

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



“Razones y emociones relacionados a la continuación o cese del consumo de tabaco durante la gestación: Estudio en un centro de Atención Primaria de salud.”

MARIA PAZ ROSS ARIAS

**PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD
PÚBLICA**

PROFESOR GUIA DE TESIS: DRA. VERONICA IGLESIAS.

Santiago, Julio 2016

Índice

Índice	2
Introducción	4
Marco de Referencia	5
<i>Definiciones previas</i>	5
1. <i>El tabaquismo como problema de salud pública.</i>	6
1.1 <i>Costo sanitario del tabaquismo.</i>	8
2. <i>El tabaquismo femenino, diferencias de género.</i>	8
3. <i>El tabaquismo durante el embarazo.</i>	10
3.1 <i>Impacto del tabaco durante el embarazo.</i>	11
3.2 <i>Consumo de tabaco durante el puerperio.</i>	12
4. <i>Cesación tabáquica.</i>	12
4.1 <i>El cese del hábito tabáquico motivado por el embarazo.</i>	14
Pregunta de investigación	16
Objetivos.....	16
Métodos	17
<i>Paradigma y Diseño de estudio</i>	17
<i>Universo y muestra</i>	17
<i>Recolección de información</i>	20
<i>Procesamiento de la información: grabación, transcripción, lectura.</i>	20
<i>Criterios de rigor.</i>	21
<i>Aspectos éticos</i>	21
Discusión.	32
Bibliografía.....	44
Anexos.....	50
<i>Anexo 1: Pauta-guión de entrevistas</i>	50
<i>Anexo 2: Consentimiento informado.</i>	52

Resumen

Introducción: El tabaquismo es un problema de salud pública a nivel mundial y en Chile. Nuestro país tiene una alta prevalencia de consumo de tabaco en la población y se ha determinado que una de cada once muertes se relaciona con el tabaquismo. En embarazadas la presencia de este factor de riesgo representa una complicación adicional debido a los efectos sobre la salud del feto.

Objetivo: Explorar en las razones y emociones relacionadas a la continuación o cese del consumo de tabaco durante la gestación en embarazadas y puérperas usuarias de matrona/ón del Cesfam Amador Neghme, en el año 2015.

Métodos: Estudio cualitativo descriptivo. Las participantes fueron embarazadas y puérperas usuarias del programa de la mujer del CESFAM Amador Neghme en Santiago de Chile que consumían tabaco al momento del primer control. El muestreo fue estratificado según paridad. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas y se realizó un análisis de contenido.

Resultados: Las razones y emociones relacionadas con la continuación o cese del consumo de tabaco durante el embarazo son variadas. En relación a la continuación destacan el consumo como un momento de encuentro personal, como mecanismo de evasión de múltiples problemas, tranquilizante, como regulador emocional del estrés y facilitador del tránsito intestinal, y en el cese se recalcan los posibles problemas perinatales, la irresponsabilidad, miedo, culpa y aversión.

Discusión: A partir de los resultados se identifican recomendaciones que contribuirían a disminuir el consumo, a saber: fortalecer el control preconcepcional y de planificación familiar como estrategias de prevención del consumo previo al embarazo; evaluación de la efectividad e impacto de la consejería anti tabáquica en el ingreso del embarazo; considerar el abordaje multinivel, multisectorial y multiprofesional para generar planes de rehabilitación integrales a las mujeres consumidoras de tabaco durante la gestación.

Palabras claves: Tabaco, embarazo, razones, emociones.

Introducción

El tabaquismo es un problema de salud pública a nivel mundial y también a nivel nacional. Nuestro país presenta una alta prevalencia de tabaquismo en la población. Un 40,6% de la población general mayor de 15 años fuma actualmente⁽¹⁾ lo que lo posiciona entre los países más fumadores de la región. Del grupo de fumadores actuales, el 44,2% son hombres y el 37,1% son mujeres⁽¹⁾, lo que las sitúa como las mujeres más fumadoras de América. En ambos sexos el grupo etario que más fuma está entre los 25 y 44 años, con un 49,4%⁽¹⁾.

El consumo de tabaco y la exposición involuntaria al humo del tabaco durante el embarazo representa una complicación adicional debido a los efectos sobre la salud del feto⁽²⁾⁽³⁾. Entre los efectos, se ha descrito: Restricción del crecimiento intrauterino y recién nacidos de bajo peso⁽⁴⁾, síndrome de muerte súbita, función pulmonar reducida, cáncer infantil y paladar o labio hendido. Con la edad pueden aparecer alergias, cuadros de infecciones respiratorias, exacerbación del asma y problemas de aprendizaje entre otros⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾.

Uno de los pocos estudios realizados en Chile en embarazadas que fuman, fue en mujeres de nivel socioeconómico bajo de la zona sur de Santiago. Se determinó que la prevalencia de consumo de tabaco durante el primer trimestre del embarazo alcanzaba un 28%, siendo esta cifra mayor en el grupo de adolescentes, comparada con las mayores de 19 años. Entre las mujeres que dejaron de fumar durante el embarazo, la reducción de la prevalencia fue más alta durante el primer trimestre (de un 27%) que durante los dos siguientes, pese a que un 46,5% siguió fumando durante este primer trimestre. De las mujeres que fumaban, un 46,5% suspendieron el consumo por el embarazo, sin embargo, un 12,6% de las madres fumadoras volvió a hacerlo en los primeros días del puerperio⁽¹⁰⁾.

Las razones y sentimientos relacionados con el consumo de tabaco durante el embarazo han sido poco explorados por lo que se requiere mayor evidencia en el tema, especialmente en nuestro país donde existe un alto nivel de su consumo en mujeres en edad fértil. El presente estudio aborda esta temática con el fin de contribuir en la formulación de estrategias preventivas en esta población.

Marco de Referencia

El objetivo de este estudio requiere partir analizando ciertos tópicos relevantes para contextualizar este problema de mejor forma. Es así como el tabaquismo se considera un problema de Salud Pública que trasciende fronteras geográficas, socioculturales y de género. Así también, requiere conocer la evidencia existente y como otros autores han analizado estas temáticas desde diferentes aristas, tanto desde lo femenino como desde las consecuencias y causas perinatales del tabaquismo. Para eso este marco de referencia pretende dar una mirada más amplia en relación al consumo y cesación del tabaco en la etapa perinatal, para acercarse a los principales antecedentes y conceptos que se utilizarán en este estudio.

Definiciones previas.

Actualmente, se considera que el tabaquismo es una enfermedad crónica sistémica que pertenece al grupo de las adicciones⁽¹¹⁾. Al caracterizar el tabaquismo como enfermedad crónica, se reconoce que la mayoría de los consumidores de tabaco persisten en su consumo por muchos años y típicamente pasan por períodos de remisión y recaídas⁽¹²⁾. Existen variadas interpretaciones para operacionalizar el consumo de tabaco. Uno de los estudios que se utilizarán en este marco conceptual, define consumo diario como aquellos individuos que declaran consumo de tabaco durante a lo menos 20 días en el último mes⁽¹³⁾. Para efectos de este trabajo entenderemos como tabaquismo femenino durante el embarazo a la mujer que fumó durante este período, independientemente de la cantidad y la frecuencia de consumo.

Debido a la multiplicidad de definiciones, para este estudio se entenderá como cesación tabáquica el hecho de dejar de consumir tabaco en cualquier momento y sin considerar si luego se reanuda el hábito. En la Encuesta Nacional de Salud⁽¹⁾ esta variable se operacionaliza como aquellos(as) que alcanzan más de 6 meses o más de un año de cesación tabáquica.

Otra definición que se utilizó durante este estudio son las emociones, definidas por la Real Academia Española como “Alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática”⁽¹⁴⁾.

1. *El tabaquismo como problema de salud pública.*

El tabaquismo es considerado un problema de salud pública, tanto a nivel mundial como nacional. La diseminación del cigarrillo ocurre en el siglo XIX jugando los soldados de la época un papel importante. Así, en la guerra entre Turquía y Egipto (1832) a los soldados de este último país se les ocurrió rellenar los cartuchos de sus fusiles con picadura de tabaco, creando así el primer cigarrillo. Luego en el año 1865, apareció la primera máquina manufacturera de cigarrillos y a partir de ahí se provocaría la expansión en el hábito de fumar cigarrillos⁽¹⁵⁾.

Por tanto, hasta principios del siglo XX la producción de tabaco y su elaboración eran muy limitadas y el acto de fumar era más un rito que una dependencia propiamente tal. Tras la producción masiva de cigarrillos manufacturados con tabaco más refinado y la promoción, significó la incorporación del tabaco al rancho de los combatientes en la Primera Guerra Mundial, y su uso se extendió en los 20 años siguientes por toda Europa. Harían falta otros 20 años (década de los 50's) para que comenzaran a aumentar todas las enfermedades y muertes derivadas de su consumo⁽¹⁵⁾.

Cada año el tabaco mata aproximadamente a unos 6 millones de personas y causa pérdidas económicas valoradas en más de medio billón de dólares. Se estima que sin medidas de control efectivas, el tabaco podría llegar a matar a mil millones de personas a lo largo de este siglo⁽¹⁶⁾. Otro estudio revela que de no tomarse las medidas adecuadas para el 2025 esta cifra aumentará a nivel mundial a 10.000.000 millones de muertes⁽¹⁷⁾. Chile no se escapa de esta realidad.

Para conocer la prevalencia y principales características del consumo de tabaco en Chile, la II Encuesta Nacional de Salud realizada en el 2009 y 2010 por el Ministerio de Salud entrega una visión completa. Chile tiene una alta prevalencia de consumo de tabaco en la población; un 57,9% en la población general mayor de 15 años fuma actualmente⁽¹⁾, lo que lo sitúa entre los países más fumadores de la región. El 44,2% de los hombres y el 37,1 % de las mujeres fuma actualmente (diario + ocasional)⁽¹⁸⁾, prevalencia que ha ido en aumento en los últimos 30 años en nuestro país, variando desde un 25% entre los años 1980-1989⁽¹⁹⁾ hasta el 54,9% actual, lo que las sitúa como las mujeres más fumadoras de América. Tanto en hombres como en mujeres, el grupo etario que más fuma está entre los 25 y 44 años⁽¹⁾.

También es preocupante la situación de las niñas entre 13 y 15 años que tienen el primer lugar del ranking de fumadoras del mundo, y que superan en prevalencia a los niños de su mismo grupo etario, alcanzando una prevalencia de 31,9 en hombres y 32,3% en mujeres⁽¹³⁾. La edad promedio de inicio del consumo según la II Encuesta Nacional de Salud es 16,8 años en los hombres y 19,1 años en las mujeres. Promedio que es mucho menor en el grupo de mujeres menores de 24 años, lo que indica que cada vez el inicio del consumo de tabaco es más precoz⁽¹⁾.

Así también un 65,7% de los fumadores actuales, tuvieron la intención de dejar de fumar, siendo más alta esta proporción en hombres en comparación con las mujeres, 72,7% y 57,8% respectivamente. En el grupo de las mujeres la proporción más alta de intención de dejar de fumar es en el tramo de 45 y 64 años con un 70,5 %. En ambos sexos la intención de dejar de fumar es más alta en el nivel educacional más bajo⁽¹⁾. Sin embargo, esta intención de dejar de fumar no encuentra una oferta pública disponible desde los centros de salud chilenos a diferencia de otros países de Latinoamérica tales como: Venezuela, El Salvador y Honduras desde el 2010⁽²⁰⁾⁽²¹⁾.

El tabaco y la pobreza están indisolublemente ligados. Numerosos estudios han revelado que en los hogares más pobres en países de bajos ingresos, los productos del tabaco representan hasta un 10% de los gastos familiares. Esto significa que esas familias disponen de menos dinero para destinar a sus necesidades básicas, como por ejemplo: alimentación, educación y atención de salud, lo que se suma a los efectos sanitarios directos: malnutrición, mayores gastos en atención de salud y muerte prematura. La relación entre el tabaco y el agravamiento de la pobreza ha sido ignorada durante mucho tiempo por los investigadores de ambas áreas⁽²²⁾.

El tabaquismo está asociado a una serie de problemas de salud y es uno de los factores de riesgo de las principales enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial, a mencionar: problemas cardiovasculares, diabetes, cánceres y enfermedades respiratorias crónicas, etc.⁽²³⁾.

Este problema ha sido considerado una epidemia, y sus consecuencias representan un alto costo para los estados pero un gran negocio para las industrias tabacaleras, implicando fuertes presiones a la hora de aprobar leyes que busquen restringir su consumo.

1.1 Costo sanitario del tabaquismo.

De acuerdo a un estudio realizado en el año 2013, un 18,5% del total anual de muertes en Chile es atribuible al tabaquismo, lo que se traduce en 16.532 personas fallecidas. Este porcentaje supera al promedio regional que alcanza a un 13%⁽¹⁷⁾.

En Chile, las muertes atribuibles por tabaco se distribuyen de la siguiente manera: 4.523 por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), 2.988 otros cánceres, 2.565 por enfermedades cardíacas, 2335 por cáncer al pulmón, 1902 por tabaquismo pasivo, 1497 muertes por accidente cerebro vascular y 722 ocasionadas por neumonía⁽¹⁷⁾.

Además de los elevados gastos de salud pública relacionados con el tratamiento de enfermedades causadas por el tabaco, éste mata a las personas en la cúspide de su vida productiva, privando a las familias de sus ingresos económicos y a los países de una fuerza de trabajo saludable. Asimismo, los consumidores de tabaco son menos productivos durante su vida laboral debido a su mayor vulnerabilidad frente a las enfermedades⁽²²⁾.

