



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

# **ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD FRENTE AL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL EMBARAZO**

Autor: Ainara Rivas Olivera

Tutor profesional: Belén Charro Baena

Tutor metodológico: Mónica Terrazo Felipe

Madrid  
Mayo, 2018

Ainara  
Rivas  
Olivera

**ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD FRENTE AL CONSUMO DE  
ALCOHOL EN EL EMBARAZO**



## **Resumen**

Pese a la claridad de las recomendaciones de las guías clínicas actuales, los profesionales de la salud mantienen diferentes actitudes y opiniones sobre el consumo de alcohol durante el embarazo. Los altos porcentajes de consumo de alcohol en la gestación hacen que sea importante abordar esta temática y explorar cómo se está actuando desde los organismos de sanidad pública. Esta investigación contribuye a incrementar el conocimiento sobre las actitudes de los profesionales de la salud respecto al consumo de alcohol durante el embarazo, así como de las dificultades que encuentran para abordar este tema con las gestantes. Se trata de un estudio descriptivo en el que se ha empleado un enfoque metodológico mixto entrevistando a veinticuatro profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid en contacto directo con embarazadas. Este trabajo ha encontrado que las actitudes y opiniones de los participantes son muy diversas; poniendo así de manifiesto la importancia de llevar a cabo una labor preventiva y que los profesionales pregunten e informen de forma rutinaria sobre el consumo de alcohol. Además, se muestra necesario que los profesionales de la salud reciban una mayor formación tanto en las consecuencias y riesgos del consumo de alcohol durante el embarazo, como en habilidades de comunicación con los pacientes

**Palabras clave:** Consumo de alcohol; Embarazo; Profesionales de la salud; Actitudes

## **Abstract**

Despite the clarity of the recommendations of the clinical guidelines, healthcare professionals maintain different attitudes and opinions about alcohol consumption during pregnancy. The high percentages of alcohol consumption during pregnancy make it important to address this issue and explore how public health hospitals act in these cases. This research contributes to increase knowledge about the attitudes of health professionals regarding alcohol consumption during pregnancy, as well as the difficulties they find in approaching this issue with pregnant women. This is a descriptive study in which a mixed methodological approach has been used, interviewing twenty-four health professionals from the Community of Madrid in direct contact with pregnant women. This study has found that the attitudes and opinions of the participants about alcohol consumption are very diverse; this highlights the importance of carrying out preventive work and that professionals ask and report routinely on alcohol consumption. In addition, it is necessary that health professionals receive more training in the consequences and risks of alcohol consumption during pregnancy, as well as in communication skills with their patients.

**Keywords:** Alcohol consumption; Pregnancy; Healthcare professionals; Attitudes

## **INTRODUCCIÓN**

El consumo de alcohol durante el embarazo representa un importante peligro para el feto, debido a que afecta gravemente a su desarrollo y crecimiento. Actualmente, las guías clínicas recomiendan la abstinencia total del alcohol durante el embarazo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). Esto es así debido a que los estudios hasta la fecha no muestran cuál es la cantidad de alcohol que se puede ingerir durante el embarazo manteniendo la seguridad para la madre y, especialmente, para el feto.

Con los años, la proporción de mujeres que consumen alcohol ha ido aumentando progresivamente (OMS, 2014). El consumo de alcohol durante el embarazo, y el consiguiente peligro que supone para el desarrollo del feto, se ha convertido en un motivo de preocupación para la salud pública debido a que, al menos, la mitad de los embarazos son no planificados; esto implica que, desde que se produce la concepción, hasta que la mujer se da cuenta de que está embarazada, hay un alto riesgo de que el feto se vea expuesto al alcohol de forma no intencionada.

### **Fundamentos teóricos.**

#### **A) Alcohol.**

El alcohol es la droga más antigua de las conocidas. De hecho, ha sido bien considerado durante mucho tiempo, llegando a ser incluso un medicamento que se prescribía. Se define bebida alcohólica como aquella que contiene alcohol, es decir, su sustancia básica es el etanol o alcohol etílico (Alfonso e Ibañez, 1992).

El alcohol es considerado como una droga depresora del sistema nervioso central; en pequeñas dosis desinhibe la actividad cortical disminuyendo así la ansiedad y provocando un estado de excitación, también estimula el aparato respiratorio. Al aumentar la dosis aparece la acción depresora del alcohol sobre las neuronas corticales, lo que desemboca en una disminución tanto del nivel de conciencia como de la coordinación motriz, también aparece un efecto analgésico, vasodilatación (aunque no altera la presión arterial), irritación de la mucosa gástrica, etc. En dosis aun mayores se puede llegar a producir el coma o incluso la muerte debido a la depresión respiratoria (Alfonso e Ibañez, 1992).

