



ORIGINAL

Consideraciones para el diseño e implementación de las intervenciones para la cesación de consumo de tabaco, alcohol y cannabis en el embarazo. Un estudio cualitativo



Andrea Vila-Farinas^a, Mónica Pérez-Ríos^{a,b,c,*}, Agustín Montes-Martínez^{a,b,c}, Yolanda Trinanes-Pego^d, Leonor Varela-Lema^{a,b,c} y Grupo de trabajo Programa TACABAL¹

^a Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España

^c Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, España

^d Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t). Agencia Gallega de Conocimiento en Salud (ACIS), Galicia, España

Recibido el 12 de mayo de 2023; aceptado el 17 de julio de 2023

Disponible en Internet el 11 de agosto de 2023

PALABRAS CLAVE

Mujeres embarazadas;
Consumo de bebidas alcohólicas;
Cese del hábito de fumar;
Trastornos relacionados con sustancias;
Investigación cualitativa

Resumen

Objetivo: Explorar la opinión de distintos actores clave, en relación con los requisitos que deberían cumplir las intervenciones de cesación de consumo de tabaco, alcohol y/o cannabis durante el embarazo para que puedan ser implementadas y resulten aceptables y útiles.

Diseño: Estudio cualitativo con aproximación fenomenológica.

Sitio: Se realizó en España en 2022.

Participantes: Gestores, profesionales sanitarios, embarazadas consumidoras de tabaco, alcohol y/o cannabis y sus parejas también consumidoras.

Métodos: Los datos se recogieron mediante grupos focales y entrevistas en profundidad, hasta alcanzar la saturación del discurso y se transcribieron de manera exacta. Se realizó un análisis exploratorio y codificación abierta inductiva, se fusionaron los códigos en categorías y se identificaron subcategorías.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: monica.perez.rios@usc.es (M. Pérez-Ríos).

¹ Grupo de trabajo Programa TACABAL: Alberto Ruano-Ravina, Patricia Gómez-Salgado, Julia-Rey-Brandariz, Cristina Candal-Pedreira, Miriam Otero-Requeijo, Carmen Miguez-Varela, María Tajés-Alonso, Araceli Valverde-Trillo, Cristina Franco-Antonio, Juan Riesgo-Martín, Mercedes Rey-Arijón, Amalia Isabel Loureiro-Fuentes, Isabel Freiria, María Rodríguez-Pampín, Noa Rey-Torres, Isabel Fernández-Lema, Estrella López-Pardo, Sergio Veiga, Indalecio Carrera y Francisco Otero.

Resultados: Se identificaron cuatro categorías y 18 subcategorías. Los resultados apuntan a que las intervenciones deberían de ser multicomponente. Entre las intervenciones más aceptadas por parte de las mujeres embarazadas y sus parejas, las consultas específicas de cesación, la información, el apoyo de un igual (aunque no precisan de qué manera) y los incentivos económicos. Entre otras opciones a considerar, la cooximetría, propuesta por gestores para obtener un registro objetivo.

Conclusiones: Se extrae que esta intervención debe realizarse a nivel de la atención prenatal realizada en atención primaria. Existen dudas respecto de la frecuencia, fin y seguimiento de esta intervención multicomponente, así como a la posibilidad de incorporar a las parejas.

© 2023 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Pregnant women;
Alcohol drinking;
Smoking cessation;
Substance-related disorders;
Qualitative research

Considerations for the design and implementation of interventions for the cessation of tobacco, alcohol and cannabis use in pregnancy: A qualitative study

Abstract

Objective: To explore the opinion of different key stakeholders regarding the requirements that tobacco, alcohol and/or cannabis cessation interventions should meet to be implemented and to be acceptable and useful during pregnancy.

Design: A qualitative study with phenomenological approach.

Site: The study was conducted in Spain in 2022.

Participants: Decision makers, health professionals, pregnant women using tobacco, alcohol and/or cannabis and their partners who are also users.

Methods: Data were collected through focus groups and in-depth interviews, until discourse saturation was reached and accurately transcribed. Exploratory analysis and inductive open coding were conducted, codes were merged into categories and subcategories were identified.

Results: Four categories and 18 subcategories were identified. The results suggest that interventions should be multicomponent. Among the interventions most accepted by pregnant women and their partners were specific cessation consultations, information, peer support (although they did not specify how) and financial incentives. Among other options to consider, co-oximetry, proposed by managers to obtain an objective register.

Conclusions: The conclusion is that this intervention should be carried out at the level of prenatal care in primary care. There are doubts regarding the frequency, purpose, and follow-up of this multicomponent intervention, as well as the possibility of incorporating couples.

© 2023 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El consumo de tabaco, alcohol y cannabis durante el embarazo se asocia con diversas complicaciones perinatales¹⁻⁵. En el embarazo se estima la prevalencia de consumo de tabaco en 8,1% en Europa y la de alcohol en 25,2%⁶. En España, las prevalencias del consumo de tabaco alcanzan 18%⁶ y la prevalencia del cannabis está en torno a 5%⁷.

Se han diseñado y evaluado múltiples intervenciones dirigidas a la cesación del consumo de tabaco, alcohol y cannabis en el embarazo. Entre las que han mostrado eficacia están la asesoría cara a cara, las líneas telefónicas de ayuda, los mensajes de texto automatizados o los materiales impresos de autoayuda⁸⁻¹⁰. Sin embargo, estas intervenciones no siempre son efectivas cuando se implementan en la práctica rutinaria. Además, se ha visto que una intervención efectiva en un contexto puede no serlo en otro¹¹ e incluso se observan diferencias entre la aceptabilidad en países con un nivel socioeconómico similar¹². Por ello, muchas guías actuales recomiendan que como primer paso para el diseño

de una intervención compleja se deben explorar las experiencias y percepciones de todas las partes interesadas, ya que su visión es esencial para identificar incertidumbres y resolver dudas^{13,14}.

El objetivo de este estudio fue explorar la opinión de distintos actores clave, como son los gestores, profesionales sanitarios, embarazadas y sus parejas en relación con los requisitos que deberían cumplir las intervenciones de cesación de consumo de tabaco, alcohol y cannabis durante el embarazo para que puedan ser implementadas en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y resulten aceptables y útiles.

Métodos

Diseño: estudio cualitativo multicéntrico con una aproximación fenomenológica. Se empleó una metodología que combina grupos focales y entrevistas en profundidad¹⁵. La información se recogió entre junio y septiembre de 2022.

Ámbito del estudio: este trabajo forma parte del proyecto de investigación TACABAL, financiado por la Dele-

gación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas (20211009).

