevarán a cabo 4 grupos durante los 6 meses que está programado el protocolo.

La evaluación se llevará a cabo con diferentes test como son: Test de Richmond (Motivación para dejar de fumar) y Test de Fagerström (Dependencia física a la nicotina), además de los valores de cotinina en muestras de orina, que se les solicitará antes de llevar a cabo la intervención; Posteriormente, se reevaluarán los resultados del programa mediante autodeclaración sobre si se ha eliminado el hábito tabáquico, la administración de nuevo de ambos Test, nuevos valores de cotinina en muestras de orina y el cuestionario de satisfacción sobre el programa de intervención (anexo 3).

POBLACIÓN DE REFERENCIA Y MUESTRA

La población diana a la que va dirigido el estudio de intervención son mujeres embarazadas y fumadoras pertenecientes al centro de Salud de San Juan, Campello y San Vicente del Raspeig.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los criterios de inclusión y exclusión serán los siguientes:

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
-----------	-----------

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres en periodo de gestación de 12 semanas como máximo. • Querer participar. • Fumadoras. • Edad inferior a 35 años. | <ul style="list-style-type: none"> • No presentar otras adicciones. |
|--|--|

La matrona deberá preguntar en la primera visita de seguimiento del embarazo si es fumadora o no, y así, ofrecerle el programa.

TAMAÑO MUESTRAL

Las intervenciones grupales no superarán las 5 o 6 personas por centro de salud, siendo unas 18 personas como máximo por sesión durante el mes y medio que duren las 5 sesiones.

El total de la muestra será de 65 mujeres embarazadas, teniendo en cuenta un 10% de posibles pérdidas o abandono de mujeres durante los 6 meses totales que dure el programa.

VARIABLES

Variable independiente: Programa de deshabituación tabáquica.

Variables dependientes:

Niveles de cotinina en orina (expresada en ng/ml). Las cifras del laboratorio para la clasificación:

- No fumadoras cuando la cotinina en orina sea <20 ng/ml
- Fumadoras pasivas u ocasionales cuando el resultado sea igual a 20-125 ng/ml

- Fumadoras moderadas si la cotinina en orina esta entre 125-500 ng/ml
- Fumadoras severas cuando la cotinina urinaria sea >500 ng/ml.

Motivación para dejar de fumar mediante el Test de Richmond.

Dependencia física a la nicotina mediante el Test de Fagerström.

Satisfacción del programa de intervención mediante el cuestionario (anexo 3)

- o **Como variables confusoras** podríamos encontrar que no viese una motivación debido al corto plazo de tiempo o a la situación que presenta, ya que ha aumentado su peso y la ansiedad que pueda presentar al deshabituarse del tabaco o el aumento de peso que pueda adquirir le influya en la decisión, ya que como norma general, debe llevar un estilo de vida más sedentario; además puede tender a minorizar las consecuencias de mantener el hábito debido a las pocas semanas de embarazo y querer confiar en que conseguirá abandonarlo transcurrido un tiempo creyendo erróneamente que no tiene una dependencia física total al consumo.
- o **Las variables sociodemográficas** serán las obtenidas en el cuestionario de recogida de datos (edad, nacionalidad, estudios y actividad laboral y clase social).

RECOGIDA DE DATOS

1.- Identificar a las mujeres embarazadas que acudan al centro de salud mediante una pregunta sencilla que realizará la matrona y en la que obtendremos si son fumadoras actualmente o si antes lo hacían.

Se deberá anotar el número de cigarrillos/día en la historia clínica informatizada junto con el resto de información que se recoge en la visita habitual e informarle de la intervención. Si muestra interés, concretar fecha para llamada telefónica y posterior cita para la explicación, recogida de datos, evaluación individual inicial y firma del consentimiento informado (Anexo 4).

2.- Informarle vía telefónica sobre la intervención y en la primera cita, valorar si realmente es consciente y/o quiere dejar de fumar.

Anotar que es lo que piensa acerca de este hecho para llevar a cabo la intervención más adecuada y tanto como si su respuesta es afirmativa como si no lo es, proponerle y darle información más detallada sobre la intervención y concretar un segundo contacto para comenzar con la evaluación.

3.- Primera evaluación: Valorar el grado de motivación, de dependencia al tabaco, revisar los resultados de los análisis urinarios.

Analizar y evaluar tanto los resultados del análisis de orina que se le habrá solicitado en la primera consulta con la matrona y que ya constarán los resultados, como la motivación para dejar de fumar, aplicando el test de Richmond modificado, así como el grado de dependencia mediante el test de Fagerström. Tenemos que tener en cuenta que las mujeres gestantes tienden a minimizar el consumo (infra- declaración).