Al ser el alcohol una sustancia hidrosoluble, se absorbe muy bien y pasa rápidamente las membranas celulares (Repetto, 1995, capítulo 11), encontrándose a los cinco minutos en la sangre (con variaciones en cuanto a la persona, la cantidad y el patrón de consumo). Las tasas de alcohol comienzan a aumentar a los cinco minutos y tiene una curva creciente en sangre hasta los 30 o 90 minutos para, a partir de ese momento, descender paulatinamente (Alfonso e Ibañez, 1992).

El alcohol se metaboliza principalmente en el hígado mediante procesos de oxidación (Aragón, Miquel, Correa y Sanchís-Segura, 2002); el metabolismo del etanol tiene lugar de la siguiente forma: La primera fase

tiene lugar mediante tres vías: la vía ADH (la enzima alcohol-deshidrogenasa produce la oxidación del etanol a acetaldehído), así como las vías del SMEO y las catalasas (también son vías de oxidación). En la segunda fase, el acetaldehído puede catabolizarse por dos vías: la principal produce la oxidación del acetaldehído a acetato mediante enzimas acetaldeshidrogenasas (ALDH) y oxidasas; mientras que la vía de las liasas condensa el acetaldehído con otros productos obteniendo distintos catabolitos (Repetto, 1995).

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida entre los españoles, además de ser la que provoca más problemas sociales y sanitarios, además el consumo de riesgo en nuestro país ha aumentado en los últimos años (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas [PNSD], 2007). Respecto al consumo de alcohol entre las mujeres, un estudio realizado por el Equipo de Investigación Sociológica (2007) encontró que el 86,6% de las mujeres ha tomado alcohol alguna vez, pero el consumo diario de alcohol es bajo, sólo un 6,7% de las mujeres.

Este mismo estudio agrupó la frecuencia de consumo en tres tipos básicos: habitual (de 4 a 6 días por semana), frecuente (de 1 a 3 días por semana) y esporádico (de 1 a 3 días al mes o menos). El resultado de los patrones de consumo para las mujeres fue el siguiente: El 10,7% de las mujeres mantenía un consumo habitual, el 21,8% frecuente, el 37,8 esporádico y, por último, un 29,7% de la muestra no bebió.

El cálculo del alcohol consumido puede realizarse transformándolo en “Unidades de Bebida Estándar” (UBE). 1 UBE equivale a 10 gramos de alcohol puro.; en el manual de consenso sobre alcohol en atención primaria (Socidrogalcohol, 2016, p. 113) se puede encontrar una tabla de equivalencias en función de la cantidad y el tipo de bebida alcohólica:

Tabla 1  
*Equivalencias de bebidas en UBE.*

Tipo de bebida	Volumen	Unidades de Bebida Estándar (UBE)
Vino	1 vaso (100 cc)	1
	1 litro	10
Cerveza	1 caña (200 cc)	1
	1 litro	5
Whisky, ron, coñac, etc.	1 copa (50 cc)	2
	1 litro	40
Generosos (jerez, vermouth, cava, etc.)	1 copa (50 cc)	1
	1 litro	20

Socidrogalcohol (2016). *Manual de consenso sobre alcohol en atención primaria*. Barcelona: Socidrogalcohol.

## **B) Embarazo y alcohol.**

Actualmente, las autoridades sanitarias recomiendan abstenerse del alcohol durante el embarazo, ya que no hay datos suficientes para definir un consumo que sea segura para el feto (OMS, 2014), así como tampoco se

conoce un momento del embarazo en el que sea seguro tomar alcohol o un tipo de alcohol que no sea nocivo (Elek et al., 2013; Maier y West, 2001; Miguez, Magri y Suárez, 2009); además, estas recomendaciones también promueven la abstinencia del alcohol cuando se está intentando concebir (OMS, 2014; PNSD, 2007; Tough, Tofflemire, Clarke y Newburn-Cook, 2006).

La gran mayoría de las mujeres reducen su consumo habitual de alcohol cuando se dan cuenta de que están embarazadas, pero el tiempo medio entre la concepción y el momento en el cual la mujer toma conciencia del embarazo es de unas cinco semanas (Tough et al., 2006). Esto hace que el feto se pueda ver puesto al alcohol en etapas muy tempranas de su desarrollo, ya que la mayor parte de las mujeres no cambia su patrón de consumo de alcohol en el tiempo en el que ya está embarazada pero aún no lo sabe; muchas de estas mujeres parecen estar desinformadas sobre las consecuencias de la exposición alcohol entre la concepción y el reconocimiento del embarazo, así como sobre lo importantes que son para el correcto desarrollo del niño las etapas iniciales del desarrollo embrionario (Tough et al., 2006).