Selección de los participantes: se consideraron tres agentes claves: 1) gestores sanitarios y epidemiólogos con competencias en el ámbito de la prevención o cesación de sustancias adictivas; 2) profesionales de la salud que prestan servicios de cesación en diferentes niveles de atención sanitaria; y 3) embarazadas consumidoras de tabaco, alcohol y/o cannabis y sus parejas también consumidoras. Los gestores y profesionales sanitarios fueron seleccionados por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: ser mayor de 18 años, trabajar en España y tener experiencia reconocida en el ámbito de la cesación de estas sustancias. Se excluyeron participantes que no enviaron el consentimiento informado. Se buscó que hubiese representación de todos los actores implicados en la cesación de estas sustancias en los distintos niveles de atención médica y que estos procediesen de distintas Comunidades Autónomas (CC. AA.). La relación de CC. AA. obedeció a la selección de investigadores. Se incluyeron participantes de Galicia, Cataluña y Extremadura.

Las mujeres embarazadas y sus parejas fueron reclutadas por dos matronas de atención primaria del «*Sistema Galego de Saúde*». Se incluyeron de modo consecutivo, todas aquellas que aceptaron participar y declararon consumir tabaco, alcohol o cannabis.

La muestra final fue determinada por la saturación del discurso.

Procedimiento: se realizaron dos grupos focales, uno con los gestores y otro con los profesionales sanitarios, de una duración aproximada de una hora. Se eligió esta técnica porque posibilita la interacción y fomenta la discusión entre los participantes. En el caso de embarazadas y parejas, con el fin de reducir el sesgo de deseabilidad social, se recogió información mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad de 25 min de duración.

Para el estudio, el equipo investigador desarrolló una guía de tópicos ([tabla Suplementaria 1](#)) y una tarea escrita para favorecer la participación en los grupos y la triangulación de los datos ([figuras Suplementarias 1 y 2](#)). Los resultados ([tablas Suplementarias 2 y 3](#)) se pusieron en común durante la discusión en el grupo focal.

Análisis y triangulación de los datos: los grupos focales se grabaron en audio y se transcribieron de manera exacta. Se empleó una doble estrategia de triangulación, de datos y de investigadores. La triangulación de datos se consiguió a través de la obtención de la perspectiva de los diferentes agentes implicados y mediante la diversidad de procedencia del equipo investigador, que incluyó una psicóloga, una matrona, tres epidemiólogos y un grupo de trabajo conformado por profesionales sanitarios y del ámbito de la gestión de conductas adictivas.

Para el análisis se siguieron los siguientes pasos: 1) transcripción de los datos y lectura superficial del material; 2) análisis exploratorio y codificación abierta inductiva; 3) fusión de códigos similares en categorías; 4) análisis de datos, con distinción en categorías y subcategorías; y 5) elaboración del informe de resultados. Las discrepancias se resolvieron por consenso.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Santiago-Lugo (código de Registro

2021/402) y se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes.

Resultados

Características de los participantes: se incluyeron 25 participantes: ocho en el grupo focal de gestores y nueve en el grupo de profesionales sanitarios. Se realizaron seis entrevistas en profundidad a mujeres embarazadas y dos a parejas de las embarazadas entrevistadas. Las principales características de los participantes del estudio se describen en la [tabla 1](#).

Resultados del análisis temático: se identificaron cuatro categorías y 18 subcategorías. Los resultados fueron suficientes para alcanzar la saturación del discurso. A continuación, se describen los resultados más relevantes para cada una de las categorías.

Categoría 1. Caracterización de la intervención y componentes principales

Tipo de intervención: los profesionales y gestores se muestran a favor de una intervención motivacional breve integrada en la atención prenatal con derivación a consulta específica. En cuanto a las mujeres embarazadas y parejas, algunas expresan dudas de su utilidad.

Necesidad de información: existe unanimidad en cuanto a que solo proporcionar información no es suficiente para la cesación. Se menciona la falta de impacto de los materiales formativos actuales y la ausencia de comunicación de los riesgos reales para el feto.

Uso de mensajes impactantes: algunas mujeres opinan que les serían útiles, pero otras los desaconsejan considerando que solo sirven para culpabilizarlas.

Soporte social: varias mujeres expresan que les gustaría contar con el apoyo de una igual.

Incentivos económicos: son valorados positivamente, aunque se expresan dilemas éticos.

Fármacos: todos los participantes muestran una opinión desfavorable sobre los fármacos para la cesación. Aunque algunas mujeres y parejas refieren que no descartarían su uso si son prescritos por un profesional sanitario.

Cigarrillos electrónicos: ningún participante está a favor de estos para la cesación.

Intervenciones digitales (apps): no se perciben útiles cómo método de intervención, aunque sí como refuerzo.

Cooximetría: dos gestores consideran que el cálculo de la carboxihemoglobina fetal en el momento podría servir para motivar a las embarazadas.

En la [tabla 2](#) se presentan los principales «*verbatim*» para cada una de las subcategorías identificadas dentro de esta categoría

Categoría 2. Ámbito y consideraciones generales de la intervención

Ámbito de la intervención: entre profesionales sanitarios y gestores hay consenso en realizar la intervención en todos los ámbitos con los que la gestante contacte, como los cen-

Tabla 1 Características de los participantes

	Profesionales sanitarios	Gestores	Embarazadas y parejas
N (n total = 25)	9	8	8
Mujeres/hombres	8/1	4/4	6 mujeres embarazadas/2 parejas hombres
Mediana de edad (rango intercuartílico q1-q3)	42 (38-50)	56 (45-62.25)	34,5 (32,5-37,25)
Nivel de estudios	Universitarios	Universitarios	-Mujeres embarazadas: 2 universitarios, 2 secundarios, 2 primarios -Parejas: 2 primarios.
Perfil profesional	-Ginecólogo-obstetra: 2 -Psicólogo: 1 -Farmacéutico:1 -Matrona: 3 (1 matrona de Atención primaria, 1 representante Federación de Asociaciones de Matronas España; 1 representante Asociación Galega de Matronas) -Trabajador social: 1 -Enfermero especialista en Enfermería familiar y comunitaria: 1	-Unidad asistencial de drogodependencias: 2 - Planificación sanitaria: 1 -Prevención de conductas adictivas: 2 -Salud mental: 1 -Prevención y control de tabaquismo: 1 -Epidemiólogo: 1	N/A
Mediana años de experiencia laboral (rango intercuartílico q1-q3)	15 (10-28)	20,5 (20-30)	N/A

tros de salud, hospitales o la farmacia comunitaria, aunque los gestores priorizan la atención primaria.

Formato de la intervención: profesionales y gestores consideran idóneo realizar intervenciones de cesación individuales y presenciales. Algunos profesionales sanitarios proponen posibilitar el formato mixto y grupal, aunque algunos no lo ven viable por la carga asistencial.

Profesionales implicados en la intervención: la mayoría de los profesionales sanitarios y gestores consideran que las intervenciones de cesación deben ser llevadas a cabo por los profesionales que realicen el seguimiento del embarazo: matronas y obstetras. Consideran que todos los profesionales sanitarios que tengan contacto con la mujer podrían ofrecer esta intervención. No hay unanimidad entre las embarazadas y sus parejas sobre qué profesional sería el idóneo.

Implicación de la pareja y perspectiva de género. La mayoría de las embarazadas y parejas, consideran que la implicación de la pareja es importante. Varios profesionales sanitarios consideran que no es realista intervenir sobre las parejas de las embarazadas porque estas no acuden a las consultas.