Además de ser un grave problema de salud pública, el tabaquismo representa un mal negocio para el Estado. Los costos para éste son de más de un billón de pesos gastados en el tratamiento de las enfermedades relacionadas al tabaquismo (costos directos)⁽¹⁷⁾. Si a eso le sumamos los costos indirectos como baja de productividad y licencias médicas, el costo es mayor. Éste representa el 0,8% del Producto Interno Bruto (P.I.B) y un 11,5% del total del gasto en salud⁽¹⁷⁾. De acuerdo a este último estudio anualmente se pierden 428.588 años de vida por muerte prematura y discapacidad a causa del tabaco.

2. El tabaquismo femenino, diferencias de género.

Para las mujeres que fuman, los problemas de salud causados por el tabaco dicen relación con la aparición de distintos tipos de cánceres como pulmón, boca, mama, riñón, cuello uterino, infertilidad, además de los problemas cardiovasculares y E.P.O.C⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾. Para el año 2008 en Chile, morían el doble de mujeres por cáncer al pulmón que hace 15 años⁽²⁶⁾.

En la Encuesta Nacional de Salud (E.N.S) Chilena se midió también el grado de adicción. Se consideró como “adicto” a las personas que se fuman un cigarrillo durante la primera hora después de despertarse en la mañana⁽¹⁾. De acuerdo a esta definición el porcentaje de adicción determinado fue de un 33,3% entre los fumadores. La adicción resultante fue más alta en los hombres que en las mujeres y en los sectores con menor nivel de educación, en ambos sexos. En las mujeres, el alto grado de adicción se presenta en el grupo de más de 65 años con un 47,1%, superando a los hombres en este tramo etario, seguido del grupo entre 25 y 44 años con una prevalencia de 37,5%⁽¹⁾. Por lo anterior, se presume que habrá un aumento de la carga de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco especialmente entre mujeres⁽²⁷⁾.

La II E.N.S midió la prevalencia de ex fumadores de dos maneras, aquellos con más de 6 meses y aquellos con un año de cesación tabáquica, ambas prevalencias de cesación son mayores en hombres que en mujeres y aumentan con la edad⁽¹⁾. Otros estudios argumentan que existen diferentes predictores para hombres y mujeres en relación a la posibilidad de volver a fumar. En hombres serían la menor dependencia física y pareja no fumadora, y en mujeres: mayor edad, menor consumo, menor cantidad de amigos fumadores y no padecer ansiedad o depresión durante el tratamiento⁽²⁸⁾.

Por último la E.N.S midió la exposición involuntaria al humo del tabaco, y encontró que en el 30,7% de los hogares se permite fumar ya sea ocasionalmente o siempre⁽¹⁾, exponiendo de mayor manera a las mujeres que por su rol de género están asignadas socialmente a las tareas de crianza y domésticas en el hogar.

Estudios han mostrado que fumar reporta a las mujeres importantes ventajas como el control del estrés y la ansiedad. El control del peso corporal como argumento que impide el abandono del cigarrillo⁽²⁴⁾ apoya la idea de que es necesario considerar el enfoque de género e incorporar la psicología para entender de manera más integral este problema.

El mantenimiento e incremento del tabaquismo en nuestro entorno se ha visto favorecido también por la presencia de una baja percepción social del problema basada, en parte, en la existencia de un patrón de salud-enfermedad característico de los países mediterráneos⁽²⁹⁾, por lo que indagar en nuestro país sobre los factores que favorecen el mantenimiento del tabaquismo en las mujeres es relevante y necesario.

Existe alguna evidencia en España de cuáles podrían ser las motivaciones para que hombres y mujeres cesaran el consumo de tabaco. En mujeres se describe: Indicación médica, estética, presión familiar, conciencia de dependencia, prevención de enfermedades, papel ejemplar para los hijos debido a la Ley de Prevención del Tabaquismo⁽³⁰⁾.

Desde el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud también hay explicaciones de las causas que llevan a tomar la decisión de cese del consumo de tabaco: la edad, el estado civil y los factores relacionados con el tabaco se asociaron consistentemente con dejar de fumar⁽³¹⁾. Esto se encontró asociado principalmente con las características sociodemográficas. Otro elemento importante fue la asociación entre los factores sociodemográficos relacionados con el consumo de tabaco y dejar de fumar o los síntomas depresivos y el cese del hábito tabáquico, ya que esto si difería entre hombres y mujeres⁽³¹⁾.

En la etapa reproductiva las mujeres dejan el cigarrillo en mayor medida que los hombres⁽²⁾, por lo que parece interesante poder entender cuáles son las razones que llevan a las mujeres a dejar o no el consumo de tabaco durante este periodo.

3. El tabaquismo durante el embarazo.

A nivel mundial, se han focalizado esfuerzos sanitarios para promover el abandono del consumo de tabaco entre las mujeres durante la gestación debido a que el tabaquismo trae serias consecuencias para su salud, así como para el feto que está por nacer⁽²⁾. Entre los efectos asociados al consumo de tabaco durante el embarazo se ha descrito problemas de placenta como desprendimiento o placenta previa, ruptura prematura de membranas, embarazo ectópico o tener abortos espontáneos⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽³²⁾.

El impacto en salud en el feto de una madre fumadora está bien documentado y dice relación con el bajo peso al nacer, parto prematuro y síndrome de muerte súbita⁽⁷⁾⁽³²⁾. Se asocia también a un menor desarrollo durante la gestación, función pulmonar reducida, aparición de cánceres infantiles y paladar o labio hendido⁽⁷⁾⁽⁹⁾. Efectos a más largo plazo del consumo de tabaco durante el embarazo se relacionan con la aparición de alergias, cuadros de infecciones respiratorias, exacerbación del asma y problemas de aprendizaje⁽²⁶⁾⁽³³⁾.

Aunque una proporción importante de mujeres afirma haber dejado de fumar durante el embarazo, estudios realizados en España evidencian que un porcentaje significativo de las mujeres embarazadas- entre un 30 y un 50%- no logran dejar de fumar durante la gestación⁽⁸⁾, y un alto porcentaje de las mujeres que lo consiguen recaen después del parto⁽³⁴⁾. Otro estudio realizado en el mismo país, revela que las embarazadas consideran que en general, tienen una menor dificultad para dejar de fumar. Aun así, quienes no llegan abstinentes a los 6 meses han referido una menor posibilidad de estar sin fumar durante un año⁽³⁵⁾.

3.1 Impacto del tabaco durante el embarazo.

Se ha descrito que los hijos de madres que han fumado un paquete o más de cigarrillos durante el embarazo tienen mayor riesgo de desarrollar dependencia a la nicotina como adultos⁽³⁶⁾. De igual modo, en estudios de cohorte se ha visto que la exposición al humo del tabaco se asocia con niveles altos de triglicéridos y bajos niveles de HDL en la edad adulta (de 18 a 44 años después de la exposición)⁽³⁷⁾. Además se ha descrito que, el tabaco es un factor de riesgo para tener obesidad, hipertensión y diabetes gestacional en la adultez⁽³⁸⁾. Finalmente, puede perturbar el desarrollo reproductivo que se manifiesta en los niveles hormonales alterados cerca de la pubertad⁽³⁹⁾. Lo anterior confirma la necesidad de hacer prevención a todo nivel respecto de la importancia de la cesación tabáquica durante el embarazo para evitar consecuencias futuras en el feto.

En uno de los pocos estudios realizados en Chile, en una muestra de nivel socioeconómico bajo de la zona sur de Santiago, se determinó que la prevalencia de consumo de tabaco durante el embarazo alcanzaba un 28%, siendo esta cifra mayor en el grupo de adolescentes en comparación al grupo de las mayores de 19 años. Entre las mujeres que dejaron de fumar durante el embarazo, la reducción de la prevalencia fue mayor durante el primer trimestre, con un 27%. De las mujeres que fumaban y dejaron de fumar durante el embarazo, un 46,5% suspendieron el consumo durante el primer trimestre, sin embargo, un 12,6% de las madres fumadoras volvió a hacerlo en los primeros días del puerperio⁽¹⁰⁾.

Los recién nacidos (RN) de madres que eran fumadoras antes del embarazo presentaron menor peso de nacimiento que los RN de madres no fumadoras ($p = 0,04$) y mayor frecuencia de RN pequeños para edad gestacional ($p = 0,02$)⁽¹⁰⁾.

De acuerdo a lo anterior, el tabaquismo en mujeres embarazadas o la exposición involuntaria al humo de tabaco ambiental constituye un grave problema de Salud Pública, tanto para las mujeres como para sus hijos.

3.2 Consumo de tabaco durante el puerperio.

Otra etapa crucial para la interrupción o reanudación del hábito tabáquico es durante la lactancia⁽⁴⁰⁾, por esta razón que este estudio se involucra también a mujeres en etapa de puerperio, ya que permite mirar no solo que pasó durante el embarazo sino en el periodo de lactancia. Hay evidencia consistente que muestra que las mujeres que fuman durante el puerperio amamantan a sus hijos durante un tiempo más corto que las no fumadoras, además los recién nacidos de las fumadoras son más propensos a tomar fórmula en el hospital (OR 1.45, IC 95% 1.1 a 2.9). Según el mismo estudio se agrega que el tabaquismo fue un predictor significativo de la producción de leche ($p = 0,02$); (ajustado por la raza, la paridad, la edad, relación peso/talla, la edad gestacional del bebé, día de inicio de la lactancia, y la frecuencia y duración de esta). Finalmente, el 40% de los lactantes alimentados con leche de madres que consumían tabaco presentaron "cólicos" en comparación con el 26% de los lactantes de madres no fumadoras ($p < 0,005$)⁽³³⁾.

Además entre las causas de las recaídas del consumo de tabaco en el post parto se ha descrito: las demandas propias de la maternidad como fuente importante de estrés; factores asociados a las relaciones de pareja y familia; y la presencia de otros fumadores en el entorno⁽⁴¹⁾, entre otros.

4. Cesación tabáquica.

El hecho de dejar de consumir tabaco (cesación) es una medida importante para evitar la muerte, enfermedad y discapacidad que trae consigo el consumo de tabaco. Es una de las estrategias para el control del tabaco promovida por la Organización Mundial

de la Salud (OMS) dentro de su programa MPOWER, que es un plan de medidas a nivel mundial para reducir el tabaquismo⁽²⁰⁾.

De acuerdo a estos lineamientos estratégicos de la OMS, existen dos tipos de intervenciones recomendadas. Por un lado, un conjunto de estrategias como la Consejería breve para dejar de fumar, la que puede ser entregada por cualquier profesional de la salud que tiene contacto con el paciente en los servicios de atención primaria, ojalá con un asesoramiento continuo. En especial, en toda atención médica a la que accede los usuarios/as, lo que requiere del compromiso y colaboración de los médicos. También son útiles para dejar de fumar las líneas telefónicas de apoyo con agentes capacitados y apoyo de mediano plazo con llamadas de seguimiento, así como la implementación de programas con la comunidad para educar y sensibilizar sobre la importancia de dejar de fumar⁽²⁰⁾⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾. En Chile, la Consejería breve anti tabáquica está orientada (desde el MINSAL) a desarrollar un cuestionamiento sobre el hábito tabáquico, que impulse a buscar alternativas para disminuir o detener el consumo de tabaco⁽⁴⁴⁾, sin embargo, esta Consejería breve no considera diferencias de género. Por otro lado, si bien esta Consejería breve se aplica durante todo el ciclo vital, tiene un mayor énfasis en la gestación⁽⁴⁵⁾.

El segundo tipo de intervención tiene que ver con tratamientos farmacológicos de bajo costo como son las terapias de reemplazo de nicotina y el uso de medicamentos para apoyar el período de abstinencia⁽²⁰⁾. En la actualidad, nuestro país no cuenta con oferta pública de servicios de cesación tabáquica que consideren intervenciones psicosociales, ayuda de medicamentos y/o terapias de reemplazo de nicotina como sí existen en otros países de la región⁽²⁰⁾⁽²¹⁾.

Se ha descrito que para un grupo importante de mujeres que no están con un alto grado de adicción, las consejerías pueden ser efectivas, sin embargo quienes tienen un alto nivel de adicción necesitan intervenciones focalizadas⁽¹⁹⁾⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁷⁾.

Existe evidencia que señala que la cesación es más difícil para las mujeres que para los hombres, lo que podría dar indicios de la necesidad de realizar intervenciones diferenciadas para hombres y mujeres⁽⁴⁸⁾. Estas diferencias tienen que ver con aspectos biológicos, vulnerabilidades sociales y formas distintas de significar el consumo y la cesación tabáquica⁽⁴⁹⁾.

4.1 El cese del hábito tabáquico motivado por el embarazo.

Se ha descrito que la persistencia del consumo de tabaco entre mujeres embarazadas no responde a situaciones individuales sino que está fuertemente determinada por la posición social y material y, concretamente, por los apoyos sociales para reducir el estrés, especialmente durante este periodo⁽⁵⁰⁾⁽⁵¹⁾. En tal sentido, el fortalecimiento de las redes sociales, especialmente la familia, parecen ser centrales en el cese del hábito tabáquico durante la gestación.

En la E.N.S se les preguntó a los ex fumadores con más de 6 meses de cesación tabáquica, las razones por las cuales habían dejado de fumar. En ambos sexos, la principal razón fue la “propia voluntad” (72,7%). Entre las mujeres la principal razón, después de la categoría “propia voluntad”, la constituye el embarazo con un 14,5% y en 5° lugar la “ayuda o consejo de un profesional de la salud”⁽¹⁾, lo que refuerza el escaso impacto que tendría esta estrategia.