El consumo de alcohol durante el embarazo puede provocar en la gestante alteraciones en el sistema endocrino, como en el metabolismo y en la producción de insulina (Castillo, 2005); también puede ocasionar complicaciones en el desarrollo fetal, como el bajo peso al nacer o nacimiento prematuro (OMS, 2016).

Además, la exposición del feto al alcohol puede tener como resultado daños en su futuro funcionamiento cognitivo social y emocional, (France et al., 2010), ya que es una de las principales causas de los déficits y problemas de neurodesarrollo en los niños, incluyendo los trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF) (Tough et al., 2006), que pueden causar daños físicos y malformaciones, disfunciones del comportamiento, emocionales, adaptativas o discapacidades neurocognitivas (Coons, Watson, Yantzi, Lightfoot, y Larocque, 2017). TEAF es un término que se refiere a una variedad de trastornos relacionados con la exposición prenatal al alcohol en un continuo de gravedad. El extremo más grave del espectro de los TEAF es el síndrome de alcoholismo fetal (SAF), que tiene tres características principales: deterioro del crecimiento, anomalías faciales (principalmente filtro nasal plano, labio superior fino, microcefalia y microoftalmia (Adusi-Poku, Bonney y Antwi, 2013)), así como daños en el sistema nervioso central, que tienen como resultado disfunciones conductuales y cognitivas irreversibles (OMS, 2016).

El alcohol ingerido durante el embarazo puede afectar de forma tan negativa al crecimiento del feto debido a que atraviesa con facilidad la barrera placentaria (PNSD, 2007); como el cuerpo del feto es inmaduro y no posee las enzimas necesarias para la eliminación del alcohol, los niveles en su sangre permanecen elevados durante más tiempo que en la sangre de la madre (Martínez, 2011); de hecho, no se conoce un nivel de ingesta de alcohol seguro para el feto (France et al., 2010), pero hay factores que pueden influir en la gravedad de las consecuencias del consumo de alcohol durante el embarazo:

- El patrón de consumo (la cantidad de alcohol ingerida y el periodo de tiempo en el cual es consumida): El riesgo aumenta al aumentar la dosis o la frecuencia de la exposición al alcohol (Coons et al., 2017; France et al., 2010; Tough et al., 2006); en línea con esto, los estudios muestran

el patrón más peligroso es el "binge drinking", en el que se bebe mucho en un corto periodo de tiempo, ya que es especialmente dañino para el desarrollo cerebral del feto (Maier y West, 2001). Algunos factores de riesgo para el "binge drinking" son que se trate de un embarazo no planificado (ya que al inicio la mujer no es consciente de su estado) y no tener hijos previos; además, parece que tener sueldos más altos aumenta la posibilidad de que aparezcan estos episodios, incluso cuando la mujer ya ha tomado consciencia del embarazo (Muggli et al., 2016). En España el patrón de consumo ha sido, tradicionalmente, el llamado "mediterráneo" (consumo vinculado con la comida en el cual, aunque se ingiere alcohol de forma habitual, se realiza en pequeñas dosis); actualmente, y principalmente entre los jóvenes, de ese patrón tradicional se ha pasado al patrón "anglosajón" (el consumo es de altas dosis, en poco tiempo y se priorizan las bebidas de alta graduación), dando lugar al "binge drinking" (PNSD, 2007).

- El metabolismo de la madre (Maier y West, 2001; Tough et al., 2006): el 90% del alcohol absorbido se metaboliza en el hígado. La capacidad de una persona para metabolizar el etanol depende de la funcionalidad de sus sistemas enzimáticos de ADH, MEO Y ALDH, así como de la disponibilidad de NAD, producida por oxidación de NADH. Además, hay otros factores que pueden influir en la velocidad de la metabolización, como el ejercicio, la temperatura o la tolerancia al alcohol de la persona, ya que beber habitualmente provoca el desarrollo de inducciones enzimáticas, que permiten un catabolismo más eficaz (Repetto, 1995).
- La susceptibilidad genética del feto (Maier y West, 2001; Tough et al., 2006): Tanto la ADH como la ALDH presentan variabilidad genética, lo que se traduce en que cada individuo tiene diferente capacidad para el catabolismo del etanol. El feto será susceptible al alcohol en mayor o menor medida en función del funcionamiento de las enzimas de ADH; las cuales, si son muy activas, producirán acetaldehído a mayor velocidad de lo que su ALDH puede eliminarlo, llevando a concentraciones de acetaldehido en sangre mayores e intolerables, lo mismo puede ocurrir en caso de insuficiente ALDH (Repetto, 1995).
- El momento del embarazo en el que se produce el consumo de alcohol. (Coons et al., 2017; Tough et al., 2006): En los distintos periodos del embarazo, la exposición del alcohol al feto cambia en función de las concentraciones de agua en el organismo fetal. Al inicio del embarazo dicha concentración de agua es más elevada por lo que el feto se encuentra más expuesto al alcohol y, por tanto, más vulnerable a sus efectos (Puig, Arce, de Juana, Leandro y Villa-Elizaga, 2016). Además, el momento de más vulnerabilidad del feto es en el embarazo temprano, ya que es un periodo crítico en su desarrollo cerebral. (Maier y West, 2001). Aunque la mayoría de los autores coinciden en que los riesgos ante la ingesta de alcohol existen durante todo el embarazo (Martínez, 2011), las consecuencias pueden variar en función del momento de la gestación en el que se produzca el consumo. Como norma general, las malformaciones se producen si el consumo tiene lugar durante el período embrionario, mientras que los defectos neurológicos y el crecimiento retardado aparecen

