



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Metodología de la Investigación en
Ciencias de la Salud

**Las recaídas postparto en la cesión
tabáquica: un enfoque cualitativo para
diseñar intervenciones eficaces**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Laura Orio Jiménez
Tipo de trabajo:	Trabajo Fin de Máster
Director/a:	María Ubeda Cantera
Fecha:	

Resumen

Antecedentes y justificación.

Aproximadamente, la mitad de las gestantes que dejan de fumar durante el embarazo recaen a los pocos meses de dar a luz y, pese a que se han localizado algunos factores predictores, aún no se han desarrollado intervenciones eficaces para prevenir estas recaídas. Por ello, se propone un enfoque alternativo para estudiar el fenómeno, mediante el uso de metodología cualitativa. Así, el objetivo principal de este proyecto es investigar las percepciones de las mujeres que volvieron a fumar después de haber dado a luz, abarcando los elementos motivadores u obstaculizadores que estuvieron involucrados, y el rol de la maternidad y el entorno social en el proceso.

Objetivos.

Investigar y comprender el fenómeno de las recaídas postparto en las gestantes fumadoras.

Metodología.

Se llevarán a cabo entrevistas individuales semiestructuradas de una 1 hora y media a mujeres residentes en Logroño que dieron a luz el año anterior, las cuales serán clasificadas en distintos grupos según su nivel socioeconómico y si recayeron o no tras el parto, formando así diferentes perfiles. Asimismo, las entrevistas se dividirán en las siguientes áreas temáticas: elementos facilitadores y protectores de recaídas, percepciones acerca del proceso de ser madre y la influencia del tabaco sobre él, y el papel de los servicios sanitarios. Mediante análisis temático, se interpretará la información obtenida, la cual será separada en función de los perfiles las participantes, buscando si los hubiese elementos comunes y diferenciadores.

Relevancia y expectativas.

Se elaborará una propuesta teórica de actuación sanitaria con toda la información recopilada, con el fin de que sirva de base para desarrollar otras intervenciones más específicas a futuro.

Palabras claves: tabaco, fumar, cese del hábito de fumar, postparto, investigación cualitativa.

Abstract

Background

Approximately, half of the women who quit smoking during pregnancy relapse within a few months postpartum and, even though some predictors have been identified, effective interventions to prevent these relapses haven't been developed yet. Therefore, an alternative approach is proposed to study the phenomenon, using qualitative methodology. Thus, the main objective of this project is to investigate perceptions of women who returned smoking after childbirth, covering motivational elements or obstacles that were involved, and the role of motherhood and social environment in the process.

Objectives

To investigate and understand the phenomenon of postpartum relapse in pregnant smokers.

Methods

Semi-structured individual interviews of one and a half hour will be conducted with women living in Logroño who gave birth the previous year, and who will be classified into different groups according to their socioeconomic status and whether they relapsed after childbirth, thus forming different profiles. In addition, the interviews will be divided into the following thematic areas: facilitators and protectors of relapse, perceptions about the process of becoming a mother and the influence of smoking on it, and the role of health services. By thematic analysis, the obtained information will be interpreted, which will be separated according to the participants' profiles, looking for common and differentiating elements, if any.

Relevance and expectations

A theoretical proposal of healthcare actions will be elaborated with all the information gathered, to serve as a basis for the development of other more specific interventions in the future.

Keywords: Tobacco, smoking, smoking cessation, postpartum, qualitative research.

Índice de contenidos

1.	Introducción: antecedentes y contexto actual.	8
1.1.	La problemática del tabaquismo en el embarazo. Efectos en la salud de la madre y el niño, y recomendaciones sanitarias.	8
1.2.	Las recaídas en el postparto: magnitud del problema y datos en España. Perfiles de riesgo más habituales.	9
1.3.	Intervenciones para prevenir las recaídas. Propuestas teóricas y consideraciones.	10
1.4.	La metodología cualitativa: nueva oportunidad para desarrollar intervenciones.	12
2.	Justificación, hipótesis de partida y objetivos del proyecto.	15
2.1.	Justificación.....	15
2.2.	Objetivos.....	16
3.	Metodología.....	18
3.1.	Tipo de diseño.....	18
3.2.	Sujetos y tamaño muestral.....	18
3.3.	Criterios de inclusión y exclusión. Perfiles de las participantes.....	18
3.4.	Variables de interés. Caracterización de la muestra final.....	20
3.4.1.	Variables sociodemográficas.....	21
3.4.2.	Obstétricas/ infantiles.....	21
3.4.3.	Relacionadas con el consumo de tabaco.....	22
3.5.	Técnicas de recogida de información: entrevistas semiestructuradas.....	22
3.6.	Tratamiento y análisis de datos.....	25
3.6.1.	Ejemplo de análisis temático y resultados esperables.....	26
3.7.	Cronograma de actividades y resumen de las fases totales del estudio.....	31
4.	Relevancia y expectativas del proyecto. Fortalezas, limitaciones y conclusiones.....	36

5. Referencias bibliográficas	38
6. Anexos	45
6.1. Clasificación de la clase social según ocupación (SEE).	45
6.2. Modelo de cuestionario escrito.....	50
6.3. Ejemplo de Consentimiento Informado.	52

Índice de figuras

Ilustración 1- Árbol de categorías y códigos del tema “Embarazo y maternidad”	26
Ilustración 2- Árbol de categorías y códigos del tema “Tabaquismo”	27
Ilustración 3- Árbol de categorías y códigos del tema “Factores de recaída”	29
Ilustración 4- Árbol de categorías y códigos del tema “Factores de recaída”	30
Ilustración 5-Árbol de categorías y códigos del tema “Servicios sanitarios”	30

Índice de tablas

Tabla 1- Descripción y valores de la variable nivel socioeconómico.	19
Tabla 2- Lista definitiva de los perfiles y sus siglas.	20
Tabla 3- Descripción de variables sociodemográficas.	21
Tabla 4- Descripción de variables obstétricas/infantiles.	21
Tabla 5- Descripción de variables relacionadas con el consumo de tabaco.	22
Tabla 6- Guion de la entrevista por bloques temáticos y ejemplos de preguntas.	23
Tabla 7- Cronograma Gantt de actividades, paquetes de trabajo y entregables. Tipos de costes asociados al proyecto.	34

Lista de siglas y acrónimos

AA: Abstinente, clase alta (grupo).

AB: Abstinente, clase baja (grupo).

AM: Abstinente, clase media (grupo).

AP: Atención Primaria.

COREQ: *Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research*, criterios consolidados para informar sobre investigación cualitativa.

Ds: *Deliverable*, entregable (producto).

ECAs: Ensayos Clínicos Aleatorizados.

FA: Fumadora, clase Alta (grupo).

FB: Fumadora, clase Baja (grupo).

FM: Fumadora, clase Media (grupo).

HSP: Hospital San Pedro.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

RPCT-C: Recaídas Postparto en Cesión Tabáquica, estudio Cualitativo.

SERIS: Servicio Riojano De Salud.

Ta: *Tasks*, tarea.

WP: *Work Package*, paquete de trabajo.

1. Introducción: antecedentes y contexto actual.

1.1. La problemática del tabaquismo en el embarazo. Efectos en la salud de la madre y el niño, y recomendaciones sanitarias.

Uno de los factores de riesgo más importantes que afectan a la salud reproductiva y obstétrica actualmente es el consumo de tabaco, el cual, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2020¹, es consumido diariamente por el 16.4% de las mujeres españolas mayores de 15 años. En la literatura clínica, se ha documentado extensamente los efectos perjudiciales que ocasiona el tabaco durante el embarazo, causando complicaciones como el aborto espontáneo, pre-emclapsia, rotura prematura de membranas, placenta previa, desprendimiento de placenta o parto pretérmino, entre otros²⁻⁵. Por su parte, el futuro niño también resulta afectado, pudiendo padecer con mayor frecuencia retraso del crecimiento o muerte intrauterina, malformaciones congénitas (labio leporino), bajo peso al nacer y muerte prenatal²⁻⁶. Además, e incluso tras el parto, los hijos de mujeres fumadoras continúan teniendo un riesgo mayor a desarrollar ciertas alteraciones, entre las que se incluyen enfermedades respiratorias (asma, bronquitis, neumonía); trastornos neuroconductuales (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), peor adaptación a la vida extrauterina, el síndrome de abstinencia a la nicotina o el Síndrome de Muerte súbita del Lactante^{2,4,6}. Es preciso señalar también que algunas de estas afecciones (bajo peso o parto pretérmino) tienen consecuencias para toda la vida del niño, traduciéndose así en una mayor probabilidad de presentar enfermedades crónicas en un futuro (obesidad, hipertensión o diabetes tipo II)^{3,5}; aparte de volverse fumadores también⁶. Por último, no hay que olvidar que el tabaco no afecta únicamente a sus consumidores, puesto que se han observado igualmente algunos de estos efectos nocivos en mujeres no fumadoras pero que igualmente estuvieron expuestas al humo ajeno en el hogar (humo de segunda mano)^{2,6}.

Puesto que no se han establecido niveles “seguros” de consumo de tabaco⁵ y que la evidencia sugiere que estos riesgos pueden disminuirse significativamente al dejar de fumar⁷⁻⁹, desde el ámbito sanitario se recomienda a todos los profesionales que atiendan a embarazadas preguntarles si fuman y animarlas a dejarlo^{5,10}. De hecho, se considera que el embarazo constituye un momento “pedagógicamente aprovechable” para dejar de fumar³,

ya que las mujeres pueden verse más motivadas al tener como prioridad principal proteger la salud de sus hijos. Es más, en esta línea, se ha observado que muchas, al enterarse de su embarazo, tienden a dejar de fumar por su cuenta, fenómeno que se conoce como “abandono espontáneo” y que estudios nacionales sitúan en torno al 50% en nuestro país, aunque varían ampliamente entre poblaciones (39.7 – 70.2%)^{9,11-16}. Con todo, no es infrecuente que también algunas de estas mujeres vuelvan a fumar tras el parto, normalmente a los pocos meses después¹⁷.

1.2.Las recaídas en el postparto: magnitud del problema y datos en España. Perfiles de riesgo más habituales.

Conocer el porcentaje exacto de mujeres que recaen en el postparto resulta complejo, a causa de las dificultades metodológicas y la disparidad en las cifras que ofrecen los estudios disponibles. Por ejemplo, un estudio poblacional del Reino Unido¹⁸ las cifró en un 30.3% a los 8-10 meses postparto, mientras que en Holanda¹⁹ se llegó a encontrar un porcentaje muy superior (82.3%) a los 6 meses. Por su parte, un metaanálisis²⁰ de 2016 que utilizó a poblaciones de ensayos clínicos señaló una tasa de recaídas del 43% a los 6 meses, la cual es más similar con lo reportado por otros estudios²¹⁻²⁶. Sin embargo, en el mismo metaanálisis, al contabilizar solo la abstinencia validada bioquímicamente, se encontró nuevamente un porcentaje alto (74%), lo que, en definitiva, refleja la complejidad a la hora de poder cuantificar adecuadamente a esta población.

En cuanto a España, apenas existen estudios que permitan aproximar el número de recaídas que se producen en el postparto. Únicamente, Míguez y Pereira señalaron una tasa del 17.6%²⁷ a los dos meses postparto, dato similar al de otro estudio previo suyo (15.5%)¹⁷. Pese a todo, parece haber cierto consenso en nuestro país al considerar el postparto como un “momento de especial vulnerabilidad”¹⁷, ya que guías de práctica clínica^{28,29} recomiendan valorar el consumo de tabaco en él y ofrecer nuevamente apoyo a la madre para volver a dejarlo.

Con el fin de concretar un perfil de riesgo para estas mujeres, se han realizado varios estudios para identificar factores asociados a las recaídas. De este modo, diferentes

cuestiones obstétricas, psicológicas y sociodemográficas se han señalado como posibles elementos predictores o protectores. Así, estados de ánimo negativos (estrés, ansiedad, depresión)^{17,27} y una menor confianza para permanecer abstinentes²⁵ se han relacionado con una mayor tasa de recaídas, del mismo modo que sucede con un menor nivel educativo^{19,24} y una mayor dependencia a la nicotina²⁷. Adicionalmente, ser madre primeriza²², tener un embarazo planificado o dejar el tabaco antes del embarazo²⁶ parece tener un efecto protector, mientras que la lactancia materna ha sido señalada más frecuentemente como un importante factor pronóstico, encontrándose en muchos estudios^{24,25,30,31} que aquellas mujeres con intención de dar el pecho tenían menor riesgo de volver a fumar que las que no. Por último, otro importante factor a tener en cuenta es la convivencia con una pareja fumadora, la cual se ha relacionado con una mayor dificultad para dejar el tabaco en el embarazo¹⁵ y también, descrito como una posible causa de recaídas postparto^{18,19,23-25}.