En la [tabla 3](#) se presentan los principales «*verbatim*» para cada una de las subcategorías identificadas dentro esta categoría.

Categoría 3. Inicio, fin y frecuencia de la intervención

Inicio de la intervención: los profesionales sanitarios coinciden en que lo ideal sería iniciar la intervención de manera preconcepcional y, en el caso de no hacerse, tan pronto como sea posible.

Frecuencia de la intervención: los profesionales expertos en intervenciones para la cesación tabáquica recalcan que la evidencia científica avala citar semanalmente a las embarazadas en el primer momento en que se plantea la cesación. Los profesionales que trabajan en asistencia prenatal apuestan por hacer coincidir la intervención con los controles prenatales.

Seguimiento tras el embarazo: varios profesionales sanitarios y gestores recalcan la necesidad de establecer seguimiento después del embarazo para evitar una recaída en el consumo. Embarazadas y parejas creen que estarían de acuerdo con la frecuencia establecida por los profesionales.

En la [tabla 4](#) se presentan los principales «*verbatim*» para cada una de las subcategorías identificadas dentro de esta categoría.

Tabla 2 Caracterización de la intervención y componentes principales: subcategorías identificadas acompañadas de *verbatim*s

Categoría 1: caracterización de la intervención y componentes principales

Subcategoría 1.1.: Tipo de intervención

Profesional 3: «Tiene que ser algo breve, si esto no funciona es cuando hay que derivarlas a una intervención especializada que realizaremos otros profesionales dedicados a eso ya».

Profesional 4: «Intervención breve y derivar al especialista [...] En la intervención especializada al principio evaluación de historial médico y tabáquico. Proponer un intento serio para que las que están en una fase precontemplativa puedan decidirse a hacer el cambio y trabajar técnicas cognitivo-conductuales».

Profesional 9: «Creo que podríamos hacer una intervención básica y muy corta y luego derivar a una unidad especializada, pero no lo metía en la unidad de drogodependencias, creo que tiene que ser algo independiente, con personal especializado. Aunque nosotras (matronas y obstetras) hagamos una intervención breve tiene que valorarlo personal específicamente capacitado para ello».

Gestor 3: «Preguntarles a todas (las mujeres embarazadas) si fuman o beben alcohol, fuman cannabis... recomendarles dejarlo».

Gestor 6: «¿Cómo pasar del papel a la acción? Es decir, cuando nosotros decimos en la guía de seguimiento del embarazo que hay preguntar, aconsejar y si procede derivar a un programa de seguimiento... Claro, ¿a qué programa de seguimiento las derivamos?, ¿al de dejar el tabaquismo del neumólogo?»

Embarazada 2: «Escogería la consulta específica para dejar de fumar».

Embarazada 4: «Creo una consulta de cesación no me serviría, porque ya me lo dijeron muchas veces y la verdad que salí de allí y fumé igual».

Embarazada 5: «Yo creo una consulta específica no me ayudaría, eso tiene que salir de ti».

Embarazada 6: «Escogería las consultas específicas para dejar de fumar».

Pareja 2: «¿Consultas para dejar de fumar? Bueno en mi vida. A parte que te van a estar todo el rato hablando de fumar, fumar, fumar y lo que estás deseando es que llegue el descanso para ir a fumar el pitillo».

Subcategoría 1.2. Necesidad de información

Profesional 4: «En general la gente está más informada del problema que supone el tabaco que hace unos años».

Profesional 1: «Información tienen mucha información, pero después... yo entiendo que cuesta porque es una adicción, pero informadas están de sobra».

Profesional 6: «Creo que muchas mujeres embarazadas siguen creyendo que por fumar durante el embarazo o tomar una cerveza no pasa nada».

Embarazada 2: «Si realmente es muy peligroso y tal (fumar y beber durante el embarazo), pues contarle [...]. Yo que dentro de lo que cabe he recibido educación, quiero decir que he ido al colegio y a la universidad, y estoy en un entorno de gente de ese nivel socioeconómico. Y aun así, yo no sé qué riesgos tiene. Riesgos reales eh, me refiero».

Pareja 2: «Realmente tampoco se explica nada de los riesgos que hay si la pareja fume o no, solo se explica lo de ella, no se explica si el hombre influye en algo en eso o no. Vamos, a mí nunca me lo explicaron. Ni en la tele, salen campañas contra el tabaco y siempre machacan a la mujer».

Embarazada 1: «Los folletos estos del centro de salud los lees pero los lees y se quedan ahí. No es algo que te impacte».

Pareja 1: «A ver algo sí, algo sí que creo que podría ayudar. Pero tampoco creo que fuera... efectivo al 100%. Porque más información de la que tenemos... no sé de qué manera serviría más información que la que ya tenemos».

Pareja 1: «Yo haría una mezcla con varias, con la de los folletos, al final la información no está de más. La de charlas, reuniones o... no me acuerdo como se llamaban y la *app*. Una mezcla un poco de las tres».

Tabla 2 (continuación)