durante el período fetal (Martínez, 2011).

- Las variaciones en la vulnerabilidad de las diferentes regiones cerebrales del feto (Maier y West, 2001): Las regiones cerebrales se forman en diferentes momentos del embarazo. En primer lugar, el tallo, luego los hemisferios y, finalmente, el cerebelo. El desarrollo de la corteza cerebral ocurre en etapas gestacionales concretas, la neurogénesis, la migración neuronal y la diferenciación neuronal. Debido a esto, el momento concreto de la gestación en que tenga lugar la ingesta de alcohol puede dar lugar a distintas anomalías corticales e influirá en el tipo de afectación del feto, así como en la futura expresión de posibles trastornos neurocognitivos y comportamentales (Gaviria, 2006).

Actualmente, hay evidencia suficiente de que el consumo de alcohol durante el embarazo puede causar daños al feto, pese a esto, no hay suficiente evidencia que relacione bajos niveles de exposición prenatal al alcohol con daño fetal; aunque estudios recientes (O'Leary y Bower, 2012) han demostrado que aumenta los niveles de ansiedad, depresión, hiperactividad e inatención, así como problemas de neurodesarrollo y parto prematuro. Sin embargo, el hecho de que no haya evidencia convincente de los efectos adversos del consumo de alcohol a bajos niveles durante el embarazo, no significa que sea seguro beber (Henderson, Gray y Brocklehurst, 2007).

Pese a la claridad de las recomendaciones de las guías clínicas con respecto a la abstinencia del alcohol durante el embarazo, muchas embarazadas siguen ingiriendo bebidas alcohólicas incluso tras tomar conciencia de su estado; un posible motivo para que esto ocurra es que la mayoría de las mujeres tienen las siguientes ideas erróneas con respecto al consumo de alcohol durante la gestación:

- Sólo es nocivo beber alcohol al inicio del embarazo (Elek et al., 2013).
- Para causarle daño al feto, el consumo de alcohol debe ser muy elevado (Elek et al., 2013), la mayoría de las mujeres embarazadas piensan que un consumo bajo es aceptable (López, 2013).
- Algunos tipos de alcohol son menos dañinos que otros (Elek et al., 2013).

Además, las gestantes refieren que la información que tienen respecto al consumo de alcohol en el embarazo es escasa y confusa (López, 2013); además de la falta de información sobre las posibles consecuencias sobre el feto, otros motivos para beber durante la gestación son estrés, inmadurez, embarazos no planificados, alcoholismo, presión social y de grupo, irresponsabilidad de la gestante y depresión (Elek et al., 2013).

El trabajo de Elek et al. (2013) encontró que las mujeres embarazadas referían dos principales motivos para abstenerse de la ingesta de alcohol:

- La salud y el bienestar del feto.
- Presión social: El temor a recibir juicios sociales, a ser vistas como madres irresponsables; también se encontró que esta presión social puede variar bastante en función de la raza, la etnia o la cultura de la gestante.



Además, es importante resaltar que el entorno social cercano de la mujer, es decir, su pareja, familia y amigos, puede ejercer sobre ella una influencia tanto positiva como negativa ya que, además de la presión social directa, los hábitos del entorno social con respecto al alcohol influyen mucho en que la embarazada beba o no, por ejemplo, exponiéndola en mayor o menor medida al alcohol (Elek et al., 2013).

Por norma general, mientras que la familia y amigos ejercen tanto influencias positivas como negativas, la pareja sí que suele representar una ayuda a la hora de reducir la ingesta de alcohol o abstenerse del mismo ya que, al igual que la gestante, desea ser informado sobre los posibles riesgos del consumo para el feto (Coons et al., 2017), suele apoyar la decisión de no beber e incluso ayuda a la embarazada a no exponerse al alcohol (Elek et al., 2013).