1.3. Intervenciones para prevenir las recaídas. Propuestas teóricas y consideraciones.

A nivel de intervenciones, existe cierta incertidumbre a la hora de determinar cuáles son más efectivas para prevenir las recaídas postparto, puesto que la literatura actual muestra resultados contradictorios. Según una revisión de la colaboración Cochrane de 2017³², el asesoramiento sanitario para dejar el tabaco parece ser superior a la atención habitual tanto a corto (menos de 5 meses) como a largo plazo (año y medio); sin embargo, comparaciones con otras intervenciones de menor intensidad muestran resultados inciertos. Esto último incluye también a intervenciones hechas a mujeres que dejaron el tabaco espontáneamente, lo cual es corroborado por otra revisión de la misma colaboración más reciente³³. Pese a todo, el asesoramiento suele ser la intervención más recomendada por las guías de práctica clínica^{28,29}, probablemente debido a su coste-efectividad y mínimos efectos adversos³².

Actualmente, en el campo de la investigación, se han planteado nuevas propuestas para mejorar la abstinencia postparto, algunas de las cuales se centran en los factores anteriormente mencionados. Así, Levine et al.³⁴ han teorizado que intervenciones centradas en el estado de ánimo, el estrés y la preocupación por el peso pueden favorecer la abstinencia, y en un ensayo clínico posterior³⁵, encontraron que aquellas gestantes con

síntomas depresivos se beneficiaban más de esta clase de intervenciones que aquellas que no los tenían. Esto podría indicar la necesidad de personalizar la atención para cada tipo de mujer en función de su estado de ánimo y características personales.

Por otro lado, y dado su papel protector, también se ha sugerido promover la lactancia materna como una nueva estrategia para evitar las recaídas^{30,31}. Con todo, no existen ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) recientes en los que se pruebe que una intervención de promoción a la lactancia se traduzca en un aumento de mujeres que den el pecho y que estas, a su vez, opten por abstenerse de fumar. Además, y según Joseph et al.²¹, fumar no influye en la decisión de dar el pecho de muchas madres, y en todo caso, fumar se ha asociado varias veces con una duración de la lactancia inferior^{36,37} o bien con un mayor uso de leche de fórmula³⁸, probablemente debido a que la nicotina reduce la producción de leche³⁰. Considerando estos datos, es posible que las mujeres necesiten más asesoramiento acerca de los beneficios de la lactancia y los efectos del tabaco en esta, lo cual podría motivarlas a permanecer más tiempo sin fumar. No obstante, no hay ninguna garantía de que esta motivación sea útil a largo plazo y, contrariamente, podría no ser una estrategia adecuada para aquellas que no quieran dar el pecho.

Aparte del estado de ánimo y la lactancia materna, otras propuestas actualmente en investigación son el tratamiento con progesterona y los incentivos económicos. Sobre el primero, y de acuerdo con una revisión de Allen et al.³⁹, la administración de progesterona exógena parece tener efectos protectores a la hora de prevenir recaídas en la población femenina fumadora. Sin embargo, apenas se han llevado a cabo ECAs en mujeres que ya dieron a luz y los pocos que hay disponibles⁴⁰⁻⁴² se han realizado con muestras pequeñas, lo que limitaba su poder para detectar diferencias estadísticamente significativas. Igualmente, la progesterona puede ser una alternativa con bastante potencial, considerando que los fármacos habituales en la cesión tabáquica (bupropión, vareniclina o terapia sustitutiva con nicotina) no están recomendados ni para el embarazo ni la lactancia^{28,43,44}.

En cuanto a los incentivos económicos, dos revisiones de la colaboración Cocharne^{32,45} encontraron en el cese de fumar un efecto positivo tanto en el embarazo como el postparto, manteniéndose este efecto incluso a medio y largo plazo (de 6 meses hasta 2 años tras dar a

luz), pero existen dudas acerca de su comparabilidad con otras intervenciones. Más aún, los incentivos, como intervención, no están exentos de controversias y despiertan opiniones mixtas entre la población^{46,47}. En particular, preocupa que su retirada cause recaídas en sus usuarios, si bien se argumenta que los incentivos son meramente una “ayuda inicial” para afrontar los primeros meses de abstinencia⁴⁵. También, otros problemas que plantean tienen que ver con cuestiones de tipo ético o con la práctica de fraudes y/o abusos. Por ejemplo, algunas personas ven los incentivos como una medida que premia a aquellas personas que “hacen algo dañino para su salud”, mientras que también se argumenta que algunas mujeres podrían aprender a burlar fácilmente los controles de abstinencia⁴⁶. Por último, y según una encuesta del Reino Unido⁴⁷, los incentivos menos aceptados por el público general son aquellos que, curiosamente, se dan tras el parto. Si bien los autores de la encuesta no aportan ninguna explicación a este hecho, probablemente se deba a que los incentivos son percibidos como medidas más “útiles” durante el embarazo, momento donde fumar está especialmente mal visto. De todas formas, más investigación acerca de los beneficios e inconvenientes de los incentivos es necesaria aún por realizar, así como cálculos sobre la efectividad y los costes de cada uno de los diferentes tipos existentes⁴⁸.

1.4. La metodología cualitativa: nueva oportunidad para desarrollar intervenciones.

Pese a la incertidumbre existente, parece bastante claro por parte de la literatura clínica que las recaídas postparto son un fenómeno multicausal, en el que se encuentran involucrados distintos factores fisiológicos, psicológicos y sociales que actúan como un todo. Resulta relevante, por tanto, entender mejor el funcionamiento e interacciones que se dan entre ellos, hecho que ha llevado a la realización de estudios adicionales de tipo cualitativo, principalmente en el entorno anglosajón⁴⁹⁻⁵². En esencia, estos estudios buscaban explorar las percepciones e impresiones de mujeres que recayeron en el posparto, y en su mayoría, terminaron corroborando los resultados ya obtenidos por investigaciones cuantitativas, además de explicar mejor algunas particularidades.

Así, y de entre todos los factores estudiados, los estudios cualitativos señalan fundamentalmente a dos elementos como principales causas de las recaídas postparto: el estrés y el entorno social. El estrés, la razón más citada por mujeres con menos ingresos⁴⁹, se relaciona sobre todo con problemas personales y dificultades a la hora de desempeñar su nuevo rol como madres, de manera que en muchos casos el tabaco suele emplearse como una herramienta que ayuda a manejarlo^{50,53,54}. En cuanto al entorno social, su influencia es más compleja y abarca desde cuestiones relativas a la identidad y creencias propias hasta relaciones interpersonales, destacándose especialmente la pareja^{49-51,53}.

Sobre la identidad y creencias, para muchas mujeres el tabaco formaba una parte esencial de su vida antes del embarazo, y, por tanto, volver a fumar en el postparto puede verse como un intento de recuperar esta identidad previa^{50,53}, más aún cuando la maternidad es experimentada como un cambio vital abrupto⁵¹. Paradójicamente, algunas de estas madres suelen tener también opiniones bastante negativas sobre el tabaquismo en el embarazo y el posparto^{51,52}, pareciendo estar concienciadas sobre los riesgos del tabaco pese a ser ellas mismas fumadoras. Si bien este comportamiento resulta contradictorio, se puede explicar al considerar la presión social que algunas gestantes notan para dejar el tabaco^{51,54}: ante todo, ellas mismas quieren percibirse y ser percibidas como “madres responsables” por los demás, lo que en un primer momento les ayuda a dejarlo pero, posteriormente, una vez dan a luz, ya no sienten presión por permanecer abstinentes. Como resultado, algunas terminan compatibilizando su consumo con el cuidado de los niños a través de medidas que eviten exponerlos directamente al humo⁵². En otras palabras, para estas mujeres, fumar en el posparto es visto como “aceptable” siempre y cuando se tomen medidas de reducción de daños⁵⁰.

Referente al rol de las parejas, en una revisión cualitativa del año 2015⁵⁵ se encontró una narrativa similar a la femenina; esto es, deseos de ser percibidos como “buenos padres”, intentos por reducir el consumo de cigarrillos y medidas para evitar exponer a la embarazada al humo del tabaco. Con todo, a comparación de las mujeres, los hombres poseen algunas diferencias notables en su discurso y comportamiento. Por lo general, perciben fumar como un símbolo de independencia y autonomía; no se sienten tan

presionados como ellas para dejarlo, y también, suelen recibir menos apoyo por parte de los servicios sanitarios^{54,55}. En este sentido, muchas mujeres expresan que les gustaría que los profesionales de salud se interesaran por ellos y les animaran de igual modo a cesar el consumo de tabaco^{50,56}.

En definitiva, la literatura cualitativa ha permitido comprender mejor cómo funcionan varios factores ya conocidos en las recaídas postparto, a la par que descrito algunas de sus interacciones; sin embargo, estos no han sido los únicos descubrimientos hechos por esta metodología. De forma destacada, también se ha reportado que, contrariamente a lo que se podría pensar en un principio, algunas mujeres sí desean dejar de fumar de forma indefinida, no solo por el embarazo^{52,55}, pero la motivación decrece con el tiempo^{26,51}, y en consecuencia, no siempre lo logran. Por tanto, más que inevitables, las recaídas postparto terminan perfilándose como un fenómeno que quizá pueda prevenirse con un mejor apoyo por parte de los servicios sanitarios y, muy en línea con esta premisa, Notley et al.⁵⁶ condujeron una investigación para conocer qué tipo de apoyo desearían obtener estas madres. Entre sus conclusiones, destacaron la necesidad de prepararlas con antelación para el momento del parto, hacer énfasis en los efectos positivos del cese de fumar en la salud del recién nacido, involucrar a las parejas y el entorno social, y en definitiva, personalizar la atención.

2. Justificación, hipótesis de partida y objetivos del proyecto.

2.1. Justificación.

En resumen, tal y como se ha expuesto, fumar no afecta únicamente en el embarazo, sino que también continúa siendo un factor de riesgo importante incluso en la infancia. Es por eso que, desde la Atención Primaria (AP), resulta insuficiente enfocar las intervenciones de cesión tabáquica exclusivamente en el periodo gestacional; por el contrario, el enfoque debería ser más global y tener como objetivo involucrar a todos los miembros de la familia para mantener los hogares libres de humo el mayor tiempo posible. A pesar de que el embarazo constituye una oportunidad clave para motivar a las mujeres y a sus parejas a dejar el tabaco, esta oportunidad termina siendo desperdiciada al no realizar un seguimiento postparto, o bien, al centrar todo el asesoramiento en la mujer e informar solo de los riesgos de fumar en el embarazo, obviando todos los que se producen después y que resultan igual de trascendentales.

Los profesionales sanitarios podemos contribuir a revertir esta situación, aunque falta un enfoque teórico global que ayude a dirigir los esfuerzos. A la luz de los resultados, quizá la mejor opción sea apostar por intervenciones personalizadas, para lo cual sería indispensable caracterizar y conocer adecuadamente la población diana.

Dada la falta de estudios en España, es posible que la metodología cualitativa pueda aportar más datos nuevos que el método cuantitativo, que está más extendido en nuestro país. De este modo, existen varios estudios nacionales¹¹⁻¹⁷ de tipo cuantitativo que señalan posibles factores de riesgo del tabaquismo durante el embarazo, pero apenas se han realizado investigaciones a nivel cualitativo y muchos menos dedicados al tema de las recaídas postparto. Es por eso que el proyecto actual pretende contribuir a disminuir dicho vacío de conocimiento, enfocándose sobre todo en describir vivencias e impresiones personales de mujeres que recayeron en el postparto, de forma similar a como ya lo han hecho estudios internacionales. Este tipo de investigaciones son relevantes porque, como ya se ha mencionado, permiten describir mejor aspectos no detectables por otra metodología, y

también, porque ayudan a averiguar más fácilmente qué tipo de apoyo necesita la población diana; en este caso, las mujeres.

A la hora de querer conceptualizar este apoyo, un importante factor que tener en cuenta es la diversidad que puedan presentar las propias mujeres entre sí. Es previsible que no todas tengan las mismas necesidades, algo evidenciado por la disparidad de factores de riesgo que ya han sido detectados por la bibliografía. Destacablemente, y según puede concluirse, el perfil de riesgo de una fumadora en el postparto corresponde con el de una mujer de menor estatus económico y educativo^{24,27}, lo cual puede explicarse al teorizar que presentan una menor percepción de riesgo sobre el tabaco, o bien sufren mayor estrés a causa de dificultades económicas. Por su parte, aquellas de mayor nivel económico pueden de igual modo experimentar recaídas postparto a causa de otros factores (por ejemplo, la pareja), si bien resulta claro que tendrán motivaciones o necesidades diferentes a las anteriores. Estas realidades deben ser consideradas por los servicios sanitarios, en especial al conceptualizar intervenciones.