Subcategoría 1.3.: Mensajes impactantes.	<p>Profesional 4: «Se deberían evitar los mensajes negativos en caso de consumo».</p> <p>Embarazada 1: «Es como la foto esa que viene en el paquete de tabaco. Estás fumando el pitillo y estás viendo que daña el pulmón, que produce esterilidad... Y al final, te metes el pitillo igual en la boca».</p> <p>Embarazada 4: «Me harían sentir culpable pero no me ayudarían a dejar de fumar».</p> <p>Embarazada 5: «Yo creo que (los mensajes impactantes) sí que me podrían servir».</p> <p>Embarazada 3: «Yo creo que sí sirve (los mensajes impactantes), a mí me serviría».</p> <p>Pareja 2: «Yo creo que eso (mensajes impactantes) solo crea sentimiento de culpa y poco más. Porque ya ves las burradas que ponen los paquetes de tabaco y la gente fuma igual».</p>
Subcategoría 1.4.: Soporte social	<p>Embarazada 1: «Me ayudaría saber cómo se sentía, ¿cómo hizo (refiriéndose a otra persona que dejó de fumar) [...] igual ya solo con hablar por teléfono sabes? Y que ella te cuente pues lo que hacía ella para... como lo llevaba ella y lo que hacía cuando se le acordaba el pitillo. O darte estrategias para... que a ver lo que le vale a una... eso puede funcionar pero a veces lo que le vale a una no le vale a otra sabes? Pero igual sí».</p> <p>Embarazada 5: «Sí y no. A ver, si porque siempre sabes la experiencia de otra persona y no porque al final cada mujer, cada embarazo es un mundo entonces...»</p> <p>Embarazada 1: «Escogería el apoyo de una mujer embarazada».</p> <p>Embarazada 4: «Elegiría el apoyo de una mujer embarazada y los fármacos».</p> <p>Pareja 2: «Elegiría el apoyo de otras personas sinceramente».</p>
Subcategoría 1.5.: Incentivos económicos	<p>Gestor 1: «Emplearía incentivos para los profesionales que lleven a cabo esto, que no tienen que ser económicos, puntualizo».</p> <p>Embarazada 2: «Lo que pasa es el tema del dinero, si no fumas ni bebes, ¿también te dan dinero? Porque sería como injusto, o eso pienso yo».</p> <p>Embarazada 4: «A ver, yo por 500 euros sí que me lo pienso, eh, que ahora no estoy fumando tanto».</p> <p>Embarazada 5: «No me servirían (los incentivos económicos), ahora mismo considero mi motivación por el niño por encima de cualquier motivación económica».</p> <p>Embarazada 3: «Escogería mensajes, el dinero y la información. Lo que pasa es que el tema del dinero lo veo injusto».</p> <p>Embarazada 5: «A día de hoy escogería el incentivo económico».</p> <p>Pareja 2: «Hombre eso sería la hostia vaya, todo lo que te paguen, motiva a la gente. Créeme, todo lo que te paguen, suele funcionar con todo».</p> <p>Pareja 1: «Yo creo que no, porque en otros países el tabaco también está más caro que en España, bastante más y la gente lo fuma igual. El tema económico a la gente le importa poco».</p>
Subcategoría 1.6.: Fármacos	<p>Profesional 3: «En este caso el fármaco no debe ser usado en este tipo de paciente. Si se puede evitar durante el embarazo, mejor así».</p> <p>Profesional 4: «Bueno, de los fármacos habría que hablar de cuales si y cuáles no».</p> <p>Embarazada 1: «Mi pareja probó alguna vez los chicles estes de nicotina y tomaba los chicles y fumaba el pitillo. O sea que... no le sirvieron. Yo no los probé».</p> <p>Embarazada 2: «Yo los usaría si un médico me dice que no le afectaría al bebé, claro está».</p> <p>Embarazada 3: «Si fuera por cuenta mía, vería peor un medicamento así más que un pitillo una cerveza».</p> <p>Embarazada 5: «Yo la verdad es que creo que si quieres dejarlo no te hace falta nada de eso (refiriéndose a los fármacos)».</p> <p>Pareja 1: «Me genera muchas dudas. Porque conozco casos de gente que le sirvió, otros que no... bueno supongo que el tema de los fármacos también estará más asociado a la voluntad de cada uno. Yo ya lo intenté y no me sirvieron de nada, igual me faltaba motivación. Yo si ella está de acuerdo y obviamente si se los facilita un profesional sanitario creo que no hay riesgo para el bebé, no los miraría (a los fármacos) con recelo».</p> <p>Pareja 2: «No creo que sirvan y a lo mejor te pueden causar otro efecto. Yo qué sé».</p>

Tabla 2 (continuación)

Subcategoría 1.7.: Cigarrillos electrónicos	<p>Embarazada 2: «Creo que los cigarrillos electrónicos son aún peor que el tabaco normal».</p> <p>Embarazada 4: «Es que a mí realmente lo que me gusta es fumar. Probé los cigarrillos electrónicos, pero no me sacia, no es lo mismo».</p> <p>Embarazada 3: «Los cigarrillos electrónicos me parecen lo mismo que el tabaco».</p> <p>Embarazada 5: «Creo que tienen muchos más químicos de lo que tiene un cigarro normal. Antes de estar embarazada probé primero estos que tienen un poco de nicotina y después solo los que son de sabores, pero... no me sirven para nada».</p> <p>Pareja 2: «Los cigarrillos electrónicos ya los probé y la verdad creo que es una porquería. Creo que aún es peor, porque toso más, me crea flemas... es una barbaridad eso».</p>
Subcategoría 1.8.: Intervenciones digitales (<i>app</i>)	<p>Profesional 4: «A día de hoy no existe ninguna <i>app</i> con evidencia científica suficiente para ser un método utilizado, aunque yo a veces sí las recomiendo. Eso sí, no cualquier <i>app</i>, tiene que ser avalada».</p> <p>Gestor 6: «A lo mejor se puede hacer <i>online</i>, estos programas de soporte <i>web-based</i> de que tú vas marcando cuantos cigarrillos has fumado al día, cuantas copas has tal... y te da como un refuerzo ahí positivo».</p> <p>Embarazada 2: «Bueno, en plan de control de lo que fumas o así. La <i>app</i> conectada con una persona que después evalúe lo que fumaste o lo que no. Pero una <i>app</i> sin nadie detrás no».</p> <p>Embarazada 1: «Para mí no le veo ninguna ventaja a una <i>app</i>. Igual para la gente que le guste esa opción, no tiene que desplazarse o seguramente lo puedes hacer tú en el momento que tú quieras, no tienes que estar pendiente del horario de un grupo».</p> <p>Embarazada 1: «Yo creo que pasaría (de descargársela), yo por ejemplo pasaría. Ahora ya hay otras aplicaciones para controlar lo del embarazo».</p> <p>Embarazada 1: «Creo que una <i>app</i> no me serviría, porque viene siendo algo como lo de los folletos estos informativos pero en una aplicación».</p> <p>Embarazada 4: «Tienes que querer tú, sería como una ayuda, es una ayuda para guiarte, pero yo creo que tiene que estar alguien un poquito encima de ti».</p>
Subcategoría 1.9.: Cooximetría	<p>Gestor 1: «Algo tan sencillo como tener un cooxímetro cuando vas a las visitas rutinarias. El hecho de que te pesen, de que te midan la tensión [...] el cooxímetro podría ayudar a motivar a esas madres, además ahora vienen adaptados para calcular la carboxihemoglobina fetal en el momento [...] yo creo que sería una herramienta factible y no cara. Y el manejo es sencillísimo».</p> <p>Gestor 6: «Sí que es cierto que si te fijas en el programa de seguimiento del embarazo, cuando hace como una especie de ficha de todas las analíticas, vacunas que debe tener la embarazada hecha a lo largo del embarazo. A lo mejor podíamos poner un valor de cooxímetro...»</p>

Categoría 4. Propuestas para la evaluación de la efectividad de la intervención

Profesionales sanitarios y gestores concuerdan en que sería un éxito cualquier tipo de reducción del consumo de tabaco en el embarazo. La mayoría de embarazadas y parejas se darían por satisfechas solo si la cesación fuese completa. No se obtuvieron opiniones al respecto del alcohol y/o cannabis.

En la [tabla 5](#) se presentan los principales «*verbatim*» para cada una de las subcategorías identificadas dentro de esta categoría.

Discusión

Todos los participantes han aportado información parcialmente coincidente y complementaria sobre sus percepciones sobre la utilidad y aceptabilidad de las intervenciones de

cesación del consumo de tabaco, cannabis y alcohol durante el embarazo en España. Se prevé que esta información pueda ser de gran utilidad para el diseño e implementación de una intervención de cesación.