### **C) El rol de los profesionales de la salud.**

Parece que, pese a la claridad de las recomendaciones de las guías médicas actuales, los profesionales de la salud mantienen diferentes actitudes y opiniones sobre lo que se considera un consumo seguro durante el embarazo (por ejemplo, dependiendo del momento de exposición o de la cantidad de alcohol consumida); esto les puede llevar a realizar diferentes recomendaciones a las embarazadas. El hecho de que no todos los profesionales de la salud den el mismo mensaje puede provocar que a la embarazada no le llegue un mensaje común y claro, sino información inconsistente y, así, generarle una gran confusión (Elek et al., 2013). Esto es un problema, ya que dar información clara y consistente a la mujer es crítico para que no se vea en la obligación de interpretar ella misma, y quizás de forma errónea, lo que es un consumo seguro (Coons et al., 2017).

Algunos profesionales de la salud incluso mantienen que no es malo consumir algo de alcohol durante el embarazo, por ejemplo, si se trata de beber vino con moderación. Un estudio llevado a cabo por Payne et al. (2005) encontró como resultado que sólo el 13% de la muestra de profesionales de la salud entrevistados daba consejos sobre el consumo de alcohol en el embarazo que fueran plenamente acordes a las recomendaciones de las guías clínicas vigentes en ese momento. De hecho, algunos profesionales de la salud aún recomiendan el alcohol en el embarazo, por ejemplo, si ayuda como método de afrontamiento del estrés para la madre; algunas matronas mantienen la creencia de que esta forma de alivio del estrés puede incluso tener beneficios (Coons et al., 2017).

En un estudio con estudiantes de medicina y enfermería (Coons et al., 2017) se encontró que todos los participantes consideraban que ingerir pequeñas cantidades de alcohol (por ejemplo, una copa de vino ocasional) no tiene por qué provocar ningún daño al feto. Además, los participantes indicaron que tomar alcohol hacia el final del embarazo es menos dañino que hacerlo durante el primer trimestre. Pese a que se ha demostrado que la opción más segura es no consumir alcohol durante el embarazo (OMS, 2014), algunos de los participantes se mostraron reacios a recomendar a las embarazadas que mantuvieran una completa abstinencia. Esto es especialmente preocupante ya que, como mostró un estudio de Elek et al. (2013), el médico sigue siendo la segunda fuente de información sobre el consumo de alcohol durante el embarazo más

frecuente para las gestantes, tan sólo por detrás de internet y muy por delante de otras a las que también se recurre, como las agencias estatales, los programas de ayuda pública, los familiares y amigos, los farmacéuticos y los libros o revistas.

La información que proporciona el profesional de la salud sobre el consumo de alcohol en el embarazo, además de ser errónea en ocasiones, suele ser muy limitada. Muchos profesionales de la salud se limitan a decirle a la embarazada que no beba alcohol, pero no inciden en los riesgos o consecuencias de la ingesta; además, también son muchos los profesionales que, si al preguntar por el consumo de alcohol encuentran que la mujer expresa que ha bebido, pero que no se trata de una gran cantidad, no profundizan en ello, ni le advierten a la gestante del peligro que esto puede suponer. (Elek et al., 2013).

Un estudio llevado por Payne et al. (2005) encontró que la proporción de los profesionales sanitarios entrevistados que preguntaba de forma habitual sobre el consumo de alcohol durante el embarazo era menor al 50%. Además, sólo el 25% de dichos profesionales proporcionaba, de forma rutinaria, información sobre las consecuencias de la ingesta de alcohol en el embarazo.

Algunas de las posibles causas para que la información que proporcionan los profesionales de la salud respecto al consumo de alcohol durante el embarazo sea tan limitada pueden ser las dificultades que encuentran los profesionales de la salud para abordar el consumo de alcohol durante la gestación:

- Consideran que sus conocimientos sobre los posibles efectos negativos del consumo de alcohol durante el embarazo son limitados (France et al., 2010; Coons et al., 2017).
- Muchos profesionales de la salud no conocen las recomendaciones oficiales respecto al consumo de alcohol durante el embarazo, por lo que se abstienen de dar consejo sobre ello. (Elliott, Payne, Haan y Bower, 2006)
- Los profesionales dan diferentes recomendaciones en cuanto al consumo de alcohol en el embarazo debido a que tienen una interpretación distinta de lo que se considera un consumo seguro durante el embarazo (Coons et al., 2017).
- Muchos profesionales de la salud consideran que su formación respecto a adicciones y abuso de sustancias es muy limitada (Tough et al., 2006).
- Algunos profesionales de la salud no se sienten preparados para abordar el consumo de alcohol con las gestantes ya que se perciben sin habilidad para ello; esto tiene como consecuencia que, en muchas ocasiones, no den información de forma proactiva y preparada sino espontáneamente como reacción a las preguntas de las embarazadas (Coons et al., 2017). Además, muchos no confían en su habilidad para provocar un cambio real y significativo en las mujeres embarazadas que consuman altos niveles de alcohol, así como tampoco para apoyarlas (France et al., 2010).
- Muchos profesionales de la salud consideran que la mayor parte de las gestantes no beben mucho alcohol durante el embarazo, por lo que creen que su rol a la hora de aconsejar a las mujeres sobre su consumo no es especialmente importante, ya que asumen que la mayor parte de las mujeres no

ingiere bebidas alcohólicas durante este período o, en caso de ingesta, esta se produce en dosis muy pequeñas (France et al., 2010); además, muchos resaltan la importancia de libertad en elección de la gestante respecto a su propio consumo (Coons et al., 2017).