En resumen, nuestra hipótesis de trabajo parte de la base de que el periodo postparto es un momento de especial vulnerabilidad para las mujeres, a causa del estrés por sus nuevas responsabilidades como madres y el fin de la motivación principal que supone el embarazo. Conocer de primera mano sus preocupaciones y vivencias podría ayudarnos a entender sus necesidades y, por ende, a diseñar intervenciones más beneficiosas para ellas.

2.2.Objetivos.

A continuación, se enuncian los objetivos principales de esta investigación, los cuales se dividen en “general” y “específicos”:

- General: investigar y comprender el fenómeno de las recaídas postparto.
- Específicos:
 - Describir factores que propician las recaídas, clasificándolos como elementos facilitadores o protectores.

- Recopilar información sobre creencias o percepciones del rol materno, y la influencia del tabaco sobre él.
- Comparar diferencias discursivas a nivel socioeconómico.
- Conceptualizar teóricamente una intervención sanitaria de la que las gestantes hubieran podido beneficiarse.

3. Metodología.

3.1. Tipo de diseño.

Se plantea un estudio cualitativo de tipo exploratorio, enmarcado en el enfoque fenomenológico, que se realizará mediante entrevistas individuales semiestructuradas.

3.2. Sujetos y tamaño muestral.

Este proyecto (RPCT-C) será llevado a cabo en la ciudad de Logroño (La Rioja), donde se intentará reclutar una muestra teórica de madres que dejaron el tabaco al quedarse embarazadas pero que volvieron a fumar en el posparto. Según datos de la última memoria del Servicio Riojano de Salud (SERIS)⁵⁷, en el año 2021 se registraron 1880 partos en el hospital San Pedro (hospital de referencia de la localidad) y, asumiendo una prevalencia de tabaquismo femenino del 16.1%¹ y tasa de abandono espontáneo del 50%, se obtiene un total de 150 mujeres como potencialmente elegibles de entre la población general.

Como base de datos, se usará el registro de gestantes que dieron a luz en el hospital San Pedro (HSP) en el año 2022, y en cuyo informe de alta figuren como “fumadora pregestacional”, o bien tengan “tabaquismo” como antecedente patológico de interés. El contacto inicial se hará preferentemente de forma telefónica, durante el cual se explicará el propósito del estudio y se las invitará a participar tras un cribado inicial. La presentación final de la muestra y el análisis de datos se realizará según las directrices internacionales de la guía COREQ (*Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research*)⁵⁸.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión. Perfiles de las participantes.

Para ser elegibles para el estudio, las mujeres deberán cumplir con una serie de criterios que se valorarán en el cribado telefónico. A continuación, se detallan los mismos:

- **Criterios de inclusión:** se elegirán a mujeres mayores de edad, residentes en Logroño, capaces de leer y hablar español, que fumaban diariamente cualquier

cantidad de cigarrillos antes del embarazo, que dejaron exitosamente de fumar con motivo del mismo, y que estaban abstinentes en el momento del parto.

- **Criterios de exclusión:** se descartarán a mujeres que dejaron de fumar gracias a terapia farmacológica.

La valoración del éxito o no al dejar de fumar por parte de las gestantes se hará preferentemente según figure en el informe de alta. En caso de que no aparezca dicha información, entonces se les preguntará directamente si fumaban el mes anterior al nacimiento del bebé. Aunque se ha reportado que algunas mujeres tienden a ocultar su consumo durante el embarazo¹³, es posible que esta ocultación sea menos frecuente en el postparto, donde pueden sentir menos presión por permanecer sin fumar⁵².

Una vez incluidas en el estudio, las participantes serán clasificadas según unos perfiles demográficos concretos, los cuales se construirán a partir de una variable, el nivel socioeconómico, que será averiguado durante el cribado telefónico inicial. Sus valores posibles, junto con el método a emplear para su cálculo, se pueden consultar en la tabla 1.

Tabla 1- Descripción y valores de la variable nivel socioeconómico.

Nombre	Descripción y valores posibles	
Nivel socioeconómico	Posición social y económica. Se mide de dos maneras: empleo e ingresos por unidad familiar (esta última en caso de desempleo).	
	a) <u>Empleo</u> : adaptado de la clasificación de Román-Galvéz (15), que a su vez usaron las categorías de la Sociedad Española de Epidemiología ⁵⁹ (ver anexo 6.1)	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo (categoría V y VI): valor 0 • Medio (categoría II, III y IV): valor 1 • Alto (categoría I): valor 2
	b) <u>Ingresos</u> : clasificación de la OCDE ⁶⁰ , que tiene en cuenta el nivel de renta media en España por hogar al año (32 216 €) ⁶¹ .	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo (menos de 24 162 €): 0 • Medio (entre 24 162 y 64 432 €): 1 • Alto: (más de 64 432 €): 2

Elaboración propia.

Se ha elegido a la variable nivel socioeconómico para elaborar estos perfiles porque, como ya se ha reportado, el perfil de riesgo de una fumadora en el postparto se corresponde con el de una mujer de menor nivel económico, aparte de que esta variable presenta la ventaja de permanecer estable con el tiempo frente a otras posibles (por ejemplo, el nivel de estrés o el estado civil). De este modo, se constituyen 3 perfiles principales a estudiar, correspondientes al nivel económico bajo, medio y alto, respectivamente. Dado que este trabajo pretende incluir tanto a mujeres que recayeron como que no, se estudiarán, a su vez, estos perfiles para dos grupos principales: fumadoras actuales o con al menos una recaída postparto, y abstinentes hasta el momento de la entrevista (tabla 2).

Tabla 2- Lista definitiva de los perfiles y sus siglas.

Grupo	Números y siglas de los perfiles
Fumadoras actuales o con al menos una recaída (F)	1. Mujeres de clase baja (FB). 2. Mujeres de clase media (FM). 3. Mujeres de clase alta (FA)
Abstinentes (A)	4. Mujeres de clase baja (AB). 5. Mujeres de clase media (AM). 6. Mujeres de clase alta (AA).

Elaboración propia

3.4. Variables de interés. Caracterización de la muestra final.

Una vez seleccionadas las candidatas y clasificadas según perfiles, se les llamará de nuevo para confirmar su participación definitiva en el estudio y se les dará cita para entrevistarlas, en un plazo preferentemente no superior a un mes. Antes de proceder a la entrevista, se les entregará a estas el documento de consentimiento informado y un cuestionario escrito que tendrán que cumplimentar (ver anexos 6.2. y 6.3, respectivamente). En este cuestionario, se las interrogará acerca de diversas variables (demográficas, obstétricas, o de consumo de tabaco) que contabilizarán a efectos descriptivos de la muestra final. A continuación, se describen las mismas junto con sus valores.

3.4.1. Variables sociodemográficas.

Tabla 3- Descripción de variables sociodemográficas.

Nombre	Descripción	Valores posibles
Edad	Número de años cumplidos en el momento del primer contacto	<ul style="list-style-type: none"> Entre 18-24 años: valor 0 De 25 a 34 años: valor 1 Más de 35 años: valor 2
Nacionalidad	País de nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> Española: 0 Extranjera: 1
Convivencia con fumador	Presencia de otros fumadores en la unidad familiar	<ul style="list-style-type: none"> No: valor 0 Sí: valor 1
Estado civil	Situación marital. Por “pareja estable” se entiende a aquella pareja afectiva que, aun no siendo cónyuge, conviva con la mujer y/o colabore con el cuidado del bebé	<ul style="list-style-type: none"> Soltera o divorciada: 0. Casada o con pareja estable: 1

Fuente: propia.

3.4.2. Obstétricas/ infantiles.

Tabla 4- Descripción de variables obstétricas/infantiles.

Nombre	Descripción	Valores posibles
Paridad	Número de partos llevados a término	<ul style="list-style-type: none"> Primípara (1 parto): valor 0. Múltipara (2 o más): valor 1.
Planificación embarazo	Haber planeado y deseado el embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo deseado: 0. No deseado: 1.
Edad del niño	Número de meses cumplidos por el niño en el momento del primer contacto	<ul style="list-style-type: none"> Valor numérico entre 12 a 24 meses.
Semanas totales de gestación	Número de semanas gestacionales desde el momento de la concepción hasta el parto (se consultará en el informe de alta).	<ul style="list-style-type: none"> Valor numérico entre 37 y 42 semanas (posibles valores atípicos).

Lactancia	Dar el pecho al bebé durante al menos un mes completo.	<ul style="list-style-type: none"> • Sí: 0 • No: 1
------------------	--	--

Fuente: propia

3.4.3. Relacionadas con el consumo de tabaco

Tabla 5- Descripción de variables relacionadas con el consumo de tabaco.

Nombre	Descripción	Valores posibles
Estatus de fumadora	Presencia de, al menos, una recaída tras el parto y que haya conducido a un consumo de tabaco regular durante, por lo menos, tres días seguidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Fumadora actual: valor 0. • Abstinente sin recaída: valor 1. • Abstinente con recaída (ha vuelto a dejar de fumar): valor 2.
Consumo diario pre-gestacional	Nº de cigarrillos diarios consumidos antes del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Número natural a partir de 1.
Consumo diario post-parto	Nº de cigarrillos diarios consumidos después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Número natural a partir de 1.
Años de tabaquismo	Nº de años transcurridos desde el inicio del consumo de tabaco.	<ul style="list-style-type: none"> • Número natural partir de 1.

Fuente: propia

3.5. Técnicas de recogida de información: entrevistas semiestructuradas.

Las entrevistas que se realicen a las participantes contarán con un formato semiestructurado y una duración aproximada de 1 hora y media. En esencia, estarán divididas en 4 bloques temáticos que pueden abordarse de manera flexible, aunque se procurará seguir el orden general: expectativas y percepciones de la maternidad durante el embarazo (a), el proceso de cesión tabáquica (b), adaptación a la nueva situación familiar tras el parto (c), y análisis de factores desencadenantes o protectores de recaídas (d, e). Todas las sesiones serán grabadas por el personal encargado y posteriormente transcritas a formato electrónico a mano para su análisis. Ejemplos de preguntas pueden consultarse en la tabla 6.

Tabla 6- Guion de la entrevista por bloques temáticos y ejemplos de preguntas.

<p>A) Expectativas y percepciones de la maternidad en el embarazo</p> <ul style="list-style-type: none">Impresiones al momento de conocer el embarazo. <i>¿Cómo te enteraste de que estabas embarazada? ¿Fue algo que deseabas o fue totalmente imprevisto? ¿Cómo reaccionaste a ello? ¿Cuáles fueron tus pensamientos iniciales?</i>Objetivos y expectativas personales. <i>Una vez decidiste que querías ser madre, ¿cuáles eran tus metas principales? ¿Creías que sería un proceso fácil o difícil? ¿Te sentías mentalmente preparada para ello? ¿Cuáles eran tus mayores preocupaciones y miedos?</i>Apoyo, conocimientos y recursos disponibles. <i>¿Contabas con suficiente apoyo para ser madre? ¿Cuáles creías que serían las mayores dificultades por afrontar? ¿Tenías a alguien que te ayudaría con ello o con el bebé? ¿Cómo definirías tus conocimientos previos sobre la maternidad? ¿Tenías dudas sobre cómo cuidar del bebé? ¿Quién te ayudó aportándote esta información?</i>
<p>B) El proceso de la cesión tabáquica</p> <ul style="list-style-type: none">Decisión y motivos para dejar de fumar. <i>¿Cuándo tuviste claro que debías dejar el tabaco? ¿Qué te motivó a tomar la decisión? ¿Te marcaste como meta permanecer sin fumar solo por el embarazo o por más tiempo? ¿Hubo alguien que te ayudó en esta decisión? ¿Quién fue y cómo contribuyó?</i>Dificultades, apoyos y experiencias previas. <i>¿Qué fue lo más difícil al dejar el tabaco? ¿Cómo experimentaste los síntomas de abstinencia? ¿Tenías confianza en que podrías permanecer sin fumar durante tanto tiempo? ¿Cómo superaste estas dificultades? ¿Buscaste apoyo, ya sea sanitario o no sanitario? ¿Te resultó este apoyo útil? ¿Habías intentado dejar el tabaco antes? ¿Cuál fue la causa del éxito o fracaso de ese intento?</i>Rol de familiares y amigos. <i>Dentro de tu círculo social, ¿había gente que sabía que querías dejar el tabaco? ¿Te ayudaron con ello? ¿Eran fumadores también? De ser así, ¿cambiaron sus hábitos para motivarte?</i>

C) Adaptación a la nueva situación familiar tras el parto

- **Sentimientos inmediatamente después de dar a luz.**

¿Cómo te sentiste al dar a luz? ¿Y al ver al bebé? ¿Sentiste que el todo el proceso recorrido al dejar el tabaco mereció la pena? ¿Por qué sí o por qué no?

- **El momento de la “vuelta a casa” y cambio de perspectivas.**

¿Qué es lo primero que notaste al llegar con el bebé a casa? ¿Te sentiste muy diferente en comparación a cuando estabas embarazada? ¿En qué sentido?