De manera general, embarazadas y parejas consideran útiles las consultas específicas de cesación, la información y el apoyo de un igual. Profesionales sanitarios y gestores abogan por una intervención motivacional breve integrada en la atención prenatal, que permita derivar casos resistentes a unidades especializadas. Esto coincide con las guías nacionales sobre el manejo del consumo de drogas durante el embarazo, que proponen intervenciones de asesoramiento¹⁶, que incluyan la entrevista motivacional breve¹⁷, la estrategia de las 5 As¹⁸ y el consejo breve¹⁹.

La mayoría de embarazadas y parejas creen que la información por sí sola no es suficiente para la cesación. Aunque, al igual que en un estudio previo²⁰, las mujeres denotan una baja percepción de riesgo asociado al consumo

Tabla 3 Ámbito y consideraciones generales de la intervención: subcategorías identificadas acompañadas de *verbatim*s

Categoría 2: ámbito y consideraciones generales de la intervención

Subcategoría 2.1.: Ámbito de la intervención	<p>Profesional 1: «Creo que en todos los ámbitos que toque la paciente se puede aportar algo, tanto primaria como hospital».</p> <p>Gestor 4: «Creo que sería interesante una atención coordinada de salud pública con atención primaria».</p> <p>Gestor 3: «En cuanto a los ámbitos, pues cuántos más consigamos mejor, pero yo de priorizar uno priorizaría el tema de la atención primaria».</p>
Subcategoría 2.2.: Formato de la intervención	<p>Profesional 1: «A mí personalmente lo que más me gusta es una intervención individual y presencial, sé que igual es más idealizado pero bueno».</p> <p>Profesional 8: «Creo que tiene que ser individual y presencial siempre. Sí que es verdad que en función del centro de salud va a haber compañeras matronas que a una mujer le pueden hacer un seguimiento específico para el cese tabáquico cada dos semanas (y soy muy optimista) y otras que no. Entonces las que no igual pueden utilizar más la llamada telefónica, aunque no tenga tanta evidencia científica».</p> <p>Profesional 9: «Creo que, en la actividad grupal prenatal, la matrona puede incidir en el consumo de sustancias, aunque es un poco tarde, a partir de la semana 25 de embarazo, pero no tenemos disponibilidad para hacerlo antes».</p> <p>Gestor 7: «Yo lo real igual te quedas con lo presencial e individual. No lo sé, no sé si hacéis grupos para... el grupo para preparación al parto y tal igual se puede incluir en el grupo. El hacerlo <i>online</i> requiere generar un recurso que cuesta dinero y eso no es tan sencillo... Entonces si puede ser algo más próximo a la gente joven y tal pero ¿se puede hacer? No lo sé».</p> <p>Gestor 5: «Lo ideal si, individual y presencial. Como lo presencial no hay nada. Pero después, lo mixto (<i>online</i> y/o telefónico) tiene la ventaja que quien no pueda venir siempre tiene la opción de acceder a estas intervenciones».</p>
Subcategoría 2.3.: Profesionales implicados en la intervención	<p>Profesional 6: «Si se consiguiese que quién va a llevar el embarazo a esa mujer, matrona y ginecóloga diesen intervenciones breves para el abandono sería lo ideal. Pero, yo creo que es imprescindible meter refuerzos fuera de esa consulta. Bien sean refuerzos a distancia, llamadas telefónicas, <i>app</i>... que tienen poca evidencia pero que pueden servir de refuerzo o refuerzos grupales en mi opinión, al menos una vez por trimestre».</p> <p>Profesional 6: «Las visitas de la matrona y ginecología son visitas aseguradas, sabemos que las mujeres van a acudir a esos controles. Un pequeño porcentaje no va, pero no creo que nos tengamos que centrar en situaciones excepcionales porque la mayor parte de la población acude a todas las visitas».</p> <p>Profesional 4: «El especialista en cesación puede ser el psicólogo, puede ser un médico o enfermero especializado en tabaquismo, un farmacéutico especializado en tabaquismo, cualquiera, a lo que tenga más acceso el paciente».</p> <p>Profesional 2: «El seguimiento lo tenemos que hacer el que esté controlando ese embarazo. Si se lleva en primaria pues la matrona de primaria y el médico de primaria. Si se lleva en hospital pues la tendremos que llevar nosotros (obstetras)».</p> <p>Profesional 5: «Creo que todos los profesionales que tengan contacto con la mujer embarazada debieran de insistir en el abandono de sustancias. Debe ofrecerse a las mujeres los recursos cercanos, la gente que tiene que desplazarse... hay un coste económico, otro día no pueden porque no tienen con quién dejar a los niños...»</p> <p>Gestor 2: «Creo que debería realizarla la matrona. Yo diría psicólogo, pero en este momento no los hay en el centro de salud. Para mí, lo ideal sería que fuera el psicólogo, pero no sería realista, porque hay muy pocos. El trabajador social, si nos centramos en cierto colectivo pues también, pero como ya dijimos no son todos».</p> <p>Gestor 3: «Las matronas... tanto en las visitas individuales que hagan con sus embarazadas, como en las formaciones de preparación al parto es un tema que deben sacar».</p> <p>Gestor 7: «Yo creo que los ginecólogos deberían ser parte del tema, además de atención primaria. Otra cosa es la capacidad que tenga para asumir esto».</p> <p>Gestor 3: «Que la matrona le dé un consejo sanitario, personalizado, no culpabilizador, en sentido positivo... de querer dejar de consumir esa sustancia».</p> <p>Embarazada 3: «Estaría bien que te dieran la opción de poder asistir a charlas o así con un psicólogo [...] Pero con opciones de horarios o así».</p> <p>Embarazada 3: «Creo que estaría bien tener esas consultas con un psicólogo, porque creo que mucho es mental».</p> <p>Embarazada 4: «Creo que en el ginecólogo directamente te debería decir con la revisión que en ese momento no deberías fumar o beber por esas razones».</p> <p>Embarazada 5: «No sé con quién deberían ser esas consultas, gente que te diga que no debes de fumar cuando no ha fumado y es antitabaco pues yo creo que no».</p> <p>Embarazada 6: «Creo que las consultas podrían ser con cualquier profesional sanitario».</p> <p>Pareja 1: «Haría grupos con gente que logró hacerlo (dejar de fumar)».</p>

Tabla 3 (continuación)