- Muchos profesionales de la salud consideran que el consumo de alcohol en el embarazo es un tema tabú y tratarlo puede implicar juicio o incluso estigma social para la gestante. Esto se convierte en una barrera para abordar el consumo, ya que sienten que pueden provocar que la embarazada sienta que está siendo juzgada y consideran que mantener una buena relación con sus pacientes es especialmente importante para asegurarse de que las mujeres siguen acudiendo a consulta (France et al., 2010).
- Muchos profesionales sanitarios consideran que preguntar sobre el consumo de alcohol puede provocar ansiedad, culpa e incluso ira en la mujer embarazada y temen estas respuestas (Payne et al., 2005), además, no desean alarmarlas, especialmente si la ingesta de alcohol se ha producido antes de tomar conciencia del embarazo (France et al., 2010).
- El consumo de alcohol no se encuentra en la lista de sus prioridades, muchos profesionales de la salud perciben una falta de interés por parte de las pacientes con respecto a este tema (Tough et al., 2006) y eligen centrarse en otros problemas que consideran más importantes como, por ejemplo, la dieta o el tabaco (France et al., 2010).
- Muchos profesionales de la salud consideran que, en general, las mujeres que beben altos niveles de alcohol durante el embarazo tienen otros problemas que necesitan ser abordados con más urgencia, como consumo de drogas, abusos, etc. (France et al., 2010).
- Otro problema que se encuentran los profesionales de la salud es que el tiempo de consulta del que disponen es limitado y tienen un alto número de temáticas que abordar con las mujeres embarazadas (France et al., 2010; Tough et al., 2006). Además, también refieren falta de recursos, tanto humanos como económicos (Tough et al., 2006).
- Según el estudio de France et al. (2010), los profesionales de la salud tienden a categorizar a las mujeres embarazadas en dos grupos: El primer grupo, que comprendería a la mayor parte de las mujeres, son aquellas embarazadas que no beben alcohol o lo hacen en pequeñas cantidades. Respecto a este grupo los profesionales de la salud consideran que el riesgo para el feto es mínimo por lo que le dan prioridad a otros temas y no abordan el consumo de alcohol. El segundo grupo engloba aquellas mujeres que consumen altos niveles de alcohol durante el embarazo. Con respecto a este grupo los profesionales de la salud consideran que, tanto su habilidad como los recursos que tienen para apoyar a estas mujeres y ayudarlas a reducir su consumo de alcohol, son muy limitados. Sin embargo, esta forma de categorizar a las gestantes respecto a su consumo de alcohol es muy simplista ya que deja fuera de la ecuación a un tercer grupo de mujeres, aquellas que beben niveles moderados de alcohol y con las cuales es muy importante actuar para poder ayudarlas a abstenerse de la ingesta de alcohol o, como mínimo, reducir dicho consumo.

Por su parte, un estudio llevado a cabo en Canadá (Tough et al., 2006) encontró que muchas mujeres parecen

estar desinformadas sobre las consecuencias de la exposición al alcohol entre la concepción y el reconocimiento del embarazo. Por norma general, no se incide en los peligros para el futuro feto de continuar tomando alcohol cuando la mujer está intentando quedarse embarazada, por lo que la mayor parte de las mujeres no cambia su patrón de consumo de alcohol en el tiempo en el que ya está embarazada pero aún no lo sabe (Elek et al., 2013), incluso cuando no se trata de un embarazo no planificado sino de uno buscado. Esto tiene como consecuencia que el feto se pueda ver puesto al alcohol en etapas muy tempranas de su desarrollo y estas etapas iniciales del desarrollo embrionario son especialmente importantes para el correcto desarrollo del niño; de hecho, estudios con animales han mostrado la especial vulnerabilidad del sistema nervioso central al etanol en las etapas embrionarias más tempranas (Tough et al., 2006).