- Test de Richmond (Anexo 1): Mide nivel de motivación para dejar de fumar (0 a 10).
- Test de Fagerström (Anexo 2): Este test sirve para evaluar el grado de dependencia física de la nicotina.
- Analizar los análisis urinarios y principalmente los resultados en cotinina.

4.- Una vez claros y definidos estos, se le informará mediante contacto telefónico sobre la fecha para comenzar con la intervención terapéutica de modo grupal.

5.- Tras llevar a cabo la intervención, se procederá a realizar la reevaluación, comparando los resultados a los test utilizados en la evaluación, los resultados urinarios y su propia

declaración acerca del hábito tabáquico; además se les pedirá que realicen el cuestionario de satisfacción del programa (Anexo 3).

ANALISIS DE DATOS

- Descripción numérica y gráfica de las variables sociodemográficas y el número de cigarrillos que consumían al día, 3 meses antes de la intervención.
- Análisis de datos bivalente: Determinar la disminución del hábito tabáquico debido a la intervención:
 - o Se comparará las concentraciones de cotinina en orina tras la finalización de la intervención en cada uno de los grupos (control e intervención). En segundo lugar, se compararán las puntuaciones de los niveles de cotinina entre ambos grupos.
 - o Se comparará los resultados del Test de Richmond (motivación para dejar de fumar) tras la finalización de la intervención en cada uno de los grupos (control e intervención). En segundo lugar, se compararán las puntuaciones de dicho test entre ambos grupos.
 - o Se comparará los niveles de puntuación del Test de Fagerström (dependencia física de la nicotina) en orina tras la finalización de la intervención en cada uno de los grupos (control e intervención). En segundo lugar, se compararán las puntuaciones de dicho test entre ambos grupos

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Las participantes del estudio firmarán un consentimiento informado (Anexo 4) para poder participar. Este se entregará en formato papel. Para promover la participación en las técnicas cuantitativas se gratificara simbólicamente la participación.

Se seguirán los Códigos de Buenas Prácticas Científicas de los centros participantes y las recomendaciones habituales *World Medical Education. Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964 and amended by the 59th WMA General Assembly, Seoul, October 2008: 1-5.*, Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de 1999 de protección de datos de carácter personal.

DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal dificultad que podemos encontrar es la participación voluntaria en la intervención y la pérdida de seguimiento, además de la posibilidad de abandono el programa por un aborto espontáneo. También se puede encontrar como una limitación importante el número total de la muestra siendo demasiado pequeña para poder extraer conclusiones generalizables.

PLAN DE TRABAJO

Fase/ Tarea		Persona responsable	Tiempo en meses					
			1-3	4-5	5-6	6-7	7-8	9-10
1	Revisión y búsqueda bibliográfica	Paula Galera Ferrándiz						
2	Establecimiento de contacto con los Centros de salud y matronas de estos	Paula Galera Ferrándiz						

3	Evaluación a participantes y recogida de datos	Paula Galera Ferrándiz						
4	Intervención propiamente dicha	Paula Galera Ferrándiz y María Ruiz Peñalver						
5	Análisis de los datos obtenidos	Paula Galera Ferrándiz						
6	Elaboración de un informe final con los resultados	Paula Galera Ferrándiz						

EXPERIENCIA DEL EQUIPO

Las personas que lo llevarán a cabo formarán un equipo multidisciplinario creado expresamente para la realización del proyecto.

a) **Paula Galera Ferrándiz:** Responsable del estudio y encargada de la organización, fijación de calendarios, distribución de tareas y gestión del presupuesto el proyecto.

Técnico Superior en Integración Social y Graduada en Terapia Ocupacional.

b) **María Ruiz Peñalver:** Personal de apoyo durante las sesiones y encargada en citar y llevar el seguimiento una vez finalizado, de modo telefónico.

Técnico Superior en Integración Social.

c) **Rosario Vázquez Ferrando:** Recogida de datos y captación durante la primera visita de embarazo en la consulta del centro de Salud de Campello.

Graduada en Enfermería con especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica.

d) **Laura López Selles:** Recogida de datos y captación durante la primera visita de embarazo en la consulta del centro de Salud de San Juan.

Graduada en Enfermería con especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica.

e) **Rocío Rodríguez Agudo:** Recogida de datos y captación durante la primera visita de embarazo en la consulta del centro de Salud de San Vicente.

Graduada en Enfermería con especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica.