Subcategoría 2.4.: Implicación de la pareja y perspectiva de género	<p>Profesional 8: «Yo no contemplo que la intervención sea en las parejas, porque no vienen a las consultas».</p> <p>Profesional 9: «Las parejas van a las ecos y poco más. Antes venían forzados, pero con la pandemia. . .»</p> <p>Gestor 1: «Creo que es fundamental implicar a las parejas y las familias».</p> <p>Gestor 6: «Para el tema de consumo de alcohol y síndrome alcohólico fetal hay que preguntarle a la embarazada y a su pareja. No vamos a poder ser eficaces, creo yo, si en este programa no traemos a la familia a la pareja, a quién sea que acompaña a la embarazada a sus revisiones. Difícilmente creo que una embarazada pueda dejar de fumar, o dejar de consumir cannabis si su pareja sigue consumiendo cannabis».</p> <p>Embarazada 1: «Yo creo que sí que deberían estar las parejas de alguna manera presentes».</p> <p>Embarazada 5: «Creo que si mi pareja dejase de fumar me ayudaría, porque no tendría ese olor en casa, no lo vería encender el pitillo».</p> <p>Pareja 1: «Creo que si yo fumo puede hacer que a ella le apetezca más».</p> <p>Pareja 2: «No creo que influya que yo fume en que ella lo haga. Yo intento no fumar delante de ella, cuando estoy en el trabajo y así».</p> <p>Gestor 6: «A nivel asistencial lo que está digamos más consolidado, que funciona de una forma más intensa o lo que es más conocido a nivel global son los programas liderados desde el ámbito de los servicios de neumología, ¿por qué? Porque estamos atendiendo los problemas relacionados con dejar de fumar del varón y del varón con EPOC, con cáncer... hay como una brecha de cómo se han estructurado los programas de atención. Lo mismo el alcoholismo también, probablemente. . . que están perfilados para el varón».</p>
--	--

de estas sustancias durante el embarazo, lo que podría atribuirse a una falta de información o comunicación inadecuada de la misma. Las mujeres y parejas expresan su preferencia por información no focalizada en aspectos negativos del consumo. En contraposición, otros estudios cualitativos muestran que las embarazadas consideran que el miedo y la culpa por los daños al bebé relacionados con fumar pueden ser especialmente influyentes para la cesación²¹.

Casi todos los participantes consideran importante para la cesación la implicación de la pareja y, estudios previos muestran que las mujeres embarazadas con parejas fumadoras tienen más probabilidad de continuar siendo fumadoras que las que tienen una pareja que no fuma^{22,23}. Gran parte de las embarazadas consideró importante el apoyo de un igual. Esto concuerda con los resultados de algunos otros estudios recientes²⁴, aunque en un metaanálisis realizado en el 2017 estas intervenciones no resultaron efectivas⁸.

Las mujeres embarazadas y parejas también consideraron los incentivos económicos útiles para la cesación. Su efectividad ha sido demostrada en varios estudios sobre tabaco²³ y no se descarta que también puedan ser efectivos para la cesación de consumo de alcohol y cannabis durante el embarazo. Sin embargo, los incentivos presentan dilemas éticos, entre otros motivos, por considerar que puedan ser injustos²⁵.

La mayoría de las embarazadas de nuestro estudio dudaron de la efectividad de los fármacos para dejar de fumar. Esta opinión sobre los fármacos es compartida también en otros países como EE. UU., en donde estudios cualitativos previos muestran que las mujeres embarazadas fumadoras a las que se les receta terapia de reemplazo de nicotina (TRN) no cumplen las pautas y alegan preocupaciones por efectos secundarios no deseados²⁶.

La mayoría de las embarazadas tampoco estaban a favor de emplear cigarrillos electrónicos para la cesación. Esto

contradice otros estudios realizados en Reino Unido^{27,28}, lo que apunta a que las percepciones pueden ser muy contexto-dependientes y ligadas a la información y comunicación de los beneficios y riesgos.

Debido al gran auge digital, se exploró también la percepción de las embarazadas sobre las intervenciones digitales, que han demostrado ser eficaces para el cese de consumo de tabaco y alcohol^{9,10}. Ninguna de las embarazadas las consideró útiles, aunque valoraron la posibilidad de utilizarlas como refuerzo. Este hallazgo es relevante ya que se ha visto que la adherencia de las embarazadas a las intervenciones digitales constituye su principal limitación²⁹.

Los profesionales sanitarios coinciden en la necesidad de iniciar las intervenciones precozmente, y que las consultas deben ser realizadas por los profesionales que hacen el seguimiento de las mujeres embarazadas, coincidiendo controles prenatales. Consideran que esto podría mejorar la adherencia a la intervención. Sin embargo, algunas guías de práctica clínica avalan citar semanalmente a los fumadores en el primer momento en que se plantea la cesación³⁰. No hay estudios científicos que analicen la frecuencia ideal de intervención en alcohol y/o cannabis. En cuanto a los resultados esperados, en líneas generales se aboga por la cesación completa, lo que concuerda con la evidencia científica previa³¹.

La fortaleza principal de este estudio es que aborda de manera conjunta la perspectiva de gestores, profesionales sanitarios, embarazadas y parejas sobre los requisitos que deberían de cumplir las intervenciones de cesación de tabaco, alcohol y cannabis durante el embarazo. Además, el hecho de incluir investigadores de diferentes disciplinas dota de validez concurrente a las categorías y subcategorías establecidas.

La principal limitación de este estudio es la ausencia de embarazadas que declarasen consumir cannabis. Pero, ya que las participantes fueron detectadas y remitidas al

Tabla 4 Inicio, fin y frecuencia de la intervención: subcategorías identificadas acompañadas de *verbatim*s

Categoría 3: inicio, fin y frecuencia de la intervención

Subcategoría 3.1.: Inicio de la intervención	<p>Profesional 1: «Tiene que ser una intervención preconcepcional sin duda».</p> <p>Profesional 2: «Estoy de acuerdo en que tiene que ser antes del embarazo, pero pocas hacen consulta preconcepcional. Conseguir la preconcepcional es lo ideal pero me parece imposible. Creo que tiene que ser un manejo contingente, en cuánto te encuentres a la mujer, aprovecharlo».</p> <p>Profesional 6: «Creo que lo ideal sería preconcepcional pero la realidad es que la mujer acude a la visita cuando está embarazada. Desde una perspectiva realista, creo que la intervención debería empezar en la primera visita del embarazo».</p> <p>Profesional 9: «Yo sería un poco más ilusa y diría que en cualquier momento que una mujer venga a nuestra consulta a lo largo de toda su vida, sugiramos que deje de fumar. Si viene a un asesoramiento anticonceptivo, si viene a una citología, sobre todo si está en edad fértil. Eso siendo muy optimistas, si no en la primera de embarazo».</p> <p>Gestor 2: «Yo ya me voy mucho más atrás porque si no creamos esa consciencia antes, una vez que te quedas embarazada no sé si ya es un poco tarde».</p>
Subcategoría 3.2.: Frecuencia de la intervención	<p>Profesional 4: «El primer mes se debería citar cada semana, en el primer momento, en el momento que te planteas la cesación, lo ideal sería cuatro semanas cuatro visitas. Aunque me estáis diciendo que no es factible por temas de agenda. Una vez al mes seguro».</p> <p>Profesional 8: «Primera consulta de embarazo presencial y a muerte y después consulta de resultados otra vez... y hacerlo coincidir con controles de embarazo y si tiene que haber una intervención con otro profesional que sea por el medio, pero tampoco podemos estar citándolas cada semana».</p> <p>Profesional 6: «Creo que deberían hacerse intervenciones breves en todas y cada una de las visitas llevadas de seguimiento del embarazo».</p> <p>Profesional 9: «Aprovecharía todas las visitas de embarazo para hacer una intervención breve, por el medio podríamos intentar hacer algún tipo de seguimiento telefónico. Algunas matronas estaríamos más limitadas que otras, por cuestión de agenda».</p>
Subcategoría 3.3.: Seguimiento tras el embarazo	<p>Profesional 1: «Creo que el tabaquismo es crónico, que los médicos de primaria deberían hacer seguimiento después [...] Igual se debería establecer con un problema de salud para seguir, igual que cuando le das el alta puerperal pones seguimiento en endocrino por diabetes gestacional, pues seguimiento en primaria por tabaquismo».</p> <p>Profesional 4: «La intervención debería continuar por lo menos cada mes durante el primer año que se deja de fumar, no terminar cuando finaliza el embarazo».</p> <p>Profesional 5: «Creo que hay que hacer un seguimiento para que las mujeres no vuelvan a fumar después del embarazo, nos vienen muchos casos que dejaron de fumar durante el embarazo y a los 15 días volvieron a coger el cigarro».</p> <p>Profesional 6: «Creo que es imprescindible que ese abandono se valore al menos a los 6 meses posparto, porque es verdad que una gran mayoría, una vez finalizada la gestación reinician el consumo».</p> <p>Gestor 1: «Establecer un seguimiento posterior al embarazo es fundamental».</p>