En general, parece que la información que reciben las mujeres sobre el consumo de alcohol tanto en el embarazo como en la preconcepción es insuficiente ya que un alto porcentaje de las mismas mantiene cierto nivel de consumo (OMS, 2016). En una investigación de Elek et al. (2013) se preguntó a mujeres embarazadas por sugerencias sobre el tipo de información que les gustaría recibir en cuanto a consumo de alcohol en el embarazo por parte de los profesionales de la salud, los resultados fueron los siguientes:

- Informar sobre las consecuencias del consumo de alcohol en el embarazo, tanto a las mujeres embarazadas como a las que están tratando de quedarse embarazadas.
- Aportar estadísticas sobre el uso de alcohol en el embarazo y sus consecuencias
- Incidir en las consecuencias negativas, tanto para la madre como para el feto.
- Aportar historias personales para ayudar a la gestante a sentirse identificada y prestar más atención al mensaje.
- Usar imágenes y técnicas que eliciten miedo para llamar la atención de la mujer.
- Además, expresaron sugerencias sobre donde les gustaría encontrar esta información: la televisión, el colegio, las clases de educación sexual, internet, redes sociales, anuncios en el transporte público, radio, revistas, libros sobre embarazo, la consulta del médico, etc. Además, también se propuso habilitar una línea telefónica de ayuda la embarazada.

Además, se ha demostrado que si los profesionales transmiten la información manteniendo una actitud de apoyo y el mensaje se percibe de forma honesta, aportando hechos, es más posible que este sea aceptado por las mujeres; además, estas lo consideran más creíble si los profesionales de la salud son honestos sobre la ambigüedad de la evidencia actual respecto a las posibles consecuencias pero son claros con su recomendación (Coons et al., 2017).

La investigación de Elek et al. (2013) encontró también que, para que la gestante reduzca su consumo, lo más efectivo no es proporcionarle información sino reforzar su riesgo percibido, darle nuevas alternativas y recursos (tanto para relajarse como para situaciones que fomenten el consumo) y fomentar el apoyo del entorno ante la decisión de no beber.

## **Relevancia social.**

Los niveles de consumo de alcohol más elevados del mundo se observan en la región europea de la OMS. Además, se está produciendo una convergencia entre los géneros en el consumo de alcohol en las últimas décadas, ya que el consumo de alcohol de las mujeres ha aumentado con el tiempo, probablemente debido al aumento de la igualdad y al cambio de los roles de género (OMS, 2016).

Las estimaciones calculadas por la OMS (2016) indican que el 82.1% de las mujeres de la Unión Europea son bebedoras habituales y el 3.4% mantiene un consumo excesivo. Estos datos son especialmente significativos al tratar el consumo de alcohol en el embarazo, ya que se estima que el 45% de los embarazos que se producen en la Unión Europea son no planificados, además se ha demostrado que uno de los indicadores más fiables de consumo de alcohol en el embarazo es haber mantenido un nivel de consumo previo elevado (OMS, 2016). Como indica la OMS (2016), el hecho de que el nivel de consumo de alcohol previo al embarazo correlacione de forma directa con el consumo durante el mismo, hace que sea especialmente relevante la detección e intervención sobre el consumo en los servicios de salud de la mujer. Esto es importante para poder realizar una labor de prevención con respecto a la exposición prenatal al alcohol y los daños que se derivan de la misma ya que, en España, el Síndrome Alcohólico Fetal supone la tercera causa de retraso mental grave pese a que es la más fácilmente evitable (PNSD, 2007).

Los niveles de alcohol consumidos por mujeres embarazadas varían bastante en función del país, pudiendo esta varianza estar relacionada con factores sociales, demográficos o culturales (OMS, 2016). Un estudio de O'Keeffe et al. (2015) encontró que la prevalencia del consumo de alcohol en el embarazo variaba entre el 20% y el 80% entre mujeres de Irlanda, Australia, Nueva Zelanda y Reino Unido. Además, aunque los resultados generales de los distintos estudios muestran que muchas mujeres reducen su consumo de alcohol, o se abstienen completamente de tomarlo durante el embarazo, no todas actúan así (France et al., 2010). Un factor con gran influencia en esto es la alta tasa de embarazos no planificados, ya que muchas mujeres continúan bebiendo de forma similar al consumo previo al embarazo hasta que este se confirma (OMS, 2016).

Mugli et al. (2016) encontraron que, aproximadamente, el 80% de las mujeres consume alcohol en algún momento durante el embarazo, muchas de ellas antes de ser conscientes de que están embarazadas. Parte de la gravedad del problema reside en que, incluso en el caso de que la mujer deje de beber al descubrir que está embarazada, puede haber tenido episodios de ingesta alcohólica o incluso de binge drinking tras la concepción; de hecho, una de cada cinco mujeres informa de un episodio de binge drinking cuando aún no sabía que estaba embarazada. Este episodio de binge se produciría en un momento crítico del desarrollo fetal (la embriogénesis) y puede tener consecuencias muy negativas como el desarrollo de algún trastorno del espectro alcohólico fetal.