¿Tus expectativas sobre la maternidad cambiaron también? ¿Tenías nuevas metas y/o preocupaciones, o estas seguían siendo las mismas que durante el embarazo?

- **Principales problemas.**

Al afrontar la maternidad, ¿qué te resultó más difícil? ¿Cómo lo solucionaste? ¿Te ayudaron en ello tu pareja, familia o amigos?

¿Alguna vez te sentiste muy sobrecargada a la hora de ser madre? ¿Con qué frecuencia te sentías así? ¿Duró mucho tiempo esta situación? ¿Qué hacías en estos momentos?

- **Craving y tentaciones.**

Tras dar a luz, ¿volviste a pensar en fumar? ¿Experimentaste “cravings”, tentaciones o ganas compulsivas? ¿Cada cuánto te solía suceder esto? ¿Ocurría en algún momento concreto?

D) Recaídas y factores desencadenantes (en caso de que la mujer haya recaído)

- **Motivo de la recaída y sentimientos posteriores.**

¿Cuál dirías que fue la causa principal por la que volviste a fumar? ¿Tenías previsto que esto llegaría a suceder? ¿Por qué sí o por qué no? ¿Crees que se trató de un hecho fortuito, o más bien pensaste que fue inevitable? ¿Qué crees que debería haber pasado para que no hubiese sucedido?

¿Cómo te sentiste después de fumar? ¿Notaste sentimientos positivos (alivio, relajación) o negativos (culpa, decepción)? ¿Cómo interpretaste estos? ¿Influyeron en la siguiente vez que fumaste?

- **Papel del entorno social.**

¿Dirías que tu entorno social (familia, amigos) contribuyó a que volvieras a fumar? ¿En qué medida?

Después de que nació al bebé, las personas fumadoras de tu entorno ¿regresaron a sus hábitos anteriores? ¿Notaste una falta de apoyo para animarte a seguir sin fumar? ¿Qué opinas al respecto?

- **Conciliación con la maternidad.**

¿Cómo te sientes sobre ser “madre” y “fumadora” a la vez? ¿Crees que ambos roles son compatibles? ¿Piensas que fumar ahora puede influir aún en la salud de tu hijo? De ser así, ¿qué te preocupa más?

- **Expectativas actuales y aportación de los servicios sanitarios**

¿Contemplas ahora volver a dejar de fumar? ¿Cómo describirías tu motivación? ¿Crees que necesitarías más apoyo? En este sentido, ¿piensas que los profesionales de salud podríamos ayudarte? ¿Quiénes (médico, matrona, etc.) y de qué manera?

E) Abstinencia y factores protectores (en caso de que la mujer no haya recaído)

- **Sentimientos y motivos implicados.**

¿Cómo te sientes después de seguir sin fumar durante tanto tiempo? ¿A qué atribuyes el éxito de permanecer abstinentes? ¿Influyó el hecho de ser madre y tener al bebé?

- **Creencias personales.**

¿Qué crees que es lo más importante para no recaer? ¿Dirías que se trata de una cuestión personal (fuerza de voluntad, confianza) o también importan otros factores (estrés, entorno social)? ¿De qué manera crees que contribuyen cada uno de estos?

- **Consejos y aportación de los servicios sanitarios**

¿Qué consejo le darías a otras madres que quieran seguir sin fumar pero no tengan suficiente confianza para ello? ¿Crees que desde los servicios sanitarios podríamos ayudarlas? ¿Cómo crees que esta ayuda sería más efectiva?

Fuente: propia.

3.6. Tratamiento y análisis de datos.

Primero, se realizará un análisis descriptivo de la muestra final según todas las variables recogidas, utilizando para ello el programa SPSS Statistics 27. Se calculará el porcentaje total para las variables cualitativas, y para las cuantitativas, la media aritmética y desviación típica en caso de que sigan una distribución normal, y mediana y rangos intercuartílicos en caso de no normalidad. Esto último se comprobará con el test de Kolmogorov-Smirnov, para un nivel de confianza del 95%.

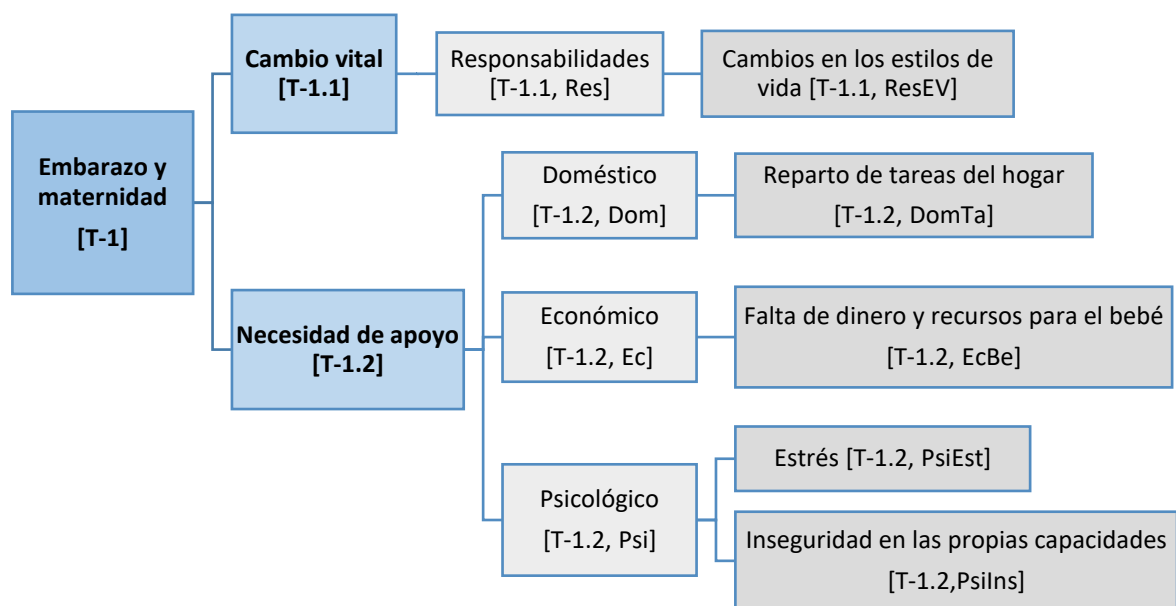
Posteriormente, se procederá al análisis cualitativo de los datos obtenidos mediante las entrevistas, los cuales serán codificados y tratados mediante el programa NVivo. A partir de los códigos generados, que serán consensuados y triangulados por el personal encargado de las entrevistas, se identificará un listado de temas emergentes. Este listado se elaborará

preferentemente de forma teórica, utilizando como base el guion de la entrevista, y se realizará para cada uno de los perfiles demográficos de las participantes, lo que permitirá establecer discrepancias o correlaciones. Para unos temas y categorías concretos (factores de recaída y protectores), estas correlaciones se cuantificarán de forma numérica, mediante cálculo de frecuencias absolutas y relativas, y se comprobará su relación con el test chi-cuadrado (nivel de confianza 95%). Todos los datos serán procesados de forma anónima.

3.6.1. Ejemplo de análisis temático y resultados esperables.

A modo de ejemplo, se presentan aquí varios listados de categorías con sus códigos (ver ilustraciones 1-5). En total, se distinguen 5 temas principales (maternidad y embarazo, tabaquismo, factores de recaída, factores protectores, y servicios sanitarios) que se dividen a su vez en varios subtemas (marcados en negrita), identificados mediante una "T" seguida de un número que indica su posición jerárquica. Por otro lado, también existen otras categorías inferiores, denominadas mediante letras, y que hacen referencia a ideas comunes a las que se pueden referir directamente las participantes (códigos). Así, una mujer fumadora, de 30 años, perteneciente a la clase media, que cite el estrés como su motivo de recaída quedará definida así: *Mujer X, 25-34 años, grupo FM, [T-3.1, Est]*.

Ilustración 1- *Árbol de categorías y códigos del tema "Embarazo y maternidad".*

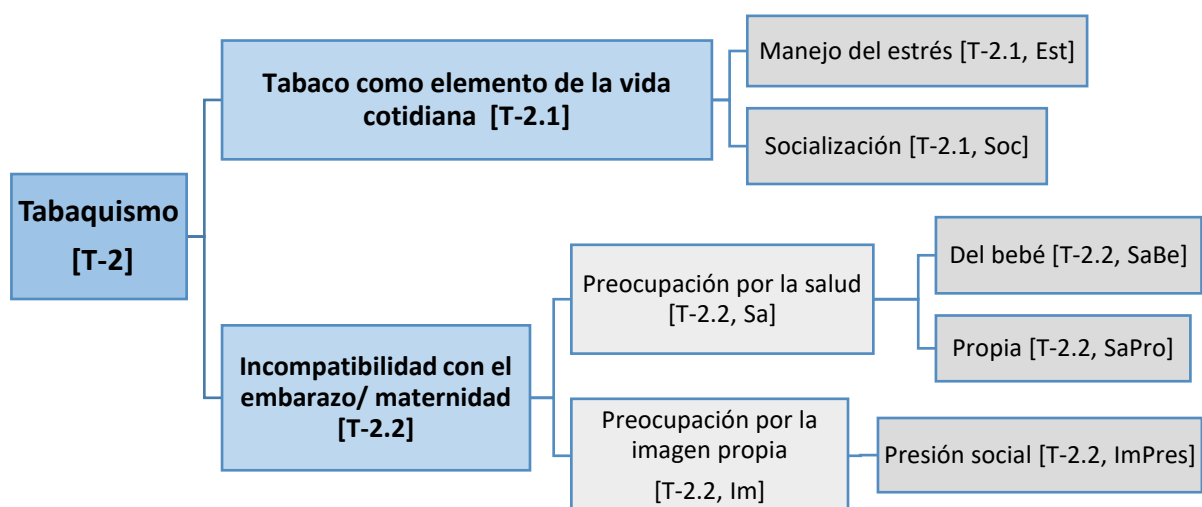


Fuente: propia

En el tema de “Embarazo y maternidad”, se distinguen *a priori* dos posibles líneas de discurso: la maternidad como un cambio vital importante y las necesidades que conlleva, principalmente de apoyo. Sobre el primero, se esperan, por tanto, que aparezcan en los discursos conceptos relacionados con la “madurez” o la “responsabilidad”, y que estos se asocien con modificaciones en los estilos de vida. En cuanto a las necesidades de la maternidad, estas pueden ser amplias y diversos a lo largo del embarazo, pudiendo tratarse de cuestiones domésticas, económicas o psicológicas.

Sobre el tema “Tabaquismo”, es posible que algunas mujeres, cuando se les pregunten por qué volvieron a fumar, centren el discurso en su experiencia previa como fumadoras y el papel del tabaco en sus vidas. Así, pueden aparecer conceptos relacionados con la “socialización” o el “manejo del estrés” (ilustración 2); es decir, el tabaco como un elemento que facilita las relaciones sociales (principalmente, entre fumadores) o una estrategia de afrontamiento ante los momentos difíciles y demandantes de la vida cotidiana (p.ej. la rutina laboral). Asimismo, otra línea de discurso esperable es la incompatibilidad o no del tabaquismo con el rol materno y las preocupaciones que implica. En esencia, esta línea es relevante porque ayuda a determinar la percepción de riesgo de las mujeres, y por tanto, el grado de aceptación a futuras intervenciones de los servicios sanitarios.