Resultados similares se describieron en la Encuesta Nacional de Salud Española donde la decisión ligada a la propia voluntad y el embarazo por sí mismo, constituyen los principales motivos para que las mujeres dejen de fumar⁽⁵²⁾. Pero ésta es una decisión que difiere entre las mujeres, por lo tanto es necesario develar ciertas diferencias entre las mujeres que dejan de fumar estando embarazadas de las que no.

Un estudio cualitativo que utilizó la misma técnica propuesta para este estudio (entrevistas semiestructuradas) a 24 mujeres que dejaron de fumar durante el embarazo, realizado durante su estadía en el hospital después del parto, señala que aunque la mayoría de las puérperas recientes no tienen la intención de volver a fumar post parto, sus intenciones podrían ser obstaculizadas por sus percepciones de control sobre el consumo involuntario de tabaco ambiental en sus hogares debido al consumo propio y a los otros individuos y por la sobreestimación de su autocontrol sobre el tabaquismo cuando estén fuera del hospital por causa del recién nacido⁽⁵³⁾.

Otro estudio realizado en mujeres 4 meses post parto, reveló que quienes dejaron de fumar postparto cesaron gracias al reconocimiento de los beneficios de no fumar; a tener un fuerte sistema de creencias internas (auto-eficacia positiva, una aversión a repetir el proceso de dejar de fumar y su firme confianza en su propia fuerza de voluntad), el apoyo social significativo, experiencias negativas con renovada exposición a

los cigarrillos y estrategias concretas para hacer frente a las ganas de volver a fumar. Para las mujeres que recayeron después del parto, los factores que tienen mayor influencia en la recaída serían un fácil acceso a los cigarrillos, la falta de apoyo social y financiero, recursos insuficientes para hacer frente a los desafíos de la crianza de los hijos, la adicción física, la dependencia de los cigarrillos como una forma primaria de la gestión del estrés, y los sentimientos de remordimiento, vergüenza o baja autoestima⁽⁵⁴⁾.

En el estudio se plantean algunas recomendaciones para la prevención de recaídas que incluyen: la evaluación y clasificación de las mujeres que dejan de fumar durante el embarazo en bajo o alto riesgo de recaída y luego ofreciendo intervenciones integrales y manejo de casos especiales para las que están en mayor riesgo, para hacer frente a los contextos físicos, mentales, de comportamiento y sociales que conducen a la recaída⁽⁵⁴⁾. En otro estudio se describen cuatro estrategias que las puérperas consideraron como exitosas para cesar el consumo: haber sido informado de los riesgos de fumar, mantener pensamientos orientados a objetivos centrándose en sus preocupaciones sobre la salud del bebé y recibir apoyo social positivo por parte de familiares y amigos⁽⁴¹⁾. Los resultados de estas investigaciones proporcionan información relevante para ser contrastada con la realidad chilena.

Otra revisión publicada recientemente, revela que el apoyo psicosocial es un tratamiento eficaz y basado en la evidencia para las mujeres embarazadas. Además que los factores bio-psico-sociales que influyen en la probabilidad de dejar de fumar y permanecer en la cesación tabáquica deben ser abordados⁽⁵⁵⁾.

En suma, el tabaquismo durante el embarazo es un grave problema de salud pública, existiendo poca información cualitativa en Chile sobre cuáles son las razones que motivan a las mujeres para mantener el consumo de tabaco durante esta etapa del ciclo vital. Por lo anterior, explorar los argumentos relacionados para continuar o cesar el consumo de tabaco durante la gestación cobra sentido, haciéndose relevante y necesario, ya que los resultados de esta investigación aportarán evidencia para la formulación de estrategias preventivas en esta área con centro en las razones que tienen las embarazadas para continuar su consumo durante la gestación, generando estrategias más efectivas que apunten a las necesidades de nuestra población gestante.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las razones y emociones para continuar o cesar el consumo de tabaco durante la gestación desde la perspectiva de embarazadas y puérperas usuarias de matrona/ón del CESFAM Amador Neghme, en el año 2015?

Objetivos

General:

Explorar en las razones y emociones relacionadas a la continuación o cese del consumo de tabaco durante la gestación de embarazadas usuarias de matrona/ón del CESFAM Amador Neghme, en el año 2015.

Específicos:

- 1.- Conocer las razones y emociones que las embarazadas y puérperas manifiestan en relación a la continuación del consumo de tabaco durante la gestación.
 - 2.- Conocer las razones y emociones de embarazadas y puérperas relacionadas al cese del consumo de tabaco durante la gestación.
 - 3.- Indagar posibles discrepancias entre primigestas y multíparas en las razones y emociones relacionadas a la continuación o cese del consumo de tabaco durante la gestación.
 - 4.- Indagar en los elementos socioculturales relacionados al consumo de tabaco durante la gestación desde la perspectiva de las embarazadas y puérperas, tales como: el entorno familiar, redes de apoyo y aceptación social.
 - 5.- Formular recomendaciones para las políticas públicas en torno a la implementación de estrategias de cese del consumo de tabaco durante la gestación.
-

Métodos

Paradigma y Diseño de estudio

Esta investigación se realizó bajo un **paradigma cualitativo**, pues permite una aproximación al conocimiento desde otras perspectivas que construyan esta realidad y de la forma en que los sujetos dan sentido a su entorno social y lo representan e interpretan, entendiendo que el consumo de tabaco durante el embarazo es un fenómeno complejo y adopta diferentes significados en cada individuo.

El **tipo de estudio** que se realizó es de carácter descriptivo ya que busca indagar significados para las mujeres respecto a la decisión de mantener o cesar el consumo tabáquico durante el embarazo, es decir, aproximarse a este fenómeno de una manera más profunda. El **método** es conversacional y la **técnica** utilizada en este estudio son las entrevistas semiestructuradas ya que permiten obtener información más completa y profunda respecto a esta temática, además da la oportunidad de observar los elementos para verbales de la comunicación entre las personas (expresiones, gestos, etc.) lo que reconoce otros elementos del discurso. Además de dar la flexibilidad a las circunstancias personales de las entrevistadas a sus contextos propios⁽⁵⁶⁾.

Universo y muestra

El **universo** corresponde al número de ingresos prenatales en el CESFAM Amador Neghme el cual varía año a año. Desde inicio del 2015 hasta el 31 de diciembre fueron 202.

La **unidad de muestreo** son las embarazadas y puérperas usuarias del programa de la mujer del CESFAM Amador Neghme, que fueron atendidas por matrona/ón en el transcurso del año 2015.

El **tipo de muestreo** fue teórico ya que la literatura señala que existen diferencias entre los perfiles de multíparas y primigestas respecto a la percepción o vivencia del problema de estudio⁽⁵⁷⁾⁽⁵⁸⁾. Por ello se aplicaron criterios de conformación de la muestra que se indicarán más adelante.

Como **criterios de inclusión** se consideró a embarazadas y puérperas que consumían tabaco previo al embarazo, que pudieran comunicarse verbalmente y que durante la gestación dejaron o no de consumir tabaco.

Como **criterio de exclusión** se consideró a embarazadas y puérperas que consumieron otras drogas durante el embarazo, ya que podría influir en la relación que la participante tiene con el tabaco.

El **criterio de conformación de la muestra** que se aplicó fue la paridad considerando mujeres multíparas y primigestas, mayores de edad. Esto porque según un estudio realizado en España el grupo que más renuncia al consumo de cigarrillos son las primigestas, las que cursaron estudios universitarios y las que trabajan fuera de su domicilio⁽⁵⁷⁾, hecho que se correlaciona con la experiencia clínica.

Se agrega a esto, criterios de heterogeneidad de la muestra de manera de procurar distintas realidades sociales en ambos grupos, considerando variedad máxima en torno a las edades (18 a 45 años).

La **estrategia de muestreo** fue de tipo estratificado según paridad: Primigestas - multíparas.

Se revisaron las fichas prenatales (donde se detalla la paridad y el consumo de tabaco al ingreso) y se conformaron los grupos descritos en la figura 1. El número final de participantes se estableció de acuerdo al alcance de la saturación de la información.

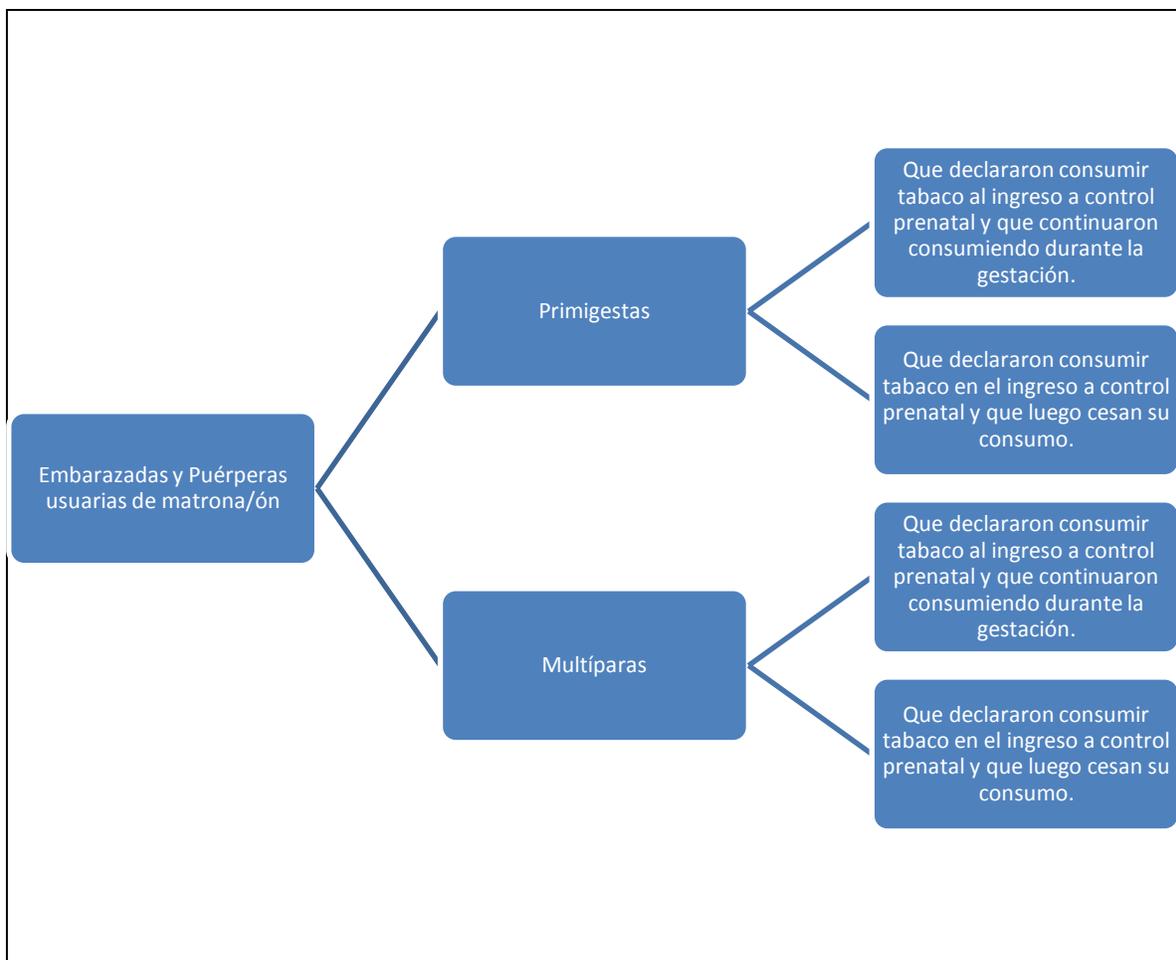


FIGURA 1: Descripción conformación de la muestra.

En los Centros de Salud Familiar a lo largo del país se aplica a las gestantes tanto al ingreso a control prenatal como en uno de los controles del tercer trimestre, una “Evaluación Psicosocial Abreviada” (EPsA), que permite pesquisar e intervenir riesgos psicosociales entre los que se incluye el consumo de sustancias durante el embarazo. Esta evaluación, que considera el consumo de tabaco entre otras sustancias, permite dar paso a otras intervenciones como lo son las visitas domiciliarias y los estudios de familia que permiten ahondar más en el contexto familiar de esa usuaria.

En el **CESFAM Amador Neghme**, donde se realizó este estudio, la evaluación psicosocial por matronas/ón se realiza dentro del ingreso de embarazo, cuando hay una respuesta positiva frente a la interrogante “¿Usted fuma?”⁽⁴⁷⁾ se hace una consejería breve anti tabáquica. Esto debe registrarse tanto en la ficha maternal, como en carnet de control prenatal («Agenda de la Mujer»).

La selección de los participantes se realizó a partir de las fichas prenatales que tuviesen marcado afirmativamente el consumo de tabaco y fuesen mayores de edad.

Recolección de información

Se gestionó mediante una carta entregada directamente al Subdirector del CESFAM Dr. Pablo Cubillos la autorización para la revisión de las fichas maternas. Luego se procedió al contacto con el dirigente vecinal Perfecto Celis, con quien se realizó una reunión para presentarle el proyecto y solicitar autorización para la ocupación de una de las salas de la Sede Vecinal “Manuel Rodríguez”, Población Dávila N°1 para la realización de las posibles entrevistas.