MARCO ESTRATÉGICO

Considero pues, que los resultados obtenidos con dicho programa serían de gran valor para poder plantear este mismo programa en otros centros de salud, contribuyendo así a la mejora de la salud de la población en general, y fomentando la disminución del gasto sanitario atribuido a este hábito.

Además, desde el plan Integral de Tabaquismo, se considera que los consejos sanitarios suponen un instrumento fundamental para contribuir a estos resultados, por lo que la capacidad de este proyecto apoyaría dicho plan, siendo los profesionales sanitarios los encargados de recomendar o aconsejar el abandono de este hábito como así propone.

MEDIOS DISPONIBLES PARA LA REALIZACION DEL PROYECTO

El centro de salud de San Juan de Alicante dispone en la actualidad de la experiencia e infraestructura logística necesaria para dar soporte al proyecto; tanto en espacio físico para la realización del proyecto, como personal para llevar a cabo la propuesta. Además dispone de servicios administrativos y materiales necesarios para llevar a cabo el trabajo.

PRESUPUESTO

a. GASTOS DE PERSONAL

CATEGORIA	PAGO POR PARTICIPACION/ SESIÓN	TIEMPO TOTAL	IMPORTE
Terapeuta Ocupacional	15,00	75h	1125,00
Integrador Social	9,00	50h	450,00
TOTAL			1575,00 €

b. MATERIAL INVENTARIABLE

MATERIAL	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTE	COSTE TOTAL
Sala amplia	Uno	1	0	0
Mesa	Uno	10	50,00	500,00
Silla	Uno	10	30,00	300,00
Proyector	Uno	1	200,00	200,00
Pantalla	Uno	1	500,00	500,00
Ordenador portátil	Uno	1	400,00	400,00
USB	Uno	1	15,00	15,00
				1915,00 €

c. MATERIAL FUNGIBLE

MATERIAL	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTE	COSTE TOTAL
Bolígrafos BIC azul	Caja	4	6,50	26,00
Papel Din-A4	Resma	1	4,10	4,10
Carpeta	Unidad	60	3,50	210
Cartelería	Unidad	60	2,10	126
				366,10

d. VIAJES Y DIETAS

CONCEPTO	TARIFA DIARIA	DÍAS	IMPORTE
Gastos de viaje	15,00	25	375,00
			375,00 €

PLAN DE DIVULGACION

Con el objetivo de una efectiva divulgación del programa, utilizaremos cartelería repartida por los centros de salud dónde se llevará a cabo la intervención, además de contar con la participación del equipo médico y sanitario ya que tras una reunión con los facultativos de los Centros de Salud, se les solicitará que desde su propia consulta de atención primaria se informe a cualquier mujer que pretenda quedarse embarazada en los próximos 6 meses.

También se llevarán a cabo acciones de difusión y promoción a través de un anuncio en la prensa local (Periódico de Sant Joan d'Alacant, El Campello y de San Vicente del Raspeig).

Además, durante la ejecución del programa se tratará de aumentar la motivación y participación y a la vez así, crear una sensibilización general tanto de las mujeres embarazadas como de su entorno directo para eliminar este hábito; De esta manera, podrán aplicar y enseñar las medidas aprendidas y difundir la satisfacción del programa a personas en su misma situación o similar. También se le pedirá a cada una de las participantes que les recomienden y si aceptan, nos aporten el teléfono de una persona o varias en la misma situación, que aunque no pertenezca al mismo centro de salud, pudiese estar interesada en participar.

Una vez finalizado el programa, y tras haber analizados los resultados del protocolo, dichos datos serán expuestos tanto en el Congreso Internacional de Terapia Ocupacional como en el portal Español de Terapia Ocupacional “Terapia-ocupacional.com” y en el blog “amarantoterapiaocupacional.com” para darle una difusión dentro del ámbito sanitario y que realmente esta intervención tenga un impacto dentro de nuestra profesión.

BIBLIOGRAFIA

- 1) OMS | Tabaco [Internet]. Who.int. 2017 [cited 16 April 2017]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- 2) Luisa Martínez-Frías M, Rodríguez-Pinilla E, Bermejo E. Consumo de tabaco durante el embarazo en España: análisis por años, comunidades autónomas y características maternas. 2017.
- 3) [Internet]. 2017 [cited 16 April 2017]. Available from: <http://www.infotabacweb.com/filesimagina/boletines/archivos/InfoTabaco26.pdf>
- 4) Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. 2017.
- 5) Consejería de Salud de La Rioja. Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. Gobierno de La Rioja, 2010.
- 6) [Internet]. 2017 [cited 16 April 2017]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18339103>
- 7) Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía. Guía «Nacer sin humo». Dejar de fumar en el embarazo. Junta de Andalucía, 2008
- 8) Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). Guía «Ponle fecha». SEMFYC, 2010.
- 9) Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Guía para dejar de fumar. AECC, 2012.
- 10) Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S, Caird J, Perlen S, Eades S et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. 2017.
- 11) Castellanos ME e. [Impact of medical counselling on giving up smoking during pregnancy]. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2017 [cited 16 April 2017]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12453389>
- 12) Patnode CD e. Behavioral Counseling and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Women: A Review of Reviews for the U.S.... -

PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2017 [cited 16 April 2017]. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26389650>

13) Authors n. Behavioral Counseling and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Women: A Review of Reviews for the U.S.... - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2017 [cited 16 April 2017]. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26491759>

ANEXOS

- Anexo 1: Test de Richmond: Mide nivel de motivación para dejar de fumar (0 a 10).

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Le gustaría dejar de fumar definitivamente?	No	0
	Si	1
¿Cuánto interés tiene en hacerlo?	Nada	0
	Quizás	1
	Bastante	2
	Mucho	3
¿Va a intentarlo en las próximas dos semanas?	No	0
	Quizás	1
	Si	2
	Si definitivamente	3
¿Cree que lo habrá dejado en los próximos 6 meses?	No	0
	Quizás	1
	Si	2
	Si definitivamente	3

Los resultado se catalogan en 3 grupos: Motivación máxima (7-10), moderada (4- 6) o motivación baja (igual o menor que 3)

- Anexo 2: Test de Fagerström de dependencia de la nicotina (1991). Evalúa el grado de dependencia física de la nicotina.

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	Menos de 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios donde está prohibido (cine...)?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero	1
	Otros	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	Más de 30	3
	21-30	2
	11-20	1
	Menos de 11	0
¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0

La puntuación total oscila entre 0 y 10. Puntuaciones altas e (6 o más) indican un alto grado de dependencia; por el contrario puntuaciones bajas no necesariamente indican un bajo grado de dependencia.

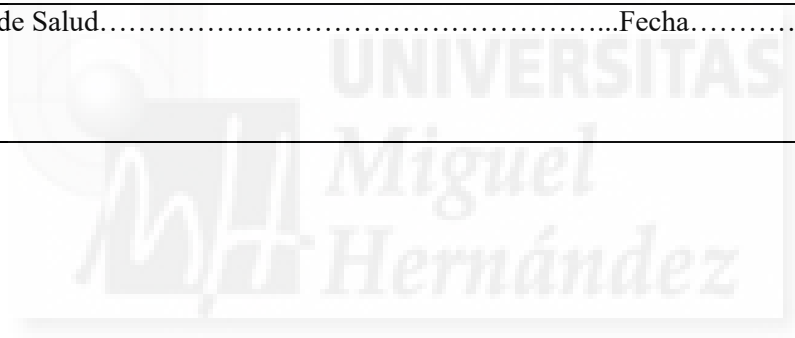
- Anexo 3: Cuestionario de satisfacción tras el programa.

NOMBRE Y APELLIDOS:		FECHA:
CENTRO DE SALUD AL QUE PERTENECE:		
Por favor, puntúa del 1 al 5 con la mayor sinceridad posible, (siendo 1 la peor puntuación y 5 la mejor puntuación)		
1	Considera valioso el programa para dejar de fumar	
2	Me ha servido para dejar el hábito y continuar sin fumar	
3	Cree conocer todos los beneficios de eliminar el tabaco	
4	Conoce los efectos nocivos de haber mantenido el consumo tanto para sí misma como para el bebé	
5	Considera valiosas las estrategias explicadas	
6	Los temas tratados han sido claros y útiles	
7	Recomendaría el programa a otras personas	
8	Considera que el espacio y material ha sido correcto (En caso de no ser así,	

	especifíquelo en la pregunta 10)	
9	Mi grado de valoración general del programa es...	
10	Comenta aspectos positivos o negativos para poder mejorar:	

- Anexo 4: Consentimiento informado.

Establecimiento de Salud.....Fecha.....



Yo.....identificado con DNI (carné de extranjería o pasaporte para extranjeros) N°.....he sido informado poracerca de la intervención llevada a cabo desde Terapia Ocupacional.

Actualmente estoy en periodo de gestación de.....semanas y el procedimiento propuesto consiste en (descripción en términos sencillos).....

Me ha informado de los riesgos, ventajas y beneficios del procedimiento, así como sobre la posibilidad de tratamientos alternativos.....y se ha referido a las consecuencias del no tratamiento.....

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para participar.

Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

Firma del paciente o responsable legal

Firma del profesional

DNI

DNI