Ilustración 2- *Árbol de categorías y códigos del tema “Tabaquismo”.*



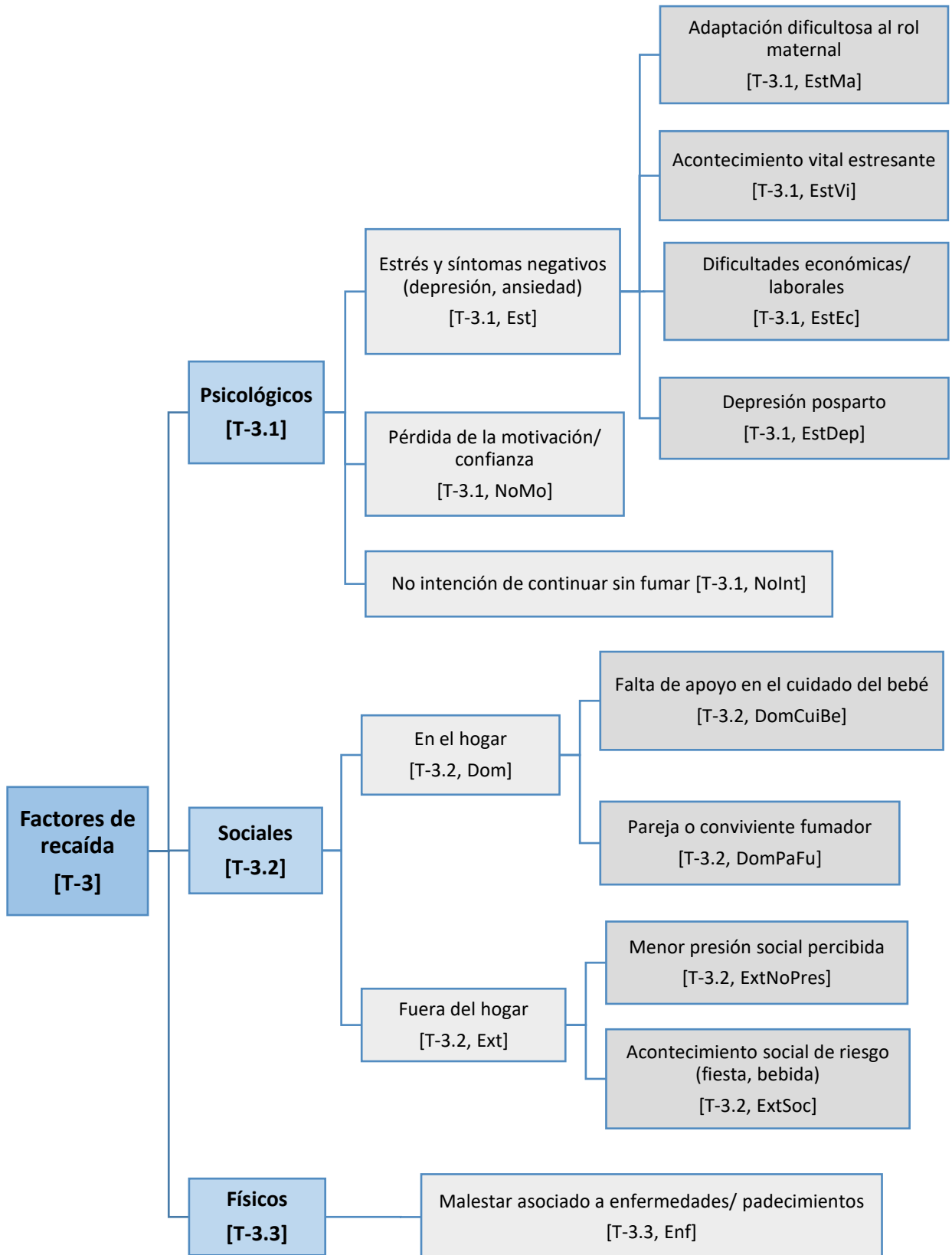
Fuente: propia

Por su parte, el tema de “Factores de recaída” es, probablemente, el más complejo de analizar, dada la heterogeneidad de los distintos factores involucrados. Principalmente, se distinguen, tres dimensiones en las cuales pueden clasificarse estos: aspectos físicos, psicológicos y sociales (ver ilustración 3). A su vez, resulta esperable que aparezca cierta interacción con conceptos ya vistos en temas anteriores (p. ej. la necesidad de apoyo psicológico en la maternidad); del mismo modo, es muy posible que las diferencias de discursos entre las mujeres de estratos económicos se vuelvan más notorias aquí. Así, aquellas con menor nivel económico podrían mencionar con más frecuencia la categoría “dificultades económicas” como motivo principal de recaída en comparación con las mujeres de otros niveles, que podrían decantarse por “acontecimiento social” o “pérdida de motivación”.

Aparte de los “Factores de recaída”, otro de los temas más importantes por analizar son los “Factores protectores” (Ilustración 4), los cuales sirven como comparación principal con el bloque temático anterior. De nuevo, se esperan aquí conceptos relacionados con el bienestar psicológico, motivaciones personales (salud del bebé) y también aspectos sociales (apoyo de la pareja), si bien las diferencias socioeconómicas pueden resultar menos prevalentes en este bloque.

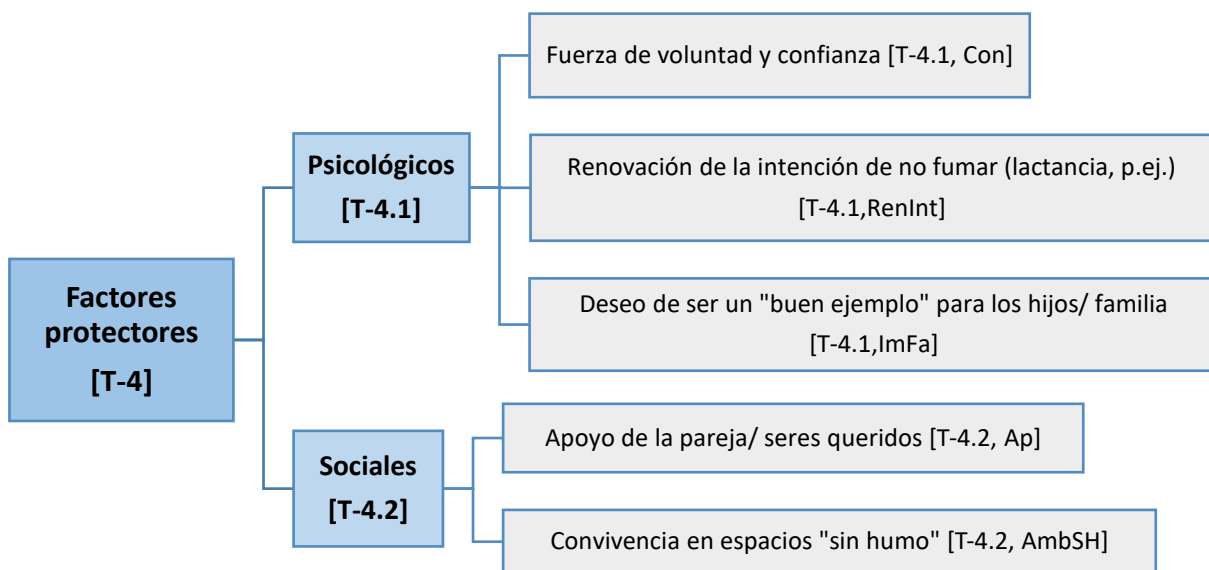
Por último, el tema de “Servicios sanitarios” servirá para describir la relación de las mujeres con ellos y conceptualizar así las necesidades más importantes que tengan (ilustración 5). Gracias a esta información y la ofrecida por las categorías anteriores, se redactará a modo de conclusión una propuesta de intervención sanitaria, la cual se definirá en términos temporales y económicos (es decir, cuánto tiempo y recursos humanos como materiales constaría implementarla). Del mismo modo, esta propuesta deberá reflejar además qué tipo de profesional podría llevarla a cabo más fácilmente en su práctica diaria (matrona, obstetra, médico de familia, etc.).

Ilustración 3- Árbol de categorías y códigos del tema “Factores de recaída”.



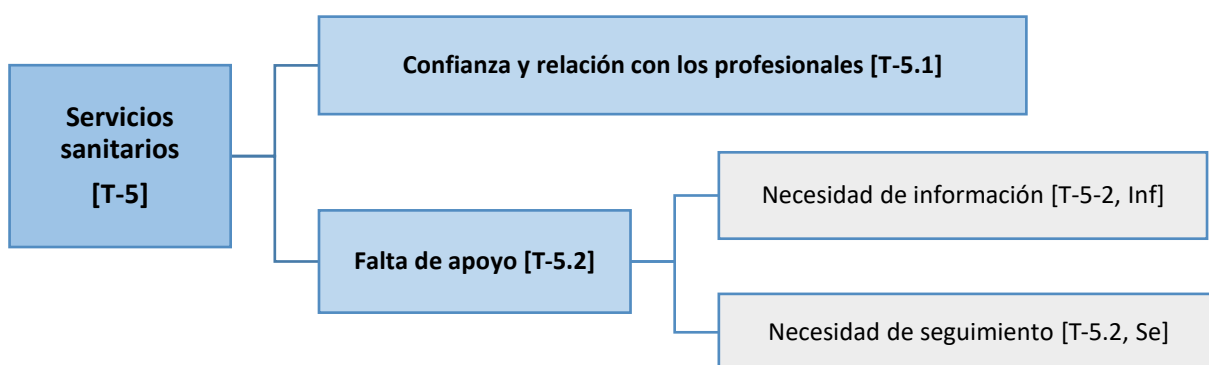
Fuente: propia

Ilustración 4- *Árbol de categorías y códigos del tema “Factores de recaída”.*



Fuente: propia

Ilustración 5- *Árbol de categorías y códigos del tema “Servicios sanitarios”.*



Fuente: propia

3.7. Cronograma de actividades y resumen de las fases totales del estudio

El proyecto (RPCT-C) tendrá una duración de un año y medio, y constará de tres fases principales: el reclutamiento y cribado de participantes, el trabajo de campo con las entrevistas, y el análisis de datos. A lo largo del estudio, estas fases se repetirán consecutivamente en forma de oleadas, durante las cuales se irán reclutando progresivamente a nuevas participantes hasta que el análisis de datos muestre saturación del discurso. Para llevar esto a cabo, será necesario el trabajo de dos equipos de investigación, quienes trabajarán de forma paralela, compartiendo mismas funciones, y que se reunirán cada cinco meses para contrastar los datos hallados hasta el momento. Cuando se produzca una 2ª reunión en la que no se informe de ningún hallazgo nuevo relacionado con las categorías y temáticas de los datos, se considerará que se ha alcanzado la saturación del discurso y, por tanto, el estudio concluirá.

Estos dos equipos (llamados “Y” y “Z”) se repartirán aleatoriamente la muestra de participantes de forma equitativa. De este modo, y retomando la base teórica de 150 candidatas, al considerar un reclutamiento realizado en 3 oleadas se obtiene una muestra de 50 participantes por cada oleada (es decir, 25 participantes por equipo). A efectos de personal, cada equipo estará compuesto por un mínimo de 3 investigadores, quienes se encargarán de reclutar, cribar y entrevistar a las mujeres, procurando asegurar una representación mínima de todos los perfiles demográficos a estudio (mujeres abstinentes o fumadoras, según nivel económico). También, los investigadores deberán trabajar con todas las entrevistas existentes en su equipo, incluidas las que no hayan hecho ellos, con el fin de triangular los datos y aumentar así su validez. Por último, los resultados deberán ser puestos en común por los miembros del equipo al terminar de analizar todas las entrevistas, y tendrán también que lograr el consenso de las categorías de análisis, disponiendo como plazo máximo hasta la semana anterior a la reunión con el otro equipo.

A continuación, se describen de forma cronológica las fases del estudio, denominadas en este contexto como paquetes de trabajo (*Work Packages, WP*), junto con sus tareas asignadas (*Tasks, Ta*) y los productos entregables del trabajo (*Deliverables, Ds*).

1) Reclutamiento y cribado de participantes (WP-1)

Es la primera fase del trabajo. Su objetivo principal es obtener una muestra de participantes suficiente, para lo cual serán necesarias varias tareas. Primeramente, se trabajará el registro de mujeres que dieron a luz en el HSP en el año 2022, obteniendo un listado de potenciales candidatas que se repartirán entre los equipos "Y" y "Z". Posteriormente, cada equipo se encargará de revisar las historias clínicas y contactar por teléfono a las candidatas que cumplan *a priori* los criterios de inclusión. Una vez sean cribadas y consientan su participación en el estudio, se las clasificará según su perfil demográfico y se contactará de nuevo para realizar la entrevista. En total, se calcula que esta fase tendrá una duración aproximada de 1 mes.

Resumen de tareas y entregables:

- Tareas (Ta):
 - Ta 1: Reparto y revisión de historias clínicas.
 - Ta 2: Cribado telefónico.
 - Ta 3: Inclusión definitiva y cita posterior.
- Entregables (Ds): listado definitivo de participantes (Ds 1).

2) Trabajo de campo (WP-2)

Tras conseguir la muestra de participantes, dará comienzo a las siguientes fases del estudio: el trabajo de campo y el análisis de datos, las cuales se desarrollarán paralelamente (es decir, a la par que se van entrevistando a las candidatas, se va haciendo el análisis datos). Las candidatas serán citadas en el HSP para realizar la entrevista, para la que deberán cumplimentar primero el consentimiento informado y el cuestionario. Al finalizar la entrevista, se recordará a las participantes que se les volverá a contactar para contrastar los resultados del estudio. En total, habrá 2 meses para completar esta fase.