estudio por matronas de atención primaria hasta alcanzar la saturación del discurso, consideramos que estas mujeres podrían ser representativas de las que aceptarían recibir la intervención de cesación, ya que habitualmente las embarazadas suelen ocultar el consumo³². El hecho de recoger información mediante entrevistas en profundidad pudo contribuir a minimizar el sesgo de deseabilidad social y fomentar la participación.

En conclusión, las consideraciones recogidas en el actual trabajo pueden ser críticas para garantizar el éxito de una estrategia de deshabituación de tabaco, alcohol y canna-

bis en mujeres embarazadas a nivel del SNS. Los resultados apuntan a que las intervenciones más viables serían aquellas implementadas por matronas u obstetras en las consultas rutinarias de atención prenatal en atención primaria. Entre las intervenciones más útiles y aceptadas por parte de las mujeres embarazadas y sus parejas, las consultas específicas de cesación, la información, el apoyo de un igual y los incentivos económicos. Entre otras opciones a valorar, la cooximetría, propuesta por gestores para obtener un registro objetivo. Actualmente, y como parte del proyecto TACABAL, está en marcha el diseño de un programa de cesa-

Tabla 5 Propuestas para la evaluación de la efectividad de la intervención: subcategorías identificadas acompañadas de *verbatim*s**Categoría 4:** propuestas para la evaluación de la efectividad de la intervención

Subcategoría 4.1.: Resultados de una intervención de cesación aceptables para profesionales, gestores, embarazadas y parejas	<p>Profesional 3: «Tenemos un abandono espontáneo de 45% [...] con el consejo de dejar de fumar conseguimos 5-10% más. Si después pasamos a la intervención motivacional, la intervención breve sumamos 15-20% más, eso sería un gran éxito. Porque lo que se está haciendo es casi nada».</p> <p>Profesional 4: «En España fuman 1 de cada 5 embarazadas, cualquier dato que baje de eso para mí sería un éxito terrible. Me encantaría».</p> <p>Profesional 6: «Si la mitad de las mujeres embarazadas que empiezan el embarazo fumando lo dejan me parecería eficaz».</p> <p>Profesional 7: «Creo que al menos se debería ofrecer la cesación de tabaco, alcohol o cannabis a todas las embarazadas y al menos, que las que estén motivadas se les acompañe. Que las que quieran, tengan soporte».</p> <p>Profesional 8: «Me centraría más en las más motivadas, si de estas el 80% lo dejan, me quedaría contenta».</p> <p>Profesional 9: «Me daría por satisfecha con el abandono de todas las que realmente quieren dejarlo. A veces la sensación es que te peleas con una pared. En el embarazo las condiciones son diferentes. La motivación es diferente, es cierto. Pero también la culpa, el estrés que asocian al propio consumo, el ocultarlo... es diferente. Creo que aunque nosotros hagamos una intervención breve tiene que valorarlo personal específicamente capacitado para ello».</p> <p>Gestor 3: «Me daría por satisfecho si 80-90% de las embarazadas, en este caso, responden cuándo se les pregunta que todos o la mayoría de los profesionales sanitarios con los que se encuentran les preguntan si utilizan estas sustancias, si les han dado un consejo y si les han ofrecido derivación en el caso de que no hayan podido».</p> <p>Embarazada 1: «Estaría satisfecha si lo dejo por completo, porque es que yo ya fumo muy poquito, hay días que no fumo nada».</p> <p>Pareja 1: «Estaría satisfecho cuando deje de fumar, que al final es el objetivo».</p> <p>Embarazada 2: «Creo que me serviría si lo dejo por completo».</p> <p>Embarazada 6: «Primero tengo que reducir. Yo ahora estoy reduciendo y lo llevo bastante bien».</p> <p>Pareja 2: «Creo que si lo reduces ya es un éxito, pero estaría bien si lo dejes de todo más bien».</p>
---	---

ción multicomponente basado en estos resultados, que se testará en un ensayo clínico piloto.

Lo conocido sobre el tema

- El consumo de tabaco, alcohol y cannabis durante el embarazo es un problema importante de salud pública, que ocasiona múltiples complicaciones materno-fetales.
- La efectividad, aceptabilidad e implementación de las intervenciones de cesación actuales no está clara.

Qué aporta este estudio

- Se explora la opinión de distintos actores clave, en relación con los requisitos que deberían cumplir las intervenciones de cesación de consumo de tabaco, alcohol y/o cannabis durante el embarazo.
- Se extrae que esta intervención de cesación debe realizarse a nivel de la atención prenatal realizada en atención primaria.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Investigación de Santiago-Lugo (código de Registro 2021/402) y se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes.

Financiación

El estudio forma parte del proyecto TACABAL, financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas (2021I009).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.aprim.2023.102732](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102732).