Luego, las participantes fueron contactadas mediante los teléfonos que se encontraban registrados en las fichas prenatales, se les explicó sobre el estudio y se les invitó a participar, siguiendo un protocolo de contacto. Con quienes aceptaron participar, se concertó una cita en su domicilio según la disponibilidad de la participante y la investigadora. En el momento del encuentro se le explicó respecto a la libre participación en el estudio, confidencialidad del manejo de los datos y se comenzó con el proceso de consentimiento informado, luego se reiteró la pregunta respecto a la voluntariedad de la participación y especialmente respecto a la autorización para grabar la entrevista. Se realizó cada entrevista tratando de procurar un ambiente tranquilo, distendido y seguro tanto para la entrevistadora como para la participante.

Procesamiento de la información: grabación, transcripción, lectura.

El tipo de análisis fue de contenido. Se realizó la transcripción de los datos resguardando la privacidad de las participantes mediante la generación de códigos para permitir la identificación de las entrevistadas. Luego se dio paso a la impresión, lectura y relectura de cada una de las entrevistas con la generación de códigos en función de la emergencia de contenidos. Se codificaron así todas las entrevistas y se construyeron categorías separadamente una de otra. Para esto primero, el material se analizó, examinó y comparó dentro de cada categoría. Luego, se comparó entre las diferentes categorías, buscando los vínculos que pudieran existir entre ellas⁽⁵⁹⁾, lo que permite la identificación de la estructura que da sentido a los datos; posteriormente se describieron los resultados y se interpretaron, señalando también puntos comunes y divergencias entre los participantes avanzando en posibles explicaciones, basadas en los datos y su

interpretación⁽⁵⁶⁾. Finalmente, se realizó una re-lectura y re-codificación de todo el material de manera de refinar el análisis de los datos⁽⁵⁹⁾, ya que este proceso es cíclico e iterativo.

Criterios de rigor.

Se consideraron los **criterios de rigor** de credibilidad (verdad o certeza de la investigación), transferibilidad (aplicación de los resultados a otros contextos) y dependencia (consistencia), mediante el desarrollo sistemático tanto en el trabajo de campo como en su posterior documentación, mediante un diario de campo y guía de la entrevista. También en el análisis de los datos mediante la descripción clara y precisa del procedimiento de análisis de éstos. Junto con la descripción detallada del proceso de investigación en el protocolo de investigación. La triangulación de información (revisión de los resultados con los participantes mediante taller grupal al cumplir la etapa de recolección de los datos) e investigadores (tutoras - tesista). Y la revisión del protocolo con un analista externo (tutor metodológico), apuntando a la credibilidad y consistencia⁽⁵⁶⁾.

Aspectos éticos

Algunos **aspectos éticos** que se consideraron fueron el manejo confidencial de la información, que dentro de las participantes solo hubiesen mayores de edad, el proceso de consentimiento informado que explica los beneficios y la ausencia de riesgos potenciales de la investigación, objetivos de la investigación, datos de contacto de investigadores, retiro voluntario en el momento que considere pertinente y los tópicos relevados en la entrevista.

Además se consideró estos puntos en la explicación que se dio a cada participante al realizar el contacto telefónico. Adicionalmente se les explicitó que la utilización de los datos era sólo para fines de esta investigación. Finalmente se aseguró el resguardo de los datos obtenidos y la posibilidad de retirar la información si así lo solicita la participante.

También el proyecto y el consentimiento informado fueron aprobados por Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Finalmente se consideró la realización de talleres y entrega de trípticos para las matronas(es) del CESFAM. Lo que permitió, al detectar casos problemáticos de consumo, tener capacitado a este equipo en consultas que pudiesen aparecer producto del estudio.

Caracterización de la muestra

32 mujeres que cumplían el criterio de inclusión fueron invitadas a participar, 12 rechazaron por diversos motivos y 16 aceptaron realizar la entrevista. La edad de las participantes varió entre 19 y 32 años (Promedio de 26.4 años). En su mayoría residían en la comuna de Pedro Aguirre Cerda y todas se atendieron el embarazo en el CESFAM Amador Neghme de la misma comuna. El estrato socioeconómico de las participantes es medio bajo, la mayoría son dueñas de casa y solo 2 trabajan fuera del hogar en condiciones informales.

Respecto a su condición ginecobstétrica 9 eran multíparas, de este total 6 consumieron tabaco durante el embarazo previo, y todas volvieron a consumir después del último parto. Además hubo 7 primigestas, de éstas 3 eran puérperas y 4 estaban embarazadas. La mayoría siguió consumiendo tabaco durante el embarazo (4/7) y sólo 2 abandonaron completamente el consumo de tabaco desde que supieron que estaban embarazadas, según lo declarado en las entrevistas.

Respecto al hábito de consumo de tabaco, todas se reconocen como fumadoras al ingreso del control prenatal, la edad promedio de inicio del consumo de tabaco es a los 12 años y declararon no consumir otras drogas durante el embarazo.

Al consultar por la redes de apoyo, las participantes describen fundamentalmente a la familia, luego amigos y compañeros de trabajo. Sin embargo, al consultarles respecto a las personas con la que vive la mujer, las participantes no necesariamente las relacionan con las figuras que ellas consideran como sus “figuras de apoyo o significativas” durante este periodo.

Resultados del estudio.

Si bien cada experiencia en relación al consumo de tabaco es particular, existen puntos importantes de relevar entendiendo que es un fenómeno biopsicosocial que no solo afecta al individuo sino que también a su entorno familiar y social.

En este estudio emergen temáticas que se han organizado en 9 categorías para acercarse mejor a la comprensión del fenómeno, y que responden a los objetivos específicos propuestos:

En relación al objetivo 1 *Conocer las razones y emociones que las embarazadas manifiestan en relación a la continuación del consumo de tabaco durante la gestación.*

Categoría 1: Razones para continuar fumando durante el embarazo.

Esta categoría pretende dar cuenta de las explicaciones dadas por las participantes para continuar consumiendo tabaco durante el embarazo. Dentro de las participantes existen variados argumentos relacionados al consumo durante la gestación, fundamentalmente relacionado al consumo como un momento de encuentro personal y de quiebre de la rutina, como mecanismo de evasión de múltiples problemas y facilitador del tránsito intestinal.

(E5.17) “Yo creo que fumaba unos tres cigarros al día, si yo no soy fumadora así que me guste el cigarro no, lo fumaba pa’ ausentarme un rato.”

(E1.35) “Es que hay mujeres que tienen muchos problemas, demasiados...”

(E10.12) “si po’ me fumo uno solo porque pa’ ir al baño”.

Solo una de las entrevistadas refirió el consumo de tabaco como estrategia de regular el apetito.

(E10.44) “(...) dejar de fumar me da más hambre, me dan ganas de comer comer(...)”

Categoría 2: Emociones relacionados al consumo de tabaco en el embarazo.

Dentro de las emociones relacionadas al consumo que destacan el consumo como tranquilizante y también como regulador emocional del estrés.

(E1.18) “...fumaba como casi once cigarros diarios, a parte el trabajo que yo tenía era como muy estresante, tenía que saber fumar, fumaba para relajarme.. y cuando quedé embarazada llegué a fumar los 20 cigarros diarios (...), he fumado algunas veces porque cuando he peleado con este.. cabro, los nervios me.. me.. como que me pedía fumarme una y quedarme tranquila...”

(E3.27) “es como que te tranquiliza, de verdad que lo encuentro como un tranquilizante, no es como... es como que andai suave.. así como pareja, me fumo

el cigarro con el chicle y es como que andai pareja, no andai gritando, no te alterai así como súper(...)”

(E6.25) “Si, me costó harto harto harto... Me sentía... Y aparte que como anteriormente igual trabajaba, era más fácil porque ocupaba mi tiempo más en otras cosas, en cambio con ella no trabajé durante todo el embarazo, entonces igual era como difícil, no sabía qué hacer, estaba aburría, como que me, me estresaba y sentía yo que mi salía era el cigarro... entonces ahí iba, me fumaba un cigarro.”

(E7.28) “Cuando fumaba yo me relajaba con el cigarro, de verdad. Momento de tensión los superaba con el cigarro. De repente me sentía, tenía problemas, un cigarro, así. La mayoría de la gente fuma pa’ relajarse porque, no se po’, algo deben sentir con el cigarro po’, yo de verdad que me sentía más relajada con el cigarro (...)”

En cuanto al objetivo 2 *Conocer las razones y emociones en relación al cese del consumo durante el embarazo.*

Categoría 3: Razones para cesar el consumo durante el embarazo.

Otros elementos que aparecen frecuentemente en el discurso de las participantes en relación con el cese del consumo de tabaco durante el embarazo son las consecuencias perinatales que podría tener el feto, tanto en la vida extrauterina como en la infancia.

(E1.32) “Que se pudiera ahogar adentro, no sé es que me daba la impresión de que se estaba ahogando adentro.”

(E1.51) “... a mi lo que más me ayudo a dejar de fumar fue mi hijo y ya con esto yo, más adelante no pienso seguir fumando porque si yo no fumo ahora, si yo fumo ahora la mamá, sigo fumando mientras que él nazca es peor, le hace más mal a mi hijo que a mi (...) y espero cambiar además más por mi hijo que por mi y espero cumplirlo.”

(E3.28) “(...) Que le pueda hacer daño a la guagua desde que me crezcan los riñones de la guagua por el humo (...)”

(E4.9) “(..) Impedía el crecimiento del bebé, entonces me daba miedo, me asustaba y no voy a querer que tenga problemas mi embarazo, por eso dejé de fumar.”

Aparece la disminución del consumo pero no el cese total durante el embarazo como otra estrategia utilizada por las participantes para este “deber” hacer algo por su futuro recién nacido, pero no sentirse “lo suficientemente fuerte para dejar de fumar” (E11.30). Aquí se mezclan razones y emociones que fueron relatadas tanto por participantes que cesaron el consumo de tabaco durante el embarazo como por las que no lo abandonaron.

Categoría 4: Emociones relacionados al cese del consumo de tabaco durante la gestación.

Un sentimiento que parece recurrentemente en las entrevistadas guarda relación al miedo y culpa que surgía en ellas al pensar en consumir tabaco durante el embarazo.

(E4.21) “(..) Cuando quedé embarazada igual me daban ganas de fumar después, pero no, no seguí fumando porque me daba miedo.”

(E4.42) “me sentía como irresponsable (...) no igual me daba así como pena porque sentía que se me tiraba así como encima.. pero igual yo le decía que no lo hacía con querer de.. de así como hacerle daño a la guagua o algo parecido y ahí como que él me fue entendiendo po, que no fue con intención tampoco si era las ganas así como que me dieron más ganas que antes.. a lo mejor fue algo del embarazo no sé.”

Finalmente, algunas refieren sensaciones asociadas como episodios de “asco” que han favorecido el cese del consumo durante la gestación.

(E3.25) “Me da asco po’, ya me da rechazo entonces no, ya fumo afuera no más po’.”

(E7.16) “No, nada, porque me daba asco, sentía el olor y salía. Yo creo que el episodio que me dio asco, una vez que hicieron una fiesta y a mí me tocó barrer el patio, y estaba lleno lleno lleno lleno lleno de colillas de cigarro, y ese fue el asco más grande que me dio, de recoger la pala con tantos puchos, de verdad, me dio mucho asco. Yo creo que desde ahí, ya no, le agarré un respeto al cigarro, no me gusta pa’ na’.”

Categoría 5: Reanudación del consumo durante el puerperio.

Otro elemento a relevar es que como lo describe la literatura muchas mujeres que dejan de consumir durante la gestación reanudan el hábito tabáquico durante el puerperio, periodo sensible tanto para el binomio madre-hijo como para continuar consumiendo tabaco en el largo plazo.

(E6.32) “Que como yo decía ya no estoy tan como unida a ella, entonces era como ya mi vida po’, no la vida de ambas, entonces ya ahí como ah yo dije ya... será po’ (¿Y qué sentías?) Como ansiosa, como ansiosa, nerviosa, si, volver a hacer mi vida normal decía yo, igual era como... como volver a los pies en la tierra (...).”

En relación al objetivo 3 *Discrepancias entre primigestas y multíparas en las razones y emociones relacionadas a la continuación o cese del consumo durante la gestación.*

Categoría 6: Discrepancias entre primigestas y multíparas en el consumo durante la gestación.

Existen similitudes entre ambos grupos en torno al consumo durante la gestación y también hay diversidad dentro de cada uno de ellos respecto a las razones y emociones relacionadas al consumo.

Para algunas de estas participantes la experiencia de un hijo anterior no es un disuasivo para el consumo de tabaco en una futura gestación, pero si causa sensaciones displacenteras de temor en las consecuencias futuras que pueda traer el consumo durante la gestación.

(E6.23) “Yo creo que mi hija más que nada, saber de que igual estaba adentro mío y que, que por mi culpa a la final se iba a enfermar, era como difícil (...) Si, si mucho (sentimientos asociados), porque igual, es que son, son los royos que uno se pasa como mamá po’, de que nazca, que no sabí como va a nacer, que si sus pulmones se van a desarrollar bien, si va a poder respirar cuando nazca, todas esas cosas igual uno como que se pasa como rollos y... y puede también que pasen, porque nadie sabe lo que pueda suceder... no siempre los embarazos son iguales po’, en mis dos anteriores casos no, no les paso nada gracias a Dios, pero nadie me decía que con la tercera también iba a ser así.”

(E6.53) “Me siento culpable po’... siempre me voy a sentir yo creo culpable sobre todo si es que le llegara a pasar algo más malo.”

(E7.22) “(...) a uno le da miedo po’, o sea a mí de verdad que me da miedo, yo digo gracias a Dios mi hijo salió sano, gracias a Dios tengo una hija sana también, porque en el tiempo que yo tuve a mi hija la Javiera, yo fumé todo el embarazo de ella po’, y mi hija es sana po’, sana.