Resumen de tareas y entregables:

- Ta 4: entrevista individual.
- Entregables:
 - Cuestionario cumplimentado (Ds 2)
 - Audio de la entrevista (Ds 3)

3) Análisis de datos (WP-3)

Es la fase última fase del proyecto, y también el paquete de trabajo más complejo. Como se ha expuesto, esta fase comenzará a la par que la anterior, empezando primero por la transcripción manual y codificación de las entrevistas. Una vez estas estén analizadas, el equipo dispondrá de un mes extra adicional para triangular los datos y elaborar un informe preliminar con los resultados; posteriormente, se reunirán con el otro equipo para poner en común estos, concluyendo así la primera oleada de reclutamiento. Después, se volverá a la primera fase de reclutamiento y comenzaría de nuevo todo el proceso hasta lograr la saturación del discurso. Al alcanzar esta, se destinará un plazo de tres meses para redactar el informe final del estudio y enviarlo por correo a las participantes, llamándolas al cabo de una semana para contrastar el grado en que las conclusiones del estudio reflejan sus propias experiencias. Una vez hechos los ajustes pertinentes, el estudio habrá concluido y estará listo para su publicación.

Resumen de tareas y entregables:

- Tareas:
 - Ta 5: transcripción manual y codificación de entrevistas
 - Ta 6: análisis temático
 - Ta 7: triangulación de datos
 - Ta 8: reunión entre equipos
 - Ta 9: elaboración de informe final
 - Ta 10: envío del informe a las participantes
 - Ta 11: contacto con participantes y confirmación del manuscrito.
- Entregables:
 - Ds 4: transcripciones de las entrevistas.
 - Ds 5: listado de categorías y agrupaciones temáticas.
 - Ds 6: informe preliminar.
 - Ds 7: informe triangulado por el equipo.
 - Ds 8: informe triangulado por ambos equipos.
 - Ds 9: manuscrito definitivo (contrastado por participantes).

Tabla 7- Cronograma Gantt de actividades, paquetes de trabajo y entregables. Tipos de costes asociados al proyecto.

Fases	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
1º Oleada																		
WP-1																		
Ta 1-3 Ds 1	x																	
WP-2																		
Ta 4 Ds 2 y 3		x	x															
WP-3																		
Ta 5 y 6 Ds 4, 5 y 6		x	x															
Ta 7 Ds 7				x														
Reunión equipos																		
Ta 8 Ds 8					x													
2º Oleada																		
WP-1																		
Ta 1-3 Ds 1						x												
WP-2																		
Ta 4 Ds 2 y 3							x	x										
WP-3																		
Ta 5 y 6 Ds 4, 5 y 6							x	x										
Ta 7 Ds 7									x									
Reunión equipos																		
Ta 8 Ds 8										x								
3º Oleada																		
WP-1																		
Ta 1-3 Ds 1											x							

4. Relevancia y expectativas del proyecto. Fortalezas, limitaciones y conclusiones.

En resumen, el proyecto actual es un estudio amplio que permite acercarse al fenómeno de las recaídas postparto desde un punto de vista cualitativo. Entre otros aspectos, destaca sobre todo por su originalidad, versatilidad y enfoque global. Hasta donde se ha revisado la literatura, en España no existen estudios dedicados a esta temática, razón suficiente para justificar su pertinencia y realización. Cabe añadir que en España el tabaquismo continúa siendo un problema de salud relevante en la actualidad, a juzgar por los datos de la última ENS¹, y lo es incluso más a la hora de considerar su rol en la salud materna, puesto que afecta también a la salud de sus hijos.

En referencia a la versatilidad, este estudio se caracteriza por su estructura relativamente sencilla (similar a la de uno de prevalencia) y no requiere de un gran número de recursos materiales para su consecución, la cual puede hacerse en menos de dos años. También, es destacable su posibilidad de adaptación a otra clase de contextos y realidades sociales (por ejemplo, estudiar el fenómeno en mujeres de ámbito rural), lo que podría ayudar a abrir el camino a nuevas líneas de investigación *a posteriori*.

Por último, el enfoque de global del estudio se basa en su interés por conceptualizar el fenómeno desde una perspectiva holística, considerando especialmente el rol de la maternidad y las implicaciones que tiene en la vida de las mujeres. Estos temas son muy importantes a nivel sanitario para llevar a cabo intervenciones de deshabituación, ya que, como se ha reportado, el embarazo y la salud del bebé son los motivadores principales para dejar el tabaco. Por tanto, trabajar en una línea que fomente su percepción de riesgo, el autocuidado y la salud dentro del hogar es un elemento estratégico de primer orden dentro de la Atención Primaria de Salud para favorecer el cese de fumar.

Por otro lado, existen también una serie de limitaciones a considerar dentro del estudio, siendo las más importantes aquellas relacionadas con el método de reclutamiento muestral, que es un muestreo de conveniencia. Este tipo de muestreo, habitual en estudios

cualitativos, tienen el inconveniente de no ofrecer representatividad de la población de referencia; en otras palabras, es posible que los resultados obtenidos no sean completamente extrapolables a la población general. Con todo, se considera que la originalidad del proyecto permite superar este inconveniente, ya que ante todo continúa teniendo valor como posible marco de referencia de cara a la actuación sanitaria.

Otro tipo de limitación atribuible tiene que ver con el sesgo de deseabilidad social, el cual puede traducirse en una ocultación del consumo de tabaco, especialmente en el embarazo, y que podría reducir el tamaño de la muestra final. Para evitar esto, se priorizará la valoración del cese de fumar mediante informe de alta y no de manera autorreferida, aunque no es posible asegurar la eficacia de la medida para la totalidad de participantes. En cambio, se llevarán a cabo a otras medidas que aumenten la validez de los datos obtenidos, como la triangulación con el personal encargado de las entrevistas y la devolución de los resultados a las participantes.

En conclusión, el presente proyecto es un estudio cualitativo que investiga el fenómeno de las recaídas postparto desde una perspectiva holística, utilizando un número limitado de recursos materiales, y adaptable a otras realidades. Su objetivo principal es contribuir a elaborar una estrategia efectiva que ayude a las mujeres a dejar de fumar, hábito que continúa siendo una causa importante de morbimortalidad en la actualidad.

5. Referencias bibliográficas

1. Encuesta Europea de Salud en España. Determinantes de salud (consumo de tabaco, exposición pasiva al humo de tabaco, alcohol, problemas medioambientales en la vivienda). Portal del Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2020 [citado 2023 Jul 16]. Disponible en:
https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926698156&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
2. Meernik C, Goldstein AO. A critical review of smoking, cessation, relapse and emerging research in pregnancy and post-partum. *Br Med Bull* [Internet]. 2015 [citado 2023 Jul 16];114:135-46. Disponible en:
<https://academic.oup.com/bmb/article/114/1/135/246262?login=false>
3. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [citado 2023 Abr 5]. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/94555>
4. Cárdaba RM, Cárdaba I. Efectos del hábito tabáquico en el ciclo reproductivo de la mujer y en el neonato. *Metas Enferm*. 2016;19(4):62-7.
5. Vivilaki VG, Loukopoulou AN. Abandono del tabaco durante el embarazo y el período de postparto. Recomendaciones basadas en la evidencia científica para el abandono del tabaco en poblaciones de alto riesgo. Atenas: 2017 [citado 2023 Jul 16]. Disponible en:
<https://www.murciasalud.es/archivo.php?id=426859&idsec=1377>
6. Grangé G, Berlin I, Bretelle F, Bertholdt C, Berveiller P, Blanc J, et al. Smoking and smoking cessation in pregnancy. Synthesis of a systematic review. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. 2020 [citado 2023 Jul 16];49(8):101847. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468784720301914?via%3Dihub>
7. Kim, H. H., Monteiro, K., Larson, E., & Derisier, D. M. Effects of Smoking and Smoking Cessation during Pregnancy on Adverse Birth Outcomes in Rhode Island, 2012–2014. *R I Med J*. 2017;100(6):50-2.
8. Ribot B, Isern R, Hernández-Martínez C, Canals J, Aranda N, Arija V. Impacto del tabaquismo, la exposición pasiva al tabaco y el dejar de fumar sobre la salud del recién nacido. *Med Clínica* [Internet]. 2014 [citado 2023 Jul 16];143(2):57-63. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-impacto-del-tabaquismo-exposicion-pasiva-S0025775313007884>
9. Vila Candel R, Soriano-Vidal FJ, Hevilla Cucarella E, Castro-Sánchez E, Martín-Moreno JM. Tobacco use in the third trimester of pregnancy and its relationship to birth weight. A prospective study in Spain. *Women and birth: journal of the Australian College of*

- Midwives [Internet]. 2015 [citado 2023 Jul 16];28(4):134-9. Disponible en: <https://spiral.imperial.ac.uk/handle/10044/1/58518>
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [Internet]. 2014 [citado 2023 jul 16];23-437 Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/0Guiaatembarazo.htm>
 11. Santiago-Pérez MI, Pérez-Ríos M, Malvar A, Hervada X. Consumo de tabaco en el embarazo: prevalencia y factores asociados al mantenimiento del consumo. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 2023 jul 16];93:e201907034. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272019000100092
 12. Blasco-Alonso M, González-Mesa E, Gálvez M, Lozano I, Merino F, Cuenca F, et al. Exposición a tabaco, alcohol y drogas de abuso en gestantes. Estudio de prevalencia en gestantes de Málaga (España). Adicciones [Internet]. 2015 [citado 2023 jul 16];27(2):99. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/695>
 13. Mateos-Vílchez PM, Aranda-Regules JM, Díaz-Alonso G, Mesa-Cruz P, Gil-Barcenilla B, Ramos-Monserrat M, et al. Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo y factores asociados en Andalucía 2007-2012. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2014 [citado 2023 jul 16]; 88(3):369-381. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000300007&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000300007>
 14. Míguez MC, Pereira B. Prevalencia y factores de riesgo del consumo de tabaco en el embarazo temprano. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2018 [citado 2023 jul 16]; 92: e201805029. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100406&lng=es.%20%25C2%25A0Epub%25C2%25A030-Mayo-2018
 15. Román-Gálvez, RM, Amezcua-Prieto, C, Olmedo-Requena, R, Lewis-Mikhael Saad, AM, Martínez-Galiano, JM, Bueno-Cavanillas, A. Partner smoking influences whether mothers quit smoking during pregnancy: a prospective cohort study. BJOG [Internet]. 2018 [citado 2023 jul 16];125:820–827. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.14986>
 16. Vila-Candel R, Navarro-Illana E, Mena-Tudela D, Pérez-Ros P, Castro-Sánchez E, Soriano-Vidal FJ, et al. Influence of Puerperal Health Literacy on Tobacco Use during Pregnancy among Spanish Women: A Transversal Study. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 [citado 2023 jul 16];17(8):2910. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7216153/>
 17. Pereira B, Figueiredo B, Miguel Pinto T, Míguez MC. Tobacco consumption from the 1st trimester of pregnancy to 7 months postpartum: Effects of previous tobacco consumption, and depression and anxiety symptoms. Addict Behav [Internet]. 2022 [citado 2023 jul 16];124:107090. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460321002756?via%3Dihub>

18. Fitzpatrick KE, Gray R, Quigley MA. Women's Longitudinal Patterns of Smoking during the Pre-Conception, Pregnancy and Postnatal Period: Evidence from the UK Infant Feeding Survey. Katoh M, editor. PLoS One [Internet]. 2016 [citado 2023 jul 16];11(4):e0153447. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4844127/>
19. Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Otten R, Engels R, Kleinjan M. Smoking Behavior of Women Before, During, and after Pregnancy: Indicators of Smoking, Quitting, and Relapse. Eur Addict Res [Internet]. 2019 [citado 2023 jul 16];25(3):132-44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6518863/>
20. Jones M, Lewis S, Parrott S, Wormall S, Coleman T. Re-starting smoking in the postpartum period after receiving a smoking cessation intervention: a systematic review: Re-starting smoking in the postpartum. Addiction [Internet]. 2016 [citado 2023 jul 16];111(6):981-90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6680353/>
21. Joseph HM, Emery RL, Bogen DL, Levine MD. The Influence of Smoking on Breast feeding Among Women Who Quit Smoking During Pregnancy. Nicotine Tob Res [Internet]. 2017 [citado 2023 jul 16];19(5):652-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5896553/>
22. Lin CL, Lee TS, Hsu CC, Chen CY, Chao E, Shih SF, et al. Factors associated with postpartum smoking relapse in Taiwan: A trial of Smoker's helpline. Taiwan J Obstet Gynecol [Internet]. 2019 [citado 2023 jul 16];58(5):667-72. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1028455919301706?via%3Dihub>
23. Yasuda T, Ojima T, Nakamura M, Nagai A, Tanaka T, Kondo N, et al. Postpartum smoking relapse among women who quit during pregnancy: Cross-sectional study in Japan: Postpartum smoking relapse in Japanese women. J Obstet Gynaecol Res [Internet]. 2013 [citado 2023 jul 16];39(11):1505-12. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jog.12098>
24. Gilbert NL, Nelson CRM, Greaves L. Smoking Cessation During Pregnancy and Relapse After Childbirth in Canada. J Obstet Gynaecol Can [Internet]. 2015 [citado 2023 jul 16];37(1):32-9. Disponible en: [https://www.ijgc.com/article/S1701-2163\(15\)30360-1/fulltext](https://www.ijgc.com/article/S1701-2163(15)30360-1/fulltext)
25. Simmons VN, Sutton SK, Quinn GP, Meade CD, Brandon TH. Prepartum and Postpartum Predictors of Smoking. Nicotine Tob Res [Internet]. 2014 [citado 2023 jul 16];16(4):461-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3954426/>
26. Cooper S, Orton S, Leonardi-Bee J, Brotherton E, Vanderbloemen L, Bowker K, et al. Smoking and quit attempts during pregnancy and postpartum: a longitudinal UK cohort. BMJ Open [Internet]. 2017 [citado 2023 jul 16];7(11):e018746. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5695489/>