Sin embargo, no todas las mujeres que consumen durante el embarazo lo hacen de forma puntual o sólo antes de conocer su estado; un estudio llevado a cabo por Miguez et al. (2009) encontraron que prácticamente el 30% de la muestra estudiada (compuesta por mujeres argentinas) había consumido alcohol durante toda la gestación.

Estos altos porcentajes de consumo de alcohol durante el embarazo hacen que sea importante abordar esta temática y explorar cómo se está actuando desde los organismos de sanidad pública.

### **Objetivos e hipótesis.**

El objetivo principal de este estudio es explorar las actitudes de los profesionales sanitarios españoles en cuanto al consumo de alcohol durante el embarazo, incluyendo el consumo de alcohol de bajo riesgo.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Conocer el nivel de información que tienen los profesionales sanitarios respecto al consumo de alcohol durante el embarazo y sus consecuencias, tanto para la madre como para el feto.
- Conocer cómo se informa a las mujeres embarazadas sobre el consumo de alcohol y sus peligros.
- Conocer cómo se actúa desde la sanidad española ante el consumo de alcohol durante el embarazo, qué medidas se toman y que recursos existen para ayudar a la embarazada.
- Explorar las posibles dificultades que presenten los profesionales sanitarios españoles para abordar el consumo de alcohol con las mujeres embarazadas.
- Estudiar si la actitud ante el consumo de alcohol varía según el sexo, los años de experiencia o entre profesionales de enfermería y de medicina.

Las hipótesis de la presente investigación son las siguientes:

- Los profesionales de la salud conocen las indicaciones actuales de las guías médicas sobre el consumo de alcohol durante el embarazo.
- Los profesionales de enfermería y medicina están informados sobre los riesgos y consecuencias del consumo de alcohol durante la gestación.
- Existen protocolos de actuación en caso de que una embarazada consuma alcohol durante el periodo gestacional; los profesionales los conocen y ponen en práctica.
- Los profesionales sanitarios se involucran en concienciar a las mujeres del riesgo del consumo de alcohol durante el embarazo.
- Las enfermeras y los ginecólogos tienen una actitud diferente a la hora de abordar el tema del consumo de alcohol con las gestantes.
- El tiempo de experiencia influirá en la actitud y el grado de involucración de los profesionales con las embarazadas.

- La limitación de tiempo de consulta es una dificultad para que los profesionales de la salud puedan abordar todos los temas importantes con las embarazadas.

## **MÉTODO**

Como muestran los objetivos de este trabajo, esta investigación ha intentado contribuir a aumentar el conocimiento de las actitudes de los profesionales de la salud con respecto al consumo de alcohol durante el embarazo, así como de las dificultades que encuentran para abordar este tema con las mujeres embarazadas.

Se trata de un estudio descriptivo en el que se ha empleado un enfoque metodológico mixto en el que los datos cualitativos, obtenidos a partir de entrevistas semiestructuradas basadas en un guión que fue elaborado al inicio del estudio, se complementaron con datos obtenidos a partir de un cuestionario estructurado de dificultades para comunicarse con mujeres embarazadas, basado en el estudio de France et al. (2010) y construido ad hoc al inicio de la investigación.

Para la realización de esta investigación, ha sido indispensable recurrir a métodos cualitativos que permitieran proporcionar detalles sobre factores personales, contextuales y sociales que puedan afectar en las actitudes y el abordaje, por parte de los profesionales de la salud, del consumo de alcohol en el embarazo (Ritchie y Lewis, 2003). La metodología mixta, combinando el método cualitativo y el cuantitativo, contribuye a una mejor comprensión del fenómeno y de las cuestiones de investigación que si se utilizara sólo una de estas vertientes metodológicas (Palinkas, 2014). En los diseños mixtos el método cualitativo es especialmente útil durante el inicio de la investigación y cuando se dispone de pocos estudios previos, ya que permite al investigador la obtención de datos piloto que sirvan de guía (Palinkas, 2014), Teddlie y Tashakkori (como se citó en Palinkas, 2014) explican que este método se utiliza para explorar en mayor profundidad, mientras que el aspecto cuantitativo permite confirmar hipótesis y obtener una amplia y más específica comprensión del fenómeno de interés. El objetivo de este diseño es lograr una mayor comprensión sobre las actitudes de los profesionales de la salud con respecto al consumo de alcohol en el embarazo, así como de las dificultades que encuentran para abordar este tema con las gestantes.

### Participantes.

Para alcanzar los objetivos propuestos en la investigación, se optó por entrevistar a profesionales sanitarios en contacto directo con embarazadas y madres recientes; principalmente enfermeras/os del área de maternidad, matronas y ginecólogos/as de la Comunidad de Madrid.

El método de elección de los participantes fue muestreo no probabilístico por conveniencia, utilizando la metodología de bola de nieve (Ritchie y