Respecto el objetivo 4 *Indagar en los elementos socioculturales relacionados al consumo de tabaco durante la gestación desde la perspectiva de las embarazadas y puérperas.*

Categoría 7: Aceptación social, redes de apoyo y entorno familiar frente al consumo de tabaco.

Subcategoría 1: Aceptación social frente al consumo de tabaco durante la gestación.

Aquí aparecen discursos en torno a la coerción social implícita por parte de los integrantes de la familia v/s la actitud autoimpuesta para evitar el juicio social y la culpa en relación a la disminución o cese en torno al consumo durante la gestación.

(E6.35) “Me retaban, todos me retaban “Déjate de fumar... Tu sabí que le hace mal a la guagua” y puras cosas así que a la final tenían razón po’”.

(E4.41) “sí, estaba asustado... y me decía “viste! Nunca teniai que haber fumado” y me retaba.”

Otro elemento que se entremezcla en evitar el juicio social es la angustia o culpa que pueden sentir las mujeres al disminuir el consumo pero no dejarlo totalmente.

(E7.14) “Si po’, si me decían “no po’ Nicole, no estís’ fumando que te va a hacer mal, te puede pasar lo mismo que pasó la vez pasada con tu otra guagüita que no te cuidaste” y la cuestión. Así que ahí, tomando conciencia, pero a la vez el vicio no lo podía dejar, porque es un vicio, de verdad y es como súper fuerte, es fuerte, yo creo que es igual que la droga, de verdad, a mi me costó un mundo dejar el cigarro. Cuando me decían “no, no fumís”, uy, yo me desesperaba por ir a fumar, de verdad, me escondía, y no lo hacía aquí en la casa pa’ que nadie me viera,

entonces yo iba, me iba pa' la esquina y en la esquina me fumaba un cigarro, y a escondidas de la gente que me viera también, porque si no, "uy la señora está embarazá' y está fumando".

(E6.47) "Pero a la final es verdad lo que te dicen po... Si la culpable, bueno en ese caso la culpable soy yo, no otra persona."

(¿Como te sentías por lo que pensarán los vecinos?)

(E7.25) "Uno se siente angustiada po', imagínate estar gorda, ahí, embarazada y que te vean fumando. Entonces uno se siente perseguida, así como angustiada, así como se sienten los drogadictos, si el cigarro es una droga, es como que te ven haciendo algo que tu no tení' que hacer, que tu no podí' hacer, eso, así me sentía. "

Subcategoría 2: Redes facilitadoras y obstaculizadoras del consumo de tabaco durante la gestación.

Dentro de esta subcategoría aparecen varias personas que facilitan el consumo tanto en el embarazo como a lo largo de todo el ciclo vital, entre los que destaca la suegra.

(E8.18) (¿Quién más fuma en casa?) "mi pareja, mi suegra"

(E5.24) mi papá (fuma) pero casi nunca, tampoco fuma tanto,(...) afuera,(...) tampoco le gustaría po si estoy esperando guagua".

(E4.25) Mi suegra es súper buena para fumar, se fuma un cigarro tras otro y.. entonces igual deja como un poco pasado pero no, como que ya me estoy acostumbrando cuando viene a verme.

Si bien en este estudio no se profundizó en los contextos de recaída, aparecen algunos discursos relacionados a los espacios para compartir con familia y/o amigos como un espacio de retomar el consumo.

(E8.28) en un carrete, esa vez fuimos a un carrete con mi pareja y ahí fume, fume ahí, toda la noche.. eh, después al otro día ya me compré la cajetilla y ahí volví a fumar.

Además parece interesante destacar que las redes de apoyo presentes que son declaradas por las participantes no necesariamente son las figuras significativas para ellas durante la gestación, tales como suegras, amigos u otros familiares; así mismo estas personas parecen actuar como reguladores de la cantidad de tabaco consumido durante el día mediante la llamada de atención o la sanción social compartida por los integrantes de la familia, según algunas de las entrevistadas.

Respecto al objetivo 5 *Formular recomendaciones para las políticas públicas en torno a la implementación de estrategias de cese del consumo de tabaco durante la gestación*, en las últimas entrevistas realizadas se le solicitó a las participantes que dieran posibles soluciones para apoyar a las embarazadas que quisiesen dejar de consumir tabaco durante el embarazo. Dentro de las sugerencias la más mencionada se refiere a la realización de talleres grupales de acompañamiento por profesionales y también como grupos de apoyo para favorecer la cesación tabáquica.

(E16.40) “serían buenos esos talleres con más gente eso sí, como los de alcohólicos anónimos, que te dijieran como hacerlo pa’ no fumar mas”.

Finalmente sólo una de las participantes relevó la necesidad de dejar de fumar y asociarlo a alguna actividad hito durante el año, además de que fuese otro que se comprometiera y “solidarizara” durante el proceso.

(E15.35) “Sería bueno dejar de fumar y asociarlo a una actividad, onda el inicio de las vacaciones y que alguien que fuma te apañe pa’ sentirte apoyada”

Desde las participantes que reconocen el tabaco como una droga nacen estrategias pensando en disociar los estímulos que llevan a consumir tabaco. Dentro de éstas comer aparece en varias de las entrevistas como la más utilizada para “*sentirse menos desesperada, otro premio po’*” (E16.45).

Categorías emergentes.

Resulta atractivo relevar dos categorías emergentes de los relatos de las participantes especialmente para poder abrir nuevas líneas de investigación en relación a estas temáticas.

Categoría 8: “Consumo durante el embarazo previo a saber respecto de la gestación”.

Esta categoría nace por lo recurrente del discurso de las participantes en relación al hito que representa la noticia respecto de la gestación como agente movilizador para cesar o disminuir el consumo a futuro y también en la normalización del consumo durante el comienzo del primer trimestre de la gestación previo a enterarse sobre la condición de gestante.

(E3.7) “yo había fumado una semana antes po´ sin saber que estaba embarazada, me fumé dos cigarros y al tercer cigarro que iba me dio el rechazo y ya no pude fumar más, me dio asco cachai, pero de ahí que no fumo(...)”

(E4.16) “(...)antes de que yo supiera que estaba embarazada y fumaba caleta, fumaba caleta y cuando ya me hice un test ahí dejé de fumar cuando el test me salió positivo, pero anterior de eso me dieron muchas ganas de fumar.”

(E10.12) “si po´ eh.. cuando me enteré eh me fumo 1 cigarro diario, de 20 cigarros diarios que fumaba me fumo uno solo(...)”

Junto con estos relatos, parece no se auto-problematizarse el consumo durante el primer trimestre, lo cual parece interesante de considerar por los riesgos que conlleva mantener este hábito durante este período sensible en la formación de los órganos del feto.

Categoría 9: “Consumo de tabaco en relación a la planificación”.

Otro de los temas emergentes dentro de las entrevistas fue la planificación del embarazo como facilitador para el cese del consumo de tabaco previo al embarazo.

(Luego sobre la planificación del embarazo)

(E5.13) “Pero no era de esas que se fumaba dos cajetillas, no po´ eran como 3 cigarros diarios pero ahora ya no.”

(E8.43) "No, no porque sabían del primero, sabía que yo podía dejarlo po'... y claro, como ella fue programada y todo, lo dejé al tiro."

Discusión.

Los hallazgos más importantes de este estudio se relacionan con la identificación de las razones y emociones que las participantes señalan que estarían relacionadas con el consumo de tabaco durante el embarazo. En relación a la continuación del hábito, las participantes destacan el consumo como un momento de encuentro personal, un mecanismo de evasión de múltiples problemas, tranquilizante, regulador emocional del estrés cotidiano y facilitador del tránsito intestinal; y en el cese se recalca los posibles problemas perinatales, la irresponsabilidad, miedo, culpa y aversión.

Como una manera de ordenar la discusión ésta se presentará de acuerdo a los objetivos de esta investigación.

Razones y emociones que las embarazadas y púerperas manifiestan en relación a la continuación del consumo de tabaco durante la gestación.

Los participantes se situaron desde diferentes paradigmas para entender la salud y así explicar el fenómeno del consumo de tabaco durante el embarazo. Sin embargo, dentro de los resultados de esta investigación en relación a la continuación del consumo de tabaco, la saturación de la información se relaciona al consumo como estrategia de control del estrés y la ansiedad, específicamente como “tranquilizante” frente a los problemas de la vida cotidiana, al igual que uno de los estudios revisados⁽²⁴⁾, por lo que una posible estrategia para favorecer la cesación tabáquica sería con terapias orientadas a controlar el estrés. Lo que no se encontró en este estudio, que sí es declarado por la literatura en mujeres en edad fértil, es el consumo asociado al control del peso corporal, probablemente por ser un factor biológico clave dentro del adecuado crecimiento del feto en el periodo de la gestación.

Otro elemento que destaca en la literatura pero que no aparece dentro de las entrevistas, son las consecuencias futuras en los niños respecto al consumo de tabaco durante la gestación, tales como la obesidad, hipertensión arterial⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾, en el estudio solo aparecen las consecuencias en torno a los posibles problemas respiratorios durante la niñez lo cual podría responder a la falta de conocimientos respecto a las consecuencias perinatales del consumo durante la gestación, esto también abre una ventana de oportunidad para realizar intervenciones que favorezcan el conocimiento de las consecuencias perinatales del consumo de tabaco durante la gestación.

Sin embargo los motivos para la reanudación del consumo de tabaco en el puerperio si se relacionan a las razones dadas por las puérperas en este estudio, fundamentalmente lo que tiene que ver con las demandas propias de la maternidad como fuente de estrés y los factores asociados a las relaciones con la familia⁽⁴¹⁾, resultaría interesante profundizar aún más respecto cuales serían las razones de las puérperas.

Razones y emociones de embarazadas y puérperas relacionadas al cese del consumo de tabaco durante la gestación.

Como se mencionó en el marco teórico de esta investigación, según lo revisado en un estudio español sobre cuáles podrían ser las motivaciones para que las mujeres cesaran el consumo de tabaco se describen causas que no coinciden con las declaradas por las participantes de este estudio: Indicación médica, estética, presión familiar, conciencia de dependencia, prevención de enfermedades, papel ejemplar para los hijos, debido a la Ley de Prevención del Tabaquismo⁽³⁰⁾ probablemente porque el estudio se enfoca en población femenina en general, no solo en las gestantes y puérperas. Además que el símil de la indicación médica en el contexto nacional es la consejería realizada por matronas/es en el sistema público de salud, lo cual parece otro elemento importante de considerar debido a las diferencias en el impacto que podrían existir entre las indicaciones dadas por médicos v/s matrona/ón.

La única motivación que coincide con el citado estudio se refiere a la presión familiar, tema que será discutido más adelante. Lo anterior sugiere que la indicación médica como causa de cesación es poco frecuente lo que permite anticipar que el control gestacional podría ser una instancia mejor aprovechada para incentivar la cesación.

Dentro de los argumentos para continuar consumiendo tabaco durante la gestación, las entrevistadas del estudio coinciden con lo descrito en la literatura en relación al impacto del consumo durante la gestación en el bajo peso al nacer y problemas broncopulmonares⁽³⁾⁽⁴⁾, a diferencia de lo descrito en la literatura respecto al parto prematuro y síndrome de muerte súbita⁽³⁾⁽⁴⁾, menor desarrollo durante la gestación, función pulmonar reducida fundamentalmente, aparición de cánceres infantiles y malformaciones a todo nivel⁽⁵⁾⁽⁷⁾⁽⁹⁾. Además de efectos a más largo plazo del consumo de tabaco durante el embarazo los relacionan con la aparición de alergias, cuadros de

infecciones respiratorias en su mayoría, exacerbación del asma y problemas de aprendizaje en pocos casos⁽²⁶⁾⁽³³⁾.

En tanto, en otro estudio se revela que una reducción insuficiente de la ansiedad y de los síntomas de abstinencia en respuesta a un intento de abandono, podrían explicar en parte, por qué las fumadoras embarazadas pueden tener más dificultades para dejar de fumar que las fumadoras que no están embarazadas⁽⁶⁰⁾. Ambos temas no fueron abordados en profundidad en esta investigación, pero podrían ser indagados en futuros estudios.

Finalmente, se generó una subcategoría denominada “Reanudación del consumo durante el puerperio”. Con respecto a esto existen estudios que señalan cuales podrían ser las causas de las recaídas del consumo de tabaco en el post parto, como por ejemplo: que las demandas propias de la maternidad son una fuente importante de estrés lo que podría provocar una recaída. Además destacan factores asociados a las relaciones de pareja y familia; la presencia de otros fumadores en el entorno⁽⁴¹⁾, esto último se devela en este estudio especialmente en lo relatado por puérperas recientes o cuando las embarazadas múltiples recuerdan la vuelta a consumir en su periodo intergésico.

Además en un estudio cualitativo sobre los determinantes para dejar de fumar en el postparto se plantean algunas recomendaciones para la prevención de recaídas que incluyen: la evaluación y clasificación de las mujeres que dejan de fumar durante el embarazo en bajo o alto riesgo de recaída y luego ofreciendo intervenciones integrales y manejo de casos especiales para las embarazadas que están en mayor riesgo, para hacer frente a los contextos físicos, mentales, de comportamiento y sociales que conducen a la recaída⁽⁵⁴⁾. Así sería razonable evaluar el posible impacto que tendrían estas estrategias dentro del contexto chileno, considerando el funcionamiento en Red de nuestro sistema y especialmente al control día a día durante el post parto.

Discrepancias y concordancias en las razones y emociones de primíparas y multíparas relacionadas a la continuación o cese del consumo de tabaco durante la gestación.