27. Míguez MC, Pereira B. Factors Associated with Smoking Relapse in the Early Postpartum Period: A Prospective Longitudinal Study in Spain. *Matern Child Health J* [Internet]. 2021 [citado 2023 jul 16];25(6):998-1006. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-020-03019-w>
28. Olano-Espinosa E, Matilla-Pardo B, Otero-Requeijo M, Veiga-Rodeiro S, Sender-Alegría L, Esteban-Herrera A. Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. Servicio de Drogodependencias, Dirección General de Salud Pública y Consumo, Consejería de Salud de La Rioja [Internet]. 2010 [citado 2023 jul 16]; 1–40. Disponible en: <https://www.infodrogas.org/tabaco/asistencia-como-y-donde-dejar-de-fumar/guia-de-intervencion-en-tabaquismo-durante-el-embarazo>
29. Martínez F, De Álvaro MA. Guía de intervención breve para evitar el consumo de alcohol y tabaco en mujeres embarazadas. Comisionado Regional para la Droga, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León [Internet, citado 2023 jul 16]. Disponible en: <https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/guia-intervencion-mujeres-embarazadas.html>
30. Issany A, Hore M, Singh L, Israel J, Kocher MG, Wen X. Reciprocal Associations Between Maternal Smoking Cessation and Breastfeeding. *Breastfeed Med* [Internet]. 2022 [citado 2023 jul 16];17(3):226-32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8971983/>
31. Zhang K, Siziba LP, Suo NJ, Rothenbacher D, Genuneit J. Breastfeeding duration is positively associated with decreased smoking relapse in the postpartum period. *Midwifery* [Internet]. 2022 [citado 2023 jul 16];108:103289. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613822000419>
32. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [citado 2023 jul 16];2020(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6472671/>
33. Livingstone-Banks J, Norris E, Hartmann-Boyce J, West R, Jarvis M, Hajek P. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Tobacco Addiction Group, editor. Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 [citado 2023 jul 16]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6372978/>
34. Levine MD, Cheng Y, Marcus MD, Kalarchian MA, Emery RL. Preventing Postpartum Smoking Relapse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2016 [citado 2023 jul 16];176(4):443. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7333234/>
35. Levine MD, Emery RL, Kolko Conlon RP, Marcus MD, Germeroth LJ, Salk RH, et al. Depressive Symptoms Assessed Near the End of Pregnancy Predict Differential Response to Postpartum Smoking Relapse Prevention Intervention. *Ann Behav Med* [Internet]. 2020 [citado 2023 jul 16];54(2):119-24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7170725/>

36. Ariz U, Gutierrez-De-Terán-Moreno G, Fernández-Atutxa A, Montero-Matía R, Mulas-Martín MJ, Benito-Fernández E, et al. Despite intention to breastfeed, smoking during pregnancy is associated with shorter breastfeeding duration. *J Neonatal Nurs* [Internet]. 2023 [citado 2023 jul 16];29(2):334-40. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1355184122001429>
37. Carswell AL, Ward KD, Vander Weg MW, Scarinci IC, Girsch L, Read M, et al. Prospective associations of breastfeeding and smoking cessation among low-income pregnant women. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2018 [citado 2023 jul 16];14(4):e12622. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6865900/>
38. Lechosa C, Paz-Zulueta M, Cornejo del Río E, Mateo S, Sáez de Adana M, Madrazo M, et al. Impact of Maternal Smoking on the Onset of Breastfeeding versus Formula Feeding: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 [citado 2023 jul 16];16(24):4888. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6950614/>
39. Allen A, Mallahan S, Ortega A, Miller H, Saleh A, Bonny AE. Administration of Exogenous Hormones and the Implications for Cigarette Smoking-Related Behaviors. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2020 [citado 2023 Jul 16] ;22(12):70. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-020-01197-6>
40. Allen A, Tosun N, Carlson S, Allen S. Postpartum Changes in Mood and Smoking-Related Symptomatology: An Ecological Momentary Assessment Investigation. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2018 [citado 2023 Jul 16];20(6):681-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5934674/>
41. Allen SS, Allen AM, Lunos S, Tosun N. Progesterone and Postpartum Smoking Relapse: A Pilot Double-Blind Placebo-Controlled Randomized Trial. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2016 [citado 2023 Jul 16];18(11):2145-53. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5055745/>
42. Forray A, Gilstad-Hayden K, Suppries C, Bogen D, Sofuoglu M, Yonkers KA. Progesterone for smoking relapse prevention following delivery: A pilot, randomized, double-blind study. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2017 [citado 2023 Jul 16];86:96-103. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5659923/>
43. Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios. Prospecto Bupropión Cinfa 150 mg comprimidos de liberación modificada EFG. CIMA [Internet]. 2022 [citado 2023 Jul 16]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/81595/FT_81595.html
44. Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios. Ficha técnica Champix 0,5 mg comprimidos recubiertos con película. CIMA [Internet, citado 2023 Jul 16]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/06360001/FT_06360001.html
45. Notley C, Gentry S, Livingstone-Banks J, Bauld L, Perera R, Hartmann-Boyce J. Incentives for smoking cessation. *Cochrane Tobacco Addiction Group*, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 [citado 2023 Jul 16];2019(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6635501/>

46. Thomson G, Morgan H, Crossland N, Bauld L, Dykes F, Hoddinott P, et al. Unintended Consequences of Incentive Provision for Behaviour Change and Maintenance around Childbirth. Van Wouwe J, editor. PLoS One [Internet]. 2014 [citado 2023 Jul 16];9(10):e111322. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4214733/>
47. Hoddinott P, Morgan H, MacLennan G, Sewel K, Thomson G, Bauld L, et al. Public acceptability of financial incentives for smoking cessation in pregnancy and breast feeding: a survey of the British public. BMJ Open [Internet]. 2014 [citado 2023 Jul 16];4(7):e005524-e005524. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4120368>
48. Crossland N, Thomson G, Morgan H, Dombrowski SU, Hoddinott P. Incentives for breastfeeding and for smoking cessation in pregnancy: An exploration of types and meanings. Soc Sci Med [Internet]. 2015 [citado 2023 Jul 16];128:10-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953614008272?via%3Dihub>
49. Correa JB, Simmons VN, Sutton SK, Meltzer LR, Brandon TH. A Content Analysis of Attributions for Resuming Smoking or Maintaining Abstinence in the Post-partum Period. Matern Child Health J [Internet]. 2015 [citado 2023 Jul 16];19(3):664-74. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4284152/>
50. Phillips L, Campbell K, Coleman T, Ussher M, Cooper S, Lewis S, et al. Barriers and Facilitators to Staying Smoke-Free after Having a Baby, a Qualitative Study: Women's Views on Support Needed to Prevent Returning to Smoking Postpartum. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 [citado 2023 Jul 16];18(21):11358. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8583693/>
51. Brown TJ, Bauld L, Hardeman W, Holland R, Naughton F, Orton S, et al. Re-Configuring Identity Postpartum and Sustained Abstinence or Relapse to Tobacco Smoking. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2019 [citado 2023 Jul 16];16(17):3139. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6747523/>
52. Orton S, Coleman T, Lewis S, Cooper S, Jones LL. "I Was a Full Time Proper Smoker": A Qualitative Exploration of Smoking in the Home after Childbirth among Women Who Relapse Postpartum. Daker-White G, editor. PLoS One [Internet]. 2016 [citado 2023 Jul 16];11(6):e0157525. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911111>
53. Notley C, Blyth A, Craig J, Edwards A, Holland R. Postpartum smoking relapse—a thematic synthesis of qualitative studies. Addiction [Internet]. 2015 [citado 2023 Jul 16];110(11):1712-23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26355895/>
54. Kocatas S, Guler N, Sezer RE. The opinions regarding smoking behaviors in the postpartum period of the women who quit smoking during pregnancy: A qualitative study. Perspect Psychiatr Care [Internet]. 2020 [citado 2023 Jul 16];56(1):54-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30891754/>

55. Flemming K, Graham H, McCaughan D, Angus K, Bauld L. The barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women's partners during pregnancy and the postpartum period: a systematic review of qualitative research. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 [citado 2023 Jul 16];15(1):849. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4558795/>
56. Notley C, Brown TJ, Bauld L, Hardeman W, Holland R, Naughton F, et al. Development of a Complex Intervention for the Maintenance of Postpartum Smoking Abstinence: Process for Defining Evidence-Based Intervention. *Int J Environ Res Public Health* [citado 2023 Jul 16]. 2019 [citado 2023 Jul 16];16(11):1968. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6603989/>
57. Gobierno de la Rioja. Memoria del Servicio Riojano de Salud (2021). Portal del Servicio Riojano de Salud [Internet]. 2021 [citado 2023 Jul 16]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/institucion/memorias>
58. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2007 [citado 2023 Jul 16];19(6):349-57. Disponible en: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>
59. Encuesta Europea de Salud en España. Metodología. Portal del Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2020 [citado 2023 Jul 16]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=metodologia&idp=1254735573175
60. OCDE. Governments must act to help struggling middle class. Portal de noticias de la OCDE [Internet]. 2019, [citado 2023 Jul 16]. Disponible en: <https://www.oecd.org/newsroom/governments-must-act-to-help-struggling-middle-class.htm>
61. Encuesta de condiciones de vida. Renta media española por hogar. Portal del Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2022, [citado 2023 Jul 16]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=ultiDatos&idp=1254735976608

6. Anexos

6.1. Clasificación de la clase social según ocupación (SEE).

Ejemplo sacado de la ENS (España)⁵⁹. Debido a la heterogeneidad de las retribuciones en algunas de las profesiones aquí listadas, se ha optado por marcar estas en *cursiva*; de forma que se usará en su lugar la variable “nivel de ingresos” como forma de medida definitiva de la clase social en su caso.

CLASE I - Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias

1. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.	
111	Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos; directivos de la Administración Pública y organizaciones de interés social
112	Directores generales y presidentes ejecutivos
121	Directores de departamentos administrativos
122	Directores comerciales, de publicidad, relaciones públicas y de investigación y desarrollo
131	Directores de producción de explotaciones agropecuarias, forestales y pesqueras, y de industrias manufactureras, de minería, construcción y distribución
132	Directores de servicios de tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) y de empresas de servicios profesionales
211	Médicos
213	Veterinarios
214	Farmacéuticos
215	<i>Otros profesionales de la salud</i>
221	Profesores de universidades y otra enseñanza superior (excepto formación profesional)
223	<i>Profesores de enseñanza secundaria</i> (excepto materias específicas de formación profesional)
241	<i>Físicos, químicos, matemáticos y afines</i>
242	<i>Profesionales en ciencias naturales</i>
243	Ingenieros (excepto ingenieros agrónomos, de montes, eléctricos, electrónicos y TIC)
244	Ingenieros eléctricos, electrónicos y de telecomunicaciones
245	Arquitectos, urbanistas e ingenieros geógrafos
251	Jueces, magistrados, abogados y fiscales
259	<i>Otros profesionales del derecho</i>
261	Especialistas en finanzas
262	Especialistas en organización y administración
265	Otros profesionales de las ventas, la comercialización, la publicidad y las relaciones públicas
271	Analistas y diseñadores de software y multimedia
281	<i>Economistas</i>
282	<i>Sociólogos, historiadores, psicólogos y otros profesionales en ciencias sociales</i>
291	<i>Archivistas, bibliotecarios, conservadores y afines</i>
292	<i>Escritores, periodistas y lingüistas</i>
283	<i>Sacerdotes de las distintas religiones</i>