Bibliografía

1. Alverson CJ, Strickland MJ, Gilboa SM, Correa A. Maternal smoking and congenital heart defects in the Baltimore-Washington Infant Study. *Pediatrics*. 2011;127:e647–53, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2010-1399>.
2. Pineles BL, Hsu S, Park E, Samet JM. Systematic Review and Meta-Analyses of Perinatal Death and Maternal Exposure to Tobacco Smoke During Pregnancy. *Am J Epidemiol*. 2016;184:87–97, <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwv301>.
3. Fernandez-Rodriguez B, Gomez AR, Jimenez Moreno BS, de Alba C, Galindo A, Villalain C, et al. Smoking influence on early and late fetal growth. *J Perinat Med*. 2022;50:200–6, <http://dx.doi.org/10.1515/jpm-2021-0226>.
4. Haan E, Sallis HM, Zuccolo L, Labrecque J, Ystrom E, Reichborn-Kjennerud T, et al. Prenatal smoking, alcohol and caffeine exposure and maternal-reported attention deficit hyperactivity disorder symptoms in childhood: triangulation of evidence using negative control and polygenic risk score analyses. *Addiction*. 2022;117:1458–71, <http://dx.doi.org/10.1111/add.15746>.
5. Roncero C, Valriberas-Herrero I, Mezzatesta-Gava M, Villegas JL, Aguilar L, Grau-López L. Cannabis use during pregnancy and its relationship with fetal developmental outcomes and psychiatric disorders. A systematic review. *Reprod Health*. 2020;17:25, <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-020-0880-9>.
6. Lange S, Probst C, Rehm J, Popova S. National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2018;6:e769–76, [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30223-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30223-7).
7. García-Algar O, Vall Combelles O, Puig Sola C, Mur Sierra A, Scaravelli G, Pacifici R, et al. [Prenatal exposure to drugs of abuse using meconium analysis in a low socioeconomic population in Barcelona]. *An Pediatr (Barc)*. 2003 2009;70:151–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2008.08.008>.
8. 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 Database Syst Rev*. 2017;2:CD001055, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001055.pub5>.
9. Oh SS, Moon JY, Chon D, Mita C, Lawrence JA, Park EC, et al. Effectiveness of Digital Interventions for Preventing Alcohol Consumption in Pregnancy: Systematic Review and Meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2022;24:e35554, <http://dx.doi.org/10.2196/35554>.
10. Griffiths SE, Parsons J, Naughton F, Fulton EA, Tombor I, Brown KE. Are digital interventions for smoking cessation in pregnancy effective? A systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev*. 2018;12:333–56, <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-016-0390-6>.
11. Craig P, Di Ruggiero E, Frohlich KL, Mykhalovskiy E, White M, Canadian Institutes of Health Research (CIHR)–National Institute for Health Research (NIHR) Context Guidance Authors Group. Taking account of context in population health intervention research: guidance for producers, users and funders of research. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2018 [consultado 9 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK498645/>
12. Bertin N, Goldzahl L, Bauld L, Hoddinott P, Berlin I. Public acceptability of financial incentives to reward pregnant smokers who quit smoking: a United Kingdom–France comparison. *Eur J Health Econ*. 2018;19:697–708.
13. O’Cathain A, Croot L, Sworn K, Duncan E, Rousseau N, Turner K, et al. Taxonomy of approaches to developing interventions to improve health: a systematic methods overview. *Pilot Feasibility Stud*. 2019;5:41, <http://dx.doi.org/10.1186/s40814-019-0425-6>.
14. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2021;374:n2061, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n2061>.
15. O’Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89:1245–51, <http://dx.doi.org/10.1097/acm.0000000000000388>.
16. Verbiest M, Brakema E, van der Kleij R, Sheals K, Allistone G, Williams S, et al. National guidelines for smoking cessation in primary care: a literature review and evidence analysis. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2017;27:2, <http://dx.doi.org/10.1038/s41533-016-0004-8>.
17. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard P. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;7:CD006936, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd006936.pub4>.
18. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Rockville, MD, U.S.: Department of Health and Human Services. Public Health Service.; 2008.
19. Center for Substance Abuse Treatment. Chapter 2—Brief Interventions in Substance Abuse Treatment. En: *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 34. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1999 [consultado 15 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64942/>
20. Show KL, Phyo AP, Saw S, Zaw KK, Tin TC, Tun NA, et al. Perception of the risk of tobacco use in pregnancy and factors associated with tobacco use in rural areas of Myanmar. *Tob Prev Cessat*. 2019;5:36, <http://dx.doi.org/10.18332/tpc/112719>.
21. Schindler-Ruwisch JM, Leavitt LE, Macherelli LE, Turner MM, Abrams LC. Motivating Smoking Cessation Text Messages: Perspectives from Pregnant Smokers. *Matern Child Health J*. 2018;22:822–9, <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-018-2452-y>.
22. Lamy S, Houivet E, Marret S, Hennart B, Delavenne H, Benichou J, et al. Risk factors associated to tobacco and alcohol use in a large French cohort of pregnant women. *Arch Womens Ment Health*. 2019;22:267–77, <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-018-0892-4>.
23. Soulakova JN, Tang CY, Leonardo SA, Taliatferro LA. Motivational Benefits of Social Support and Behavioural Interventions for Smoking Cessation. *J Smok Cessat*. 2018;13:216–26, <http://dx.doi.org/10.1017/jsc.2017.26>.
24. Fergie L, Coleman T, Ussher M, Cooper S, Campbell KA. Pregnant Smokers’ Experiences and Opinions of Techniques Aimed to Address Barriers and Facilitators to Smoking Cessation: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16:2772, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16152772>.
25. Breunis LJ, Been JV, de Jong-Potjer L, Steegers EA, de Beaufort ID, de Kroon ML, et al. Incentives for Smoking Cessation During Pregnancy: An Ethical Framework. *Nicotine Tob Res*. 2020;22:1553–9, <http://dx.doi.org/10.1093/ntr/ntz231>.
26. Bowker K, Campbell KA, Coleman T, Lewis S, Naughton F, Cooper S. Understanding Pregnant Smokers’ Adherence to Nicotine Replacement Therapy During a Quit Attempt: A Qualitative Study. *Nicotine Tob Res*. 2016;18:906–12, <http://dx.doi.org/10.1093/ntr/ntv205>.
27. Bowker K, Ussher M, Cooper S, Orton S, Coleman T, Campbell KA. Addressing and Overcoming Barriers to E-Cigarette Use for Smoking Cessation in Pregnancy: A Qualitative

- Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:E4823, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17134823>.
28. Ford A, Uny I, Lowes J, Naughton F, Cooper S, Coleman T, et al. A Qualitative Study of Factors Influencing Adherence among Pregnant Women Taking Part in a Trial of E-Cigarettes for Smoking Cessation. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:E430, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18020430>.
29. Tombor I, Beard E, Brown J, Shahab L, Michie S, West R. Randomized factorial experiment of components of the SmokeFree Baby smartphone application to aid smoking cessation in pregnancy. *Transl Behav Med*. 2019;9:583–93, <http://dx.doi.org/10.1093/tbm/iby073>.
30. Moreno Arnedillo JJ, Palmerín García AM. Activación conductual y deshabitación de tabaco y cannabis. Una guía práctica. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Proyecto ÉVICT; 2019 [consultado Ene 2023]. Disponible en: <https://evictproject.org/assets/docs/profesionales/materiales/EVICT-activacion-conductual-2019-v02.pdf>
31. Kumar R, Gould GS. Tobacco Harm Reduction for Women Who Cannot Stop Smoking During Pregnancy-A Viable Option? *JAMA Pediatr*. 2019;173:615–6, <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.0902>.
32. Dietz PM, Homa D, England LJ, Burley K, Tong VT, Dube SR, et al. Estimates of nondisclosure of cigarette smoking among pregnant and nonpregnant women of reproductive age in the United States. *Am J Epidemiol*. 2011;173:355–9, <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwq381>.