En relación a la investigación que dio origen a la estrategia de muestreo elegido para este estudio en cuanto a que podrían existir diferencias entre primíparas y multíparas⁽⁵⁷⁾, en nuestro estudio no se encontró marcadas discrepancias en relación a las razones y emociones para la continuación o cese del consumo durante la gestación al comparar ambos grupos, al igual que en un estudio en embarazadas de la Zona Sur de Santiago⁽⁶¹⁾. Sin embargo, parece relevante destacar que según un estudio noruego, donde participaron 1.193 mujeres que fumaron durante su primer embarazo, el 30,9% dejó de fumar por su segundo embarazo⁽⁶²⁾. Por lo anterior, se hace necesario realizar más estudios para identificar cuáles son las razones que motivan recaer post-parto en el consumo de tabaco, para generar estrategias eficaces y así evitar estas recaídas frente a un próximo embarazo.

La diferencia que se destaca entre ambos grupos en este estudio, es el mayor acceso a la información relacionada con las consecuencias perinatales que tienen las primigestas en relación a las multíparas, probablemente por su la menor edad. En relación a esto parece ser que existiese mayor susceptibilidad a la influencia de los medios de comunicación, especialmente a internet, a la búsqueda de nueva información en relación a riesgos y cuidados durante el embarazo, tema que ha sido escasamente explorado y podría dar pie a nuevas investigaciones.

Elementos socioculturales relacionados al consumo de tabaco durante la gestación desde la perspectiva de las embarazadas y puérperas como el entorno familiar, redes de apoyo y aceptación social.

Lo que se ha descrito en la literatura en relación a los elementos socioculturales relacionados al consumo de tabaco durante la gestación es diverso, proponiendo explicaciones tanto sociales como individuales. Es así como estudios realizados tanto en España como Australia revelan que la persistencia del consumo de tabaco entre mujeres embarazadas no responde a situaciones individuales sino que está fuertemente

determinada por la posición social, material y, concretamente, por los apoyos sociales para reducir el estrés, especialmente durante este periodo⁽⁵⁰⁾⁽⁵¹⁾, lo que encuentra eco en el presente estudio, ya que la saturación de la información en relación al cese o no del consumo parece ser la utilización del tabaco como una estrategia para favorecer la regulación del estrés en las participantes. En tal sentido, el fortalecimiento de las redes sociales, especialmente de la familia nuclear, parecen ser vitales en el cese del hábito tabáquico durante la gestación.

Otra investigación cualitativa realizada con puérperas de 4 meses post parto, revela que quienes dejaron de fumar postparto permanecieron sin fumar gracias al reconocimiento de los beneficios de no fumar, a tener un fuerte sistema de creencias internas, al apoyo social significativo, a experiencias negativas con renovada exposición a los cigarrillos y estrategias concretas para hacer frente a las ganas de volver a fumar. Para las mujeres que recayeron después del parto, los factores que tuvieron mayor influencia en la recaída fueron un fácil acceso a los cigarrillos, la falta de apoyo social y financiero, recursos insuficientes para hacer frente a los desafíos de la crianza de los hijos, la adicción física, la dependencia de los cigarrillos como una forma primaria de la gestión del estrés, y los sentimientos de remordimiento, vergüenza o baja autoestima⁽⁵⁴⁾. Según lo anterior existe plena coincidencia en este estudio con lo revisado en cuanto a la gestión del estrés y a los sentimientos de remordimiento, presencia de apoyo social significativo y experiencias negativas, lo que no fue abordado en este estudio es lo referente al sistema de creencias internas de las participantes, que podría ser un elemento relevante a considerar en un futuro estudio.

También en relación a esto, uno de los últimos estudios desarrollado en Nueva Zelanda concluyó que para las mujeres que vivían con fumadores, era más difícil dejar de fumar; la mayoría de ellas vivían con exposición involuntaria al humo de tabaco ambiental, donde la familia, amigos y compañeros de trabajo fumaban⁽⁶³⁾⁽⁶⁴⁾. Esto pone de relieve la necesidad de incluir a las familias y la evaluación de sus contextos, pero especialmente a las figuras que ellas reconozcan como apoyo durante la gestación en las intervenciones de abandono, lo que coinciden con los resultados de esta investigación, ya que las mujeres entrevistadas refieren mayores dificultades para cesar el consumo especialmente cuando tienen entornos familiares significativos donde se consume tabaco.

Recomendaciones para las políticas públicas en torno a la implementación de estrategias de cese del consumo de tabaco durante la gestación.

1. Fortalecer el control preconcepcional y de planificación familiar.

Un elemento que emergió dentro del análisis en las categorías “Consumo durante el embarazo previo a saber respecto de la gestación” y “Consumo de tabaco en relación a la planificación y aceptación de la gestación”; fue la necesidad de **favorecer el control preconcepcional como estrategia clave en la disminución del consumo de tabaco como factor de riesgo durante el embarazo, tanto para la madre como el feto**; y así poder realizar intervenciones dirigidas a estas usuarias, tanto en la educación, sensibilización y motivación para la acción.

Las mujeres participantes se ven fuertemente motivadas a cesar el consumo de tabaco cuando saben que están embarazadas, ya sea de forma esporádica hasta el término del embarazo o durante el postparto. Al igual que lo mostrado en la literatura, entre las mujeres que dejaron de fumar durante el embarazo, la reducción de la prevalencia fue más alta durante el primer trimestre⁽¹⁰⁾, lo que también en este estudio se muestra, ya que es en este trimestre donde en su gran mayoría, las gestantes se enteran de la gestación, lo cual parece ser una de las motivaciones intrínsecamente más importantes para evitar el consumo.

Podemos ver relacionadas ambas categorías entre sí mediante la planificación del embarazo, ya que según los resultados de este estudio varias de las mujeres que no planificaron su embarazo al enterarse de esta nueva condición, ya teniendo varias semanas de gestación, cesan el consumo pero como se mostró anteriormente, el riesgo de daño perinatal ya se encuentra aumentado. Ello además permite disminuir los embarazos no planificados, “que representan el 54,1% de todos los embarazos en el Sistema Público, instalando una cultura de preparación preconcepcional”⁽⁶⁵⁾.

En Chile, los Programas Ministeriales de control pre-concepcional en el sistema público de salud alcanzan una cifra cercana al 1% de la población en edad fértil⁽⁶⁶⁾⁽⁶⁷⁾. Este Programa permite “Evaluar la condición de salud en que se encuentran las personas para decidir informada y responsablemente una próxima gestación”⁽⁶⁵⁾, de manera que se constituyen en una buena estrategia para favorecer el “cuidado antenatal que consiste en acciones que promueven la salud, determinan el riesgo obstétrico y perinatal y adicionan

intervenciones ligadas a la prevención de tales riesgos, para así lograr un embarazo que se desarrolle dentro de márgenes de normalidad física, psíquica, familiar y social, culminando con un recién nacido y su madre sanos⁽⁶⁵⁾. Por lo recién descrito, la disminución de factores de riesgo durante el embarazo tal como el consumo de tabaco, se podría favorecer por estrategias como ésta, pero sus actividades requieren de esfuerzos conjuntos entre la mujer, su familia y los profesionales de la salud que acompañan todo este proceso.

Un ejemplo de Programa con un buen porcentaje de cobertura es la población bajo control en planificación familiar (en control por algún Método Anticonceptivo) en el Sistema Público de Salud, que según cifras de 2015 alcanzó el 34%⁽⁶⁶⁾⁽⁶⁷⁾. Este Programa ha contribuido a disminuir la morbimortalidad en Chile desde los años 60´ por su amplia cobertura nacional para la población beneficiaria y sin restricciones de acceso a esta prestación. Pese a lo anterior, el bajo porcentaje de cobertura del control preconcepcional y la baja conciencia de la importancia de una buena salud previo al embarazo no es solo un problema en Chile sino que también en países Europeos y concretamente en ciudades como Londres, donde se realizó un estudio y se determinó que el 21% de las mujeres reportó consumo de tabaco (5% pasiva solamente, 10% fumadores 0-10 cigarrillos por día y 7% que fuman más de 10 por día), pero casi la mitad de ellas (48%) reportó haber reducido o haber dejado de fumar antes del embarazo. Así muchas mujeres se sintieron motivadas a adoptar comportamientos más saludables en el período antes de la concepción cuando el embarazo fue planificado. Además este estudio reporta que el consejo profesional estaría relacionado con la disminución de los hábitos perjudiciales para la gestación⁽⁶⁸⁾.

Otra ventaja que tiene el control preconcepcional que podría ayudar a la disminución del consumo de tabaco previo al embarazo es que el control es personalizado ya que se evalúan los factores de riesgo que tiene la consultante y su entorno psicosocial. Es así como una de las últimas revisiones publicadas al respecto concluye que las intervenciones psicosociales, tales como el asesoramiento, son métodos eficaces para aumentar el abandono de consumo de tabaco previo al embarazo⁽⁶⁹⁾.

Otro elemento importante a investigar tiene relación con la aceptación del embarazo y el consumo de drogas durante este periodo como otro de los elementos a considerar en futuros trabajos al respecto, ya que podría existir una relación entre estos factores.

2. *Evaluar el impacto y pertinencia de las consejerías anti tabáquicas durante el embarazo.*

También es relevante **evaluar el impacto y pertinencia de las consejerías anti-tabáquicas** como “la” estrategia de prevención utilizada durante el ingreso de embarazo a las gestantes que declaran consumo de tabaco.

En Chile se desarrolla la Consejería breve anti tabáquica que está orientada (desde el MINSAL) a desarrollar un cuestionamiento sobre el hábito tabáquico, el impulso a buscar alternativas para disminuir o detener el consumo de tabaco⁽⁴⁴⁾. Si bien la Consejería breve se aplica durante todo el ciclo vital, tiene un mayor énfasis en la gestación⁽⁴⁵⁾, y es aplicada por matronas/es en el sistema público y por médicos en el sistema privado de salud. Esta consejería no necesariamente resultaría efectiva en embarazadas fumadoras⁽⁷⁰⁾, por lo que parece importante evaluar su real impacto en este grupo de alto riesgo como primera medida. En este estudio solo una de las participantes recordaba alguno de los riesgos perinatales mencionados por la matrona/ón en este contexto, la mayoría de las participantes relata que fueron sus redes de apoyo las que han influido más en la información que ellas poseen sobre este tema.

Además, los Centros de Salud pública en Chile, implementan esta consejería breve que se les proporciona a las personas que fuman pero no considera diferencias de género. Es así como parece relevante tanto según lo descrito por la literatura como en este estudio que la cesación sería más difícil para las mujeres que para los hombres, lo que podría dar indicios de la necesidad de realizar intervenciones diferenciadas para hombres y mujeres⁽⁴⁸⁾⁽⁷¹⁾. Estas diferencias no solo tendrían que ver con aspectos biológicos, sino vulnerabilidades sociales y formas distintas de significar el consumo y la cesación tabáquica⁽⁴⁹⁾, especialmente relacionadas con el rol social asociado a lo femenino en la actualidad en temas de crianza y cuidado de los hijos⁽³⁰⁾, también según lo declarado por las participantes de este estudio.

La necesidad de esta evaluación también nace desde cuestionarse, dentro de las mujeres que dejan de fumar durante el embarazo ¿Cuántas de ellas realmente lo hacen producto de la consejería en el ingreso a control prenatal? Un estudio reciente realizado con jóvenes australianos muestra como el embarazo por sí mismo es una motivación para dejar de fumar⁽⁷²⁾. Por lo anterior, resulta relevante mirar el aporte real de las consejerías anti tabáquicas en la decisión respecto al consumo durante el embarazo.

Según la revisión previa también vale la pena señalar que, aunque una proporción importante de mujeres afirma haber dejado de fumar durante el embarazo, estudios realizados en España evidencian que un porcentaje significativo de las mujeres embarazadas- entre un 30 y un 50%- no logra dejar de fumar durante la gestación⁽⁸⁾, y un alto porcentaje de las mujeres que lo consiguen recaen después del parto⁽³⁴⁾. Si bien en este estudio no se pretendió calcular ni representar el número de mujeres que continuaban consumiendo ni recaían durante el embarazo, estos resultados podrían complementarse con futuras investigaciones que utilicen metodologías mixtas que sí permitan relacionar la recaída en el postparto y las mujeres que no continúan fumando en esta etapa.

3. Abordaje multinivel, multisectorial y multiprofesional.

Se hace necesario reconocer que el tabaquismo durante el embarazo es un problema de salud pública que requiere un enfoque biopsicosocial y cultural, que supone una doble lectura no solo desde las causas y consecuencias biológicas y familiares sino desde los determinantes sociales de la salud. Así es como se hace necesario un **abordaje multinivel, multisectorial y multiprofesional** del problema mediante **planes de rehabilitación integrales** que no sólo incluyan al individuo sino que a su familia y comunidad, con un abordaje de género debido a las diferentes formas de significar el consumo y cese de éste.

Sin embargo dentro de las estrategias para la cesación tabáquica, esta intención de dejar de fumar no encuentra una oferta pública disponible desde los centros de salud chilenos a diferencia de otros países de Latinoamérica⁽²⁰⁾⁽²¹⁾, lo que hace más difícil la intención de dejar de fumar debido a la falta de una oferta de acompañamiento por parte de un equipo multi profesional en esta etapa. Aquí es donde el actual modelo de Salud familiar tiene una propuesta que parece ser atractiva en esta temática como lo es la atención en duplas matrona-psicóloga/asistente social, lo que permitiría integrar de mejor forma las herramientas, habilidades y destrezas que requiere este manejo; junto con el seguimiento de las embarazadas que declaran consumir tabaco al ingreso prenatal, en cada control de embarazo así como durante los controles del puerperio, tanto del control día a día como de regulación familiar.