CLASE II - Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/ as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas	
2. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/ as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.	
141	Directores y gerentes de empresas de alojamiento
142	Directores y gerentes de empresas de restauración
143	Directores y gerentes de empresas de comercio al por mayor y al por menor
150	Directores y gerentes de otras empresas de servicios no clasificados bajo otros epígrafes
212	Profesionales de enfermería y partería
222	Profesores de formación profesional (materias específicas)
224	Profesores de enseñanza primaria
225	Maestros y educadores de enseñanza infantil
231	Profesores y técnicos de educación especial
232	Otros profesores y profesionales de la enseñanza
246	Ingenieros técnicos (excepto agrícolas, forestales, eléctricos, electrónicos y TIC)
247	Ingenieros técnicos en electricidad, electrónica y telecomunicaciones
263	Técnicos de empresas y actividades turísticas
264	Profesionales de ventas técnicas y médicas (excepto las TIC)
248	Arquitectos técnicos, topógrafos y diseñadores
272	Especialistas en bases de datos y en redes informáticas
293	<i>Artistas creativos e interpretativos</i>
311	Delineantes y dibujantes técnicos
315	Profesionales en navegación marítima y aeronáutica
316	Técnicos de control de calidad de las ciencias físicas, químicas y de las ingenierías
333	Profesionales de las terapias alternativas
362	Agentes de aduanas, tributos y afines que trabajan en tareas propias de la Administración Pública
372	Deportistas, entrenadores, instructores de actividades deportivas; monitores de actividades recreativas
373	Técnicos y profesionales de apoyo de actividades culturales, artísticas y culinarias
001	Oficiales y suboficiales de las fuerzas armadas
CLASE III - Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia	
3. Ocupaciones intermedias: asalariados/as de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y de otros servicios.	
331	Técnicos sanitarios de laboratorio, pruebas diagnósticas y prótesis
332	Otros técnicos sanitarios
340	Profesionales de apoyo en finanzas y matemáticas
351	Agentes y representantes comerciales
352	Otros agentes comerciales
353	Agentes inmobiliarios y otros agentes
361	Asistentes administrativos y especializados
363	Técnicos de las fuerzas y cuerpos de seguridad
371	Profesionales de apoyo de servicios jurídicos y sociales
381	Técnicos en operaciones de tecnologías de la información y asistencia al usuario
382	Programadores informáticos
383	Técnicos en grabación audiovisual, radiodifusión y telecomunicaciones
411	Empleados contables y financieros
412	Empleados de registro de materiales, de servicios de apoyo a la producción y al transporte
421	Empleados de bibliotecas y archivos
422	Empleados de servicios de correos, codificadores, correctores y servicios de personal
430	Otros empleados administrativos sin tareas de atención al público
441	Empleados de información al usuario y recepcionistas (excepto de hoteles)
442	Empleados de agencias de viajes, recepcionistas de hoteles y telefonistas/teleoperadores

443	Agentes de encuestas
444	Empleados de ventanilla y afines (excepto taquilleros)
450	Empleados administrativos con tareas de atención al público no clasificados bajo otros epígrafes
582	Trabajadores que atienden a viajeros, guías turísticos y afines
591	Guardias civiles
592	Policías
593	Bomberos
002	Tropa y marinería de las fuerzas armadas
4. Trabajadores/as por cuenta propia	
500	<i>Camareros y cocineros propietarios</i>
530	<i>Comerciantes propietarios de tiendas</i>
584	<i>Trabajadores propietarios de pequeños alojamientos</i>
CLASE IV - Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas	
5. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.	
312	Técnicos de las ciencias físicas, químicas, medioambientales y de las ingenierías
313	Técnicos en control de procesos e instalaciones
314	Técnicos de las ciencias naturales y profesionales auxiliares afines
320	Supervisores de industrias manufactureras, de la construcción y en ingeniería de minas
521	Jefes de sección de tiendas y almacenes
581	Peluqueros y especialistas en tratamientos de estética, bienestar y afines
713	Carpinteros (excepto ebanistas y montadores de estructuras metálicas)
719	Otros trabajadores de las obras estructurales de construcción
721	Escayolistas y aplicadores de revestimientos de pasta y mortero
722	Fontaneros e instaladores de tuberías
723	Pintores, empapeladores y afines
725	Mecánicos-instaladores de refrigeración y climatización
731	Moldeadores, soldadores, chapistas, montadores de estructuras metálicas y trabajadores afines
732	Herreros y trabajadores de la fabricación de herramientas y afines
740	Mecánicos y ajustadores de maquinaria
751	Electricistas de la construcción y afines
752	Otros instaladores y reparadores de equipos eléctricos
753	Instaladores y reparadores de equipos electrónicos y de telecomunicaciones
761	Mecánicos de precisión en metales, ceramistas, vidrieros y artesanos
782	Ebanistas y trabajadores afines
783	Trabajadores del textil, confección, piel, cuero y calzado
789	Pegadores, buceadores, probadores de productos y otros operarios y artesanos diversos
831	Maquinistas de locomotoras y afines
CLASE V - Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as	
6. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as	
511	Cocineros asalariados
512	Camareros asalariados
522	Vendedores en tiendas y almacenes
541	Vendedores en quioscos o en mercadillos
543	Expendedores de gasolineras
549	Otros vendedores
550	Cajeros y taquilleros (excepto bancos)
561	Auxiliares de enfermería
562	Técnicos auxiliares de farmacia , emergencias sanitarias y otros trabajadores de los cuidados a las personas en servicios de salud
571	Trabajadores de los cuidados personales a domicilio (excepto cuidadores de niños)
572	Cuidadores de niños
589	Otros trabajadores de servicios personales

594	Personal de seguridad privado
599	Otros trabajadores de los servicios de protección y seguridad
611	Trabajadores cualificados en actividades agrícolas (excepto en huertas, invernaderos, viveros y jardines)
612	Trabajadores cualificados en huertas, invernaderos, viveros y jardines
620	Trabajadores cualificados en actividades ganaderas (incluidas avícolas, apícolas y similares)
630	Trabajadores cualificados en actividades agropecuarias mixtas
641	Trabajadores cualificados en actividades forestales y del medio natural
642	Trabajadores cualificados en actividades pesqueras y acuicultura
643	Trabajadores cualificados en actividades cinegéticas
711	Trabajadores en hormigón, encofradores, ferrallistas y afines
712	Albañiles, canteros, tronzadores, labrantes y grabadores de piedras
724	Soladores, colocadores de parquet y afines
729	Otros trabajadores de acabado en la construcción, instalaciones (excepto electricistas) y afines
762	Oficiales y operarios de las artes gráficas
770	Trabajadores de la industria de la alimentación, bebidas y tabaco
781	Trabajadores que tratan la madera y afines
811	Operadores en instalaciones de la extracción y explotación de minerales
812	Operadores en instalaciones para el tratamiento de metales
813	Operadores de instalaciones y máquinas de productos químicos, farmacéuticos y materiales fotosensibles
814	Operadores en instalaciones para el tratamiento y transformación de la madera, la fabricación de papel, productos de papel y caucho o materias plásticas
815	Operadores de máquinas para fabricar productos textiles y artículos de piel y de cuero
816	Operadores de máquinas para elaborar productos alimenticios, bebidas y tabaco
817	Operadores de máquinas de lavandería y tintorería
819	Otros operadores de instalaciones y maquinaria fijas
820	Montadores y ensambladores en fábricas
832	Operadores de maquinaria agrícola y forestal móvil
833	Operadores de otras máquinas móviles
841	Conductores de automóviles, taxis y furgonetas
842	Conductores de autobuses y tranvías
843	Conductores de camiones
CLASE VI	
7. Trabajadores/as no cualificados/as	
542	Operadores de telemarketing
583	Supervisores de mantenimiento y limpieza de edificios, conserjes y mayordomos domésticos
834	Marineros de puente, marineros de máquinas y afines
844	Conductores de motocicletas y ciclomotores
910	Empleados domésticos
921	Personal de limpieza de oficinas, hoteles y otros establecimientos similares
922	Limpiadores de vehículos, ventanas y personal de limpieza a mano
931	Ayudantes de cocina
932	Preparadores de comidas rápidas
941	Vendedores callejeros
942	Repartidores de publicidad, limpiabotas y otros trabajadores de oficios callejeros
943	Ordenanzas, mozos de equipaje, repartidores a pie y afines
944	Recogedores de residuos, clasificadores de desechos, barrenderos y afines
949	Otras ocupaciones elementales
951	Peones agrícolas
952	Peones ganaderos
953	Peones agropecuarios
954	Peones de la pesca, la acuicultura, forestales y de la caza
960	Peones de la construcción y de la minería
970	Peones de las industrias manufactureras

981	Peones del transporte, descargadores y afines
982	Reponedores

6.2. Modelo de cuestionario escrito.

ESTUDIO DE RECAÍDAS POSTPARTO EN LA CESIÓN TABÁQUICA (RPCT-C).

ENCUESTA A LA PARTICIPANTE.

Nombre y apellidos:				Edad:	
Ocupación:				Renta anual (si desempleada):	
Dirección:				Código Postal:	
Estado civil:					
Soltera	Pareja estable	Casada	Divorciada	Otros:	
Teléfono:					
Correo electrónico:				Fumadora actual: Sí / NO	

Lea atentamente y responda a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué edad tenías en el momento del embarazo?

2. En total, ¿cuántas veces has dado a luz?

3. ¿Qué edad tiene tu bebé ahora (en meses)?

4. ¿Le diste el pecho el bebé? En caso de que sí, ¿durante cuánto tiempo?

5. ¿A qué edad comenzaste a fumar?

6. De media, ¿cuántos cigarrillos fumabas antes del embarazo al día?

7. Después de dar a luz, ¿volviste a fumar? En caso de que sí, ¿en cuántos meses tras el parto?

8. ¿Cuántos cigarrillos fumas ahora al día? (Si no fumadora, no responder).

9. Aparte de ti, ¿viven otros fumadores en tu casa? ¿Quiénes son?

Muchas gracias por su participación

6.3. Ejemplo de Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL A LA PARTICIPANTE

Título del Programa. Recaídas postparto en la cesión tabáquica: un enfoque cualitativo (RPCT-C).

Investigador principal: Laura Orio Jiménez, enfermera de hospitalización.

Lugar: Hospital San Pedro, Logroño.

Le informamos que ha sido seleccionada para participar en nuestro estudio titulado “las recaídas postparto en la cesión tabáquica: un enfoque cualitativo” (RPCT-C). Nuestro objetivo como investigadores es ayudar a las madres que hayan dejado de fumar en el embarazo pero que hayan vuelto a hacerlo al dar a luz, para lo cual nos ponemos en contacto con Ud. Creemos que sus experiencias, vivencias y percepciones personales pueden ayudarnos a entender qué tipo de apoyo necesitan por parte de los servicios sanitarios, motivo por el que la invitamos formalmente a participar. En todo caso, es nuestro deber informarle que esta participación es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento si así lo desea.

Descripción del estudio

Nuestro estudio se dividirá en dos fases que requerirán su colaboración: la entrevista personal y el contraste de resultados.

La entrevista tendrá una duración de 1 hora y media, y se tratarán diversos temas, entre los que se destacan cuestiones relacionadas con la maternidad, los cambios y dificultades que conlleva, su relación o no con el consumo del tabaco, y el papel del entorno social. Las sesiones serán grabadas y posteriormente transcritas para su análisis posterior.

Sobre el contraste de resultados, meses después de la entrevista le enviaremos una copia del manuscrito final de nuestra investigación y le llamaremos con el fin de saber su opinión. Es importante para nosotros que el documento final refleje adecuadamente las opiniones de

todas nuestras participantes, razón por la que una vez más solicitamos su cooperación. Deberá indicarnos simplemente si está de acuerdo o no con las conclusiones, y qué información cree que podría faltar.

Riesgos/beneficios de su participación.

No existe riesgo alguno por participar en este estudio, tampoco habrá ninguna clase de compensación económica. El único beneficio esperable es el valor social del estudio, y tener así la oportunidad de ayudar a futuras madres que quieran volver a dejar de fumar.

Confidencialidad

Este estudio requiere la recogida de algunos datos personales (edad, datos económicos) y otros relacionados con su salud (historia clínica, antecedentes obstétricos, consumo de tabaco, etc.). La recogida y tratamiento de dichos datos se llevarán a cabo de acuerdo con la legislación aplicable en materia de privacidad. Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar la debida protección de los datos en todo momento, sin violación alguna de la confidencialidad.

Estos datos se procesarán electrónicamente de manera anónima. Según lo establecido por el Reglamento General de Protección de Datos vigente desde mayo de 2018, todos los datos que se recogen son estrictamente confidenciales.

Usted tiene derecho a pedir que le sean desvelados aquellos datos personales mantenidos de forma identificable, así como a solicitar la rectificación de cualquier dato incorrecto o incompleto. La información recogida no incluirá su nombre ni su dirección, ni ningún otro dato que permita su identificación. Todos los registros se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Sólo se recogerán datos anónimos y se procesarán electrónicamente.

Participación voluntaria / Derecho a retirarse del estudio

Usted, de acuerdo con el RGPD mayo 2018 y la ley Orgánica 3/2018, tiene derecho de oposición y cancelación, así como de solicitar la limitación, portabilidad, reclamación y de retirada del consentimiento sobre el uso de sus datos en el momento que así lo decida.

Nombre del participante:

Nombre del investigador:

Firma del participante

He leído y comprendido este consentimiento informado.

La información de este consentimiento informado me ha sido explicada.

Firma del investigador

Fecha