Según lo revisado en la literatura, se describen variadas estrategias tanto desde lo individual como desde las políticas públicas, tendientes a disminuir y/o cesar el consumo de tabaco durante el embarazo. Entre lo revisado se destacan cuatro estrategias que las puérperas consideraron como exitosas para cesar el consumo: 1) Haber sido informado de los riesgos de fumar. 2) Mantener pensamientos orientados a objetivos. 3) Centrarse en las preocupaciones sobre la salud del recién nacido. y 4) Recibir apoyo social positivo por parte de familiares y amigos⁽⁴¹⁾, según esta investigación los dos últimos factores mencionados parecen ser los más relevantes para cesar el consumo de tabaco durante la gestación. Además se describen, especialmente en E.E.U.U, planes de incentivos económicos llevados a cabo entre las fumadoras embarazadas que permiten que mejoren las tasas de abandono. Los incentivos incluyen billetes de lotería o de sorteos, pagos en efectivo, vales de productos y alimentos, y en seis ensayos la recuperación del dinero depositado por los participantes. Estas intervenciones fueron realizadas tanto en las embarazadas de término como en las evaluaciones durante el post-parto⁽⁷³⁾. Junto con esto, a nivel de política pública el aumento en los impuestos a los cigarrillos, es la estrategia que se asociaría con mejores resultados de salud relacionados con el tabaquismo entre las madres de más alto riesgo de consumo y sus recién nacidos⁽⁷⁴⁾. Finalmente, la estrategias de los “hogares libres de humo” ha mostrado en otros países resultados exitosos para la disminución del consumo involuntario de tabaco ambiental⁽⁷⁵⁾. Dentro de estas múltiples estrategias, las únicas que son relevadas por las participantes de nuestro estudio son más bien desde lo local, mediante estrategias de ayuda grupal.

Como se comentó anteriormente, otro elemento importante es la asociación entre los factores sociodemográficos relacionados con el consumo de tabaco y dejar de fumar⁽³¹⁾. Este estudio sólo consideró un centro de salud de la zona Sur de Santiago con homogeneidad de realidades sociales y demográficas pero sería interesante estudiar a futuro esta asociación con mayor heterogeneidad para evaluar la cesación en relación a estos factores.

Este estudio permitió ampliar la escasa evidencia que existe en nuestro país respecto el consumo de tabaco en el grupo de estudio. Gracias a la metodología utilizada se avanzó en identificar las razones y emociones relacionadas con el consumo de tabaco durante la gestación. Estos resultados permiten entregar algunas sugerencias de cómo avanzar en estrategias que - utilizando los mismos recursos disponibles en la atención primaria de salud - favorezcan la disminución de este factor de riesgo.

Finalmente, dado que existen diversas razones, emociones y sentimientos que llevan a embarazadas a continuar el consumo de tabaco durante el embarazo, surgen nuevas preguntas que podrían contribuir a focalizar las estrategias ¿Qué espacios simbólicos ocupa el tabaco en la vida de las embarazadas fumadoras? ¿Cuáles son las reglas implícitas que tienen estas embarazadas fumadoras respecto al consumo durante la gestación y en el post parto? ¿Existen diferencias entre los significados respecto al consumo durante la gestación de las gestantes según su nivel socioeconómico?

Limitaciones.

a) Problemas de sub registros en las fichas maternas en relación al consumo actual de tabaco ya que esta información podría no haber sido declarada por la usuaria al ingreso del embarazo. Se resguardó este aspecto mediante la consulta a matronas/ón sobre la calidad de la información previa a la selección de las participantes, que fueron las que declaren que sí consumen tabaco al ingreso a los controles prenatales.

b) La investigadora principal y entrevistadora pertenece a equipos de salud como docente clínica en el centro donde se realiza este estudio, sin embargo no realizó atenciones clínicas a las participantes. Para esto se elaboró un protocolo de contacto telefónico de manera de estandarizar esta primera comunicación con las potenciales participantes. Durante esta primera comunicación, así como en el desarrollo de las entrevistas, la responsable del estudio se presentó como investigadora de la Universidad de Chile y no como miembro del equipo de salud, por lo que las respuestas de quienes aceptaron participar no debiesen estar influenciadas por ese factor. Además de la pauta de entrevistas semiestructuradas que favorece tener mayor parcialidad durante cada entrevista.

3) La sub declaración del consumo y de su cantidad durante el embarazo, este potencial problema se buscó minimizar asegurando la confidencialidad de la información entrevista. Pero parece necesaria una evaluación del sub registro y sub declaración del consumo de drogas durante el embarazo.

Conclusión.

Se concluye que existen variadas razones y emociones relacionadas con el consumo de tabaco durante el embarazo. En relación a la continuación destacan el consumo como un momento de encuentro personal, como mecanismo de evasión de múltiples problemas, tranquilizante, como regulador emocional del estrés y facilitador del tránsito intestinal, y en el cese se recalcan los posibles problemas perinatales, la irresponsabilidad, miedo, culpa y aversión. Por lo anterior se sugiere fortalecer el control preconcepcional y de planificación familiar como estrategias de prevención del consumo previo al embarazo. Además de la evaluación de la efectividad e impacto de la consejería antitabáquica en el ingreso del embarazo. Finalmente, considerar el abordaje multinivel, multisectorial y multiprofesional para generar planes de rehabilitación integrales a las mujeres consumidoras de tabaco durante la gestación.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Santiago; 2010. 804 p.
2. Berridge V. Constructing Women and Smoking as a public health problem in Britain: 1950-1990s. *Gend Hist.* 2001;13(2):328–48.
3. Zhang L, Hsia J, Tu X, Xia Y, Stanton B. Exposure to Secondhand Tobacco Smoke and Interventions Among Pregnant Women in China : A Systematic Review. 2015;1–11.
4. Delgado Y, Rodríguez G, Samper M. Socio-cultural, obstetric and anthropometric characteristics of newborn children of mothers who smoke in Spain. *An pediatría.* Elsevier; 2012 Jan 1;76(1):4–9.
5. Cisneros G, Ibis A. Alcohol, tobacco and congenital alveolar cleft palate malformations. *MEDISAN.* 2014;18(9):1293–7.
6. Pichini S, García-Algar O. Tobacco consumption during pregnancy. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2014 Jul 22 [cited 2015 Apr 15];143(2):70–1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24447692>
7. Duijts L, Jaddoe VW V, van der Valk RJP, Henderson J a, Hofman A, Raat H, et al. Fetal exposure to maternal and paternal smoking and the risks of wheezing in preschool children: the Generation R Study. *Chest* [Internet]. 2012 Apr [cited 2015 Apr 14];141(4):876–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21960695>
8. Martínez- Frías M., Rodríguez- Pinilla E. et al. Consumo de tabaco durante el embarazo en España: Análisis por año, comunidades autónomas y características maternas. *Rev Medicina Clínica Barcelona.* 2005;125:86–92.
9. Dušková M, Hruškovičová H, Šimůnková K, Stárka L, Pařízek a. The effects of smoking on steroid metabolism and fetal programming. *J Steroid Biochem Mol Biol* [Internet]. 2014 Jan [cited 2015 Apr 14];139:138–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23685014>
10. Mallol J, Brandenburg D, Madrid R, et al. Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo en mujeres chilenas de bajo nivel socioeconómico. *Rev Chil enfermedades Respir.* 2007 Mar;23(1):17–22.
11. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5° ed. Arlington, VA, EEUU.; 2014. 1-1100 p.
12. Fernández PL, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I. Drogodependencias , Farmacología . Patología . Psicología . Legislación. 3° ed. Panamericana, editor. Madrid, España.; 2009. 1-725 p.
13. Servicio Nacional de Drogas y Alcohol. Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar Principales Resultados Nacionales. In 2014. p. 1–36. Available from: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2014/07/decimo-escolares-2013.pdf>
14. Real Academia Española. Definición “emoción” [Internet]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=EjXP0mU>
15. Álvarez F. El tabaquismo como problema de salud pública. In: Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo [Internet]. 2° edición. Majadahonda,

- Madrid.; 2003. p. 27–68. Available from:
http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/manual_prevencion_tratamiento_tabaquismo.pdf
16. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2013. [Internet]. Suiza; 2013. Available from: www.who.int/tobacco/
 17. Pichón- Riviere A, Bardach A, Caporale J, et al. Carga de Enfermedad Atribuible al Tabaquismo en Chile. Buenos Aires; 2014.
 18. Servicio Nacional de Drogas y Alcohol. Estadísticas sobre consumo de tabaco en población general. 2012; Available from:
<http://www.senda.gob.cl/observatorio/estadisticas/poblacion-general/>
 19. Puschel K, Thompson B, Olcay F, et al. Factores predictores de inicio y cesación de tabaquismo en una cohorte de mujeres chilenas con 5,5 años de seguimiento. *Rev Med Chil.* 2009;(137):1001–9.
 20. Organización Mundial de la Salud. MPOWER. Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Ginebra; 2008.
 21. Torrecilla, M . Plaza D. Tabaquismo y atención primaria de salud. *Conduct Adict* [Internet]. 2003;3(3). Available from:
<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd42/tabaco.pdf>
 22. Organización Mundial de la Salud/Noncommunicable Disease and Mental. ¿Por qué el tabaco es una prioridad de salud pública? In: *Iniciativa Liberarse del Tabaco* [Internet]. Ginebra, Suiza; 2015. Available from:
http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/
 23. Centers for Disease Control and Prevention. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. [Internet]. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion O on S and H, editor. Atlanta, Georgia.U.S; 2004. 1–910 p. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44695/pdf/TOC.pdf>
 24. Peters S a E, Huxley RR, Woodward M. Smoking as a risk factor for stroke in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of 81 cohorts, including 3,980,359 individuals and 42,401 strokes. *Stroke* [Internet]. 2013 Oct [cited 2015 Apr 14];44(10):2821–8. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23970792>
 25. American Society for Reproductive. Smoking and infertility: a committee opinion. *Fertil Steril* [Internet]. American Society for Reproductive Medicine; 2012 Dec [cited 2015 Apr 18];98(6):1400–6. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22959451>
 26. Ministerio de Salud. Manual para el empoderamiento ciudadano. Ley del Tabaco. Santiago; 2008. 112 p.
 27. Menezes A. Chronics Obstructive Pulmonary Diseases in five Latin American Countries. *Lancet* [Internet]. 2005;366:1875–81. Available from:
<http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2805%2967632-5.pdf>
 28. Marqueta A, Nerín I, Jiménez-Muro A, Gargallo P, Beamonte A. Predictors of outcome of a smoking cessation treatment by gender. *Gac Sanit* [Internet]. 2013 [cited 2015 Apr 18];27(1):26–31. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22444518>

29. Jané M., Pardell H. SL. Epidemiology of female smoking. Determining factors in its initiation and maintenance. 2001;3.
30. Ramon JM, Eugeni B, Fernández C, et al. Reasons for smoking cessation in Spain by gender and age. *Gac Sanit* [Internet]. 2009 [cited 2014 Dec 17];23(6):539.e1–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19880217>
31. Van Loon JM, Tijhuis M, Surtees PG, et al. Determinants of smoking status: cross-sectional data on smoking initiation and cessation. *Eur J Public Health* [Internet]. 2005 Jun [cited 2014 Dec 17];15(3):256–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15923210>
32. Aguirre V. Tabaquismo durante el embarazo : Efectos en la salud respiratoria infantil. *Rev Chil enfermedades Respir*. 2007;23:173–8.
33. Amir L. Maternal smoking and reduced duration of breastfeeding: a review of possible mechanisms. *Early Hum Dev* [Internet]. 2001 Aug;64(1):45–67. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11408108>
34. Jané M. “Mujeres y tabaco: Aspectos ligados al género.” *Adicciones* 16. 2004;115(30):115–30.
35. Garc R. Factores asociados con la cesación tabáquica en mujeres embarazadas tras una intervención intensiva. Santander, España: Tesis doctoral para optar al Grado de Doctor por la Universidad de Cantabria; 2014.
36. Buka SL, Shenassa ED, Niaura R. Elevated Risk of Tobacco Dependence Among Offspring of Mothers Who Smoked During Pregnancy : A 30-Year Prospective Study. *Am J Psychiatry*. 2014;160(11):1978–84.
37. Cupul- Uicab LA., Skjaerven R, Haug K, Travlos GS, Wilson RE, Eggesbø M, et al. Exposure to Tobacco Smoke in Utero and Subsequent Plasma Lipids, ApoB, and CRP among Adult Women in the MoBa Cohort. *Env Heal Perspect*. 2012;1532(11):1532–7.
38. Cupul-uicab LA, Skjaerven R, Haug K, Melve KK, Engel SM. In Utero Exposure to Maternal Tobacco Smoke and Subsequent Obesity , Hypertension , and Gestational Diabetes Among Women in The MoBa Cohort. 2012;120(3):355–60.
39. Gollenberg AL, Addo OY, Zhang Z, Hediger ML, Himes JH, Lee P a. In utero Exposure to Cigarette Smoking, Environmental Tobacco Smoke and Reproductive Hormones in US Girls Approaching Puberty. *Horm Res Paediatr* [Internet]. 2015 Jan 24 [cited 2015 Apr 18];83(1):36–44. Available from: <http://www.karger.com/?doi=10.1159/000369168>
40. Pérez-Franco J, Raffo S. Uso de sustancias psicoactivas en el embarazo y conocimiento de los efectos sobre el feto en púerperas recientes. *Rev Chil Salud Pública*. 2015;19(1):37–46.
41. Wen K-Y, Miller S, Roussi P, Belton T, Baman J, Kilby L, et al. A content analysis of self-reported barriers and facilitators to preventing postpartum smoking relapse among a sample of current and former smokers in an underserved population. *Educ Salud Res*. 2015;30(1):140–51.
42. Organización Mundial de la Salud. Convenio marco de la OMS para el control del tabaco. In Geneva, Switzerland.; 2003. Available from: http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_fctc_spanish.pdf

43. Organización Mundial de la Salud. Tools for Advancing Tobacco Control in the XXI st century : Policy recommendatios for smoking cessation and treatment of tobacco dependence tools for public health. In: Silva V da C, editor. Francia; 2003. Available from: http://www.who.int/tobacco/resources/publications/en/intro_chapter3.pdf
44. Ministerio de Salud. Implementación del enfoque de riesgo en el Programa de Salud Cardiovascular. In 2009. p. 33. Available from: http://www.goldcopd.it/materiale/gr_lavoro07/7/01.pdf
45. Ministerio de Salud. Orientaciones para la planificación y programación en red. Año 2015. 2014; Available from: http://web.minsal.cl/sites/default/files/Orientaciones_red_2015.pdf
46. de Granda-Orive JI, Solano-Reina S, Jiménez-Ruiz CA. Smoking intervention in patients with cardiovascular diseases. *Aten Primaria* [Internet]. SEGO; 2013 Feb [cited 2015 Apr 15];45(2):115–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22409838>
47. Subsecretaria de Salud pública. MINSAL. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo [Internet]. Santiago, Chile; 2008. 57 p. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf>
48. Luisa M, Rodrigo J. Las políticas de salud vistas desde el género : Una aproximación a partir del examen de los planes de control del tabaquismo. *Investig Fem*. 2015;5:289–316.
49. Ministerio de Salud. La cesación del consumo de tabaco. 2003.
50. Janéa M, Nebota M, Badíb M, et al. Factores determinantes del abandono del tabaquismo durante el embarazo. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2000;114(4):132–5. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775300712188>
51. Hauck Y, Ronchi F, Midwifery P, Lourey B, Nursing BS, Lewis L, et al. Challenges and Enablers to Smoking Cessation for Young Pregnant Australian Women : A Qualitative Study. *Birth*. 2013;(September):202–8.
52. Ministerio de Sanidad y Consumo Español. Encuesta Nacional de Salud 2006-2007. Madrid; 2007.
53. Kohorn I Von, Nguyen SN, Schulman-green D. A Qualitative Study of Postpartum Mothers' Intention to Smoke. *Birth* [Internet]. 2013;39(1):65–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3296969/pdf/nihms327096.pdf>
54. Ripley-Moffitt CE, Goldstein AO, Fang WL, Butzen AY, Walker S LJ. Safe babies: a qualitative analysis of the determinants of postpartum smoke-free and relapse states. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2008;8(1355):64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18686183/>
55. Meernik C, Goldstein A. A critical review of smoking, cessation, relapse and emerging research in pregnancy and post-partum. *Br Med Bull* [Internet]. 2015;0. Available from: <http://bmb.oxfordjournals.org/content/early/2015/04/28/bmb.ldv016.abstract>
56. Vázquez, M Ferreira M y cols. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Universidad Autónoma de Barcelona; 2006. 38 p.
57. Muñoz M. Tabaco y embarazo en un área sanitaria de la Comunidad de Madrid. 2001;3(1):20–5.

58. Schneider S, Huy C, Schütz J, Diehl K. Smoking cessation during pregnancy: A systematic literature review. *Drug Alcohol Rev.* 2009 Aug 5;29(1):81–90.
59. Fernández L. ¿Cómo analizar datos cualitativos? [Internet]. Barcelona U, editor. Fichas para investigadores. Barcelona; 2006. 1-13 p. Available from: <http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha7-cast.pdf>
60. Berlín I, Singleton E, Heishman S. Craving and Withdrawal Symptoms During Smoking Cessation: Comparison of Pregnant and Non-Pregnant Smokers. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2015;63:18–24. Available from: [http://www.journalofsubstanceabusetreatment.com/article/S0740-5472\(15\)00318-9/pdf](http://www.journalofsubstanceabusetreatment.com/article/S0740-5472(15)00318-9/pdf)
61. Mallol V J, Brandenburg J D, Sempertegui F, Ramírez L. Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo en mujeres chilenas de bajo nivel socioeconómico. *Rev Chil enfermedades Respir* [Internet]. 2007;23:17–22. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482007000100003&script=sci_arttext
62. Hauge LJ, Aarpoø LE, Torgersen L, Vollrath ME. Smoking during consecutive pregnancies among primiparous women in the population-based Norwegian mother and child cohort study. *Nicotine Tob Res.* 2013;15(2):428–34.
63. Glover M KA. Why Māori women continue to smoke while pregnant. *N Z Med J* [Internet]. 2011;124(1339):22–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21952327>
64. Koshy P, Mackenzie M, Tappin D, Bauld L. Smoking cessation during pregnancy: The influence of partners, family and friends on quitters and non-quitters. *Heal Soc Care Community.* 2010;18(5):500–10.
65. Ministerio de Salud. Guía perinatal [Internet]. CEDIP, editor. Santiago, Chile; 2015. Available from: <http://cedipcloud.wix.com/minsal-2015#!control-preconcepcional/ca05>
66. DEIS. Base de datos. REM A01. Numero de controles Salud Sexual y Reproductiva. Año 2015. País. Santiago, Chile; 2015.
67. INE. ENFOQUE DEMOGRÁFICO DE GÉNERO [Internet]. Santiago, Chile; 2015. Available from: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/genero/pdf/enfoque-poblacion.pdf
68. Stephenson J, Patel D, Barrett G, Howden B, Copas A, Ojukwu O, et al. How do women prepare for pregnancy? Preconception experiences of women attending antenatal services and views of health professionals. *PLoS One* [Internet]. 2014 Jan [cited 2016 Feb 25];9(7):e103085. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4109981&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
69. Press D. Smoking cessation in pregnancy : psychosocial interventions and patient-focused perspectives. *Int J Women's Heal.* 2015;7:415–27.
70. Ingall G, Cropley M. Exploring the barriers of quitting smoking during pregnancy: A systematic review of qualitative studies. *Women and Birth* [Internet]. Australian College of Midwives; 2010;23(2):45–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2009.09.004>
71. Amos a., Greaves L, Nichter M, Bloch M. Women and tobacco: a call for including

gender in tobacco control research, policy and practice. *Tob Control*. 2012;21(2):236–43.

72. Suzanne Cosh A B C , Kimberley Hawkins Una H , Gemma Skaczkowski D E DCUF y JBG. Tobacco use among urban Aboriginal Australian young people: a qualitative study of reasons for smoking, barriers to cessation and motivators for smoking cessation. *Aust J Prim Health*. 2014;21(3):334–41.
73. Cahill K, Hartmann-Boyce J PR. Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015;(5). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25983287>
74. Angelica MD, Fong Y. Associations of tobacco control policies with birth outcomes. *JAMA Pediatr*. 2014;168(11):520–9.
75. Borland R, Yong H, Cummings K, Hyland A, Asderson S, Fong G. Determinants and consequences of smoke-free homes : Country Survey. *Tob Control*. 2006;15:42–51.

Anexos

Anexo 1: Pauta-guión de entrevistas

Antecedentes

Nombre. Edad. Tiempo de postparto (N° de días).

Pareja o figuras de apoyo.

Otras personas que viven en la casa que fumen o hayan fumado.

Uso de alcohol u otras drogas durante la gestación.

Inicio del consumo de tabaco. Emociones relacionadas a eso.

*¿Te acuerdas cuando fue la primera vez que fumaste?, ¿Dónde estabas? ¿Con quién?
¿Cómo te sentiste?*

Historia de intentos por dejar de fumar. Periodos sin fumar, sensaciones al respecto.

¿Alguna vez has intentado dejar de fumar? ¿Te ha resultado? ¿Qué te ha llevado a tomar esa decisión? ¿Cuánto tiempo estuviste/llevas sin dejar de fumar? ¿Cómo te sentiste en el periodo que dejaste de fumar?(al principio/ahora) ¿Qué cambios haz notado?

Cantidad de cigarrillos consumidos durante la gestación en relación a la etapa pre-gestacional y post parto.

Conocimientos respecto a los problemas que tiene el consumo de tabaco durante la gestación.

Tópicos en profundidad

Explicaciones del consumo / o no de tabaco durante la gestación.

¿Fumaste durante tu embarazo?¿Sabías que estabas embarazada?¿Cuantos cigarros al día?¿Sabías/sabes si le produjo algo a tu bebé?¿Qué piensas sobre eso?

Razones y argumentos de la permanencia / o no del consumo durante la gestación.

¿Qué piensas/pensabas cuando estabas embarazada de otras mujeres que consumen tabaco durante el embarazo? ¿Porque crees que las mujeres fuman sabiendo que les podría causar algún problema al bebé?

Sentimientos y significación social (y familiar) del consumo de tabaco durante la gestación: culpas, miedos, temores, placer. Argumentos que le da a sus redes de apoyo al consumo de tabaco durante la gestación.

¿Tu familia sabía que fumabas embarazada? ¿Qué te decían? ¿Cómo te sentías tú con eso? ¿Qué sentías tú con eso? ¿Qué piensa la gente sobre que las embarazadas fumen? ¿Tu pareja fuma? ¿(Las personas con las que vive) fuman? ¿Fumaron durante tu embarazo? ¿Qué te decían si estabas por ahí cerca? ¿Tú les decías algo?

Experiencias o conocimientos de ella o de otras personas de los efectos del tabaco sobre la salud de los/as RN.

¿Sabes que puede provocar el cigarro en las guaguas? ¿Conoces a alguien que tenga problemas respiratorios (tos, sea “crónico”, se atiende en el consultorio por eso, o algo así)? ¿En la familia fuman?

Anexo 2: Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Argumentos relacionados a la continuación o cese del consumo de tabaco durante la gestación desde la perspectiva de puérperas usuarias de matrona/ón del CESFAM Amador Neghme, en el año 2015”.

PATROCINANTE: Verónica Iglesias. Instituto de Salud Poblacional. Universidad de Chile.

Nombre del Investigador principal: María Paz Ross Arias

R.U.T: 17.085.187-0

Institución: Universidad de Chile

Teléfonos:(2)29786617

Invitación a participar: Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación **“Argumentos relacionados a la continuación o cese del consumo de tabaco durante la gestación desde la perspectiva de puérperas”.**

Considerando que los argumentos relacionados con el consumo de tabaco durante el embarazo han sido poco estudiados este estudio abordará este tema con el fin de aportar evidencia en la formulación de estrategias de prevención de consumo de tabaco.

Objetivos: Explorar los argumentos relacionados a continuar o dejar de consumir tabaco durante el embarazo, en puérperas usuarias de matrona/ón del Cesfam Amador Neghme, en el año 2015. El estudio incluirá a un número total de 14 a16 usuarias de matrona/ón del centro de salud familiar Amador Neghme.

Procedimientos: Si Ud. acepta participar se le realizará una entrevista, por un período de 30 a 60 minutos.

Riesgos: Participar en la entrevista no conduce a ningún riesgo. Cualquier otro efecto que Ud. considera que puede derivarse de la aplicación de las entrevistas deberá comunicarlo a María Paz Ross en el teléfono (2)29786617.

Costos: Los recursos necesarios para la realización de las entrevistas serán aportados por María Paz Ross sin costo alguno para Ud. durante el desarrollo de este proyecto.

Beneficios: Aportar evidencia para la formulación de estrategias de prevención de consumo de tabaco. Además del beneficio que este estudio significará para el progreso del conocimiento, su participación en este estudio no le traerá beneficios adicionales.

Alternativas: Si Ud. decide no participar en esta investigación no habrá ninguna consecuencia perjudicial en su atención habitual en el CESFAM Amador Neghme.

Beneficios y riesgos de los métodos alternativos existentes: No hay.

Compensación: Ud. no recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

Garantía de seguro: No hay.

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en estricta confidencialidad. Sólo la investigadora principal conocerá la identidad de las participantes. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

Usos potenciales de los resultados de la investigación, incluyendo los comerciales:

Aportar evidencia para la formulación de políticas públicas que incluyan estrategias de prevención del consumo de tabaco en embarazadas.

Información adicional: Ud. será informada si durante el desarrollo de este estudio surgen nuevos conocimientos o complicaciones que puedan afectar su voluntad de continuar participando en la investigación.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo al investigador, sin que ello signifique modificaciones en el estudio y atención en el CESFAM Amador Neghme. De igual manera el investigador podrá determinar su retiro del estudio si consideran que esa decisión va en su beneficio.

Complicaciones: En el improbable caso de que Ud. presente complicaciones directamente dependientes de la aplicación de las entrevistas.

Derechos del participante: Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Investigador: María Paz Ross Arias. Fono:229786617

Otros Derechos del participante

En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el Presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2-978.9536, Email: comiteceish@med.uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto **“Argumentos relacionados a la continuación o cese del consumo de tabaco durante la gestación desde la perspectiva de púerperas.”**.

_____	_____	_____
Nombre del sujeto	Firma	Fecha
Rut.		
_____	_____	_____
Nombre del investigador	Firma	Fecha
Rut.		

**Si se trata de un paciente con discapacidad psíquica o intelectual, registrar nombre del paciente y de su apoderado, en cumplimiento artículo 28 ley 20.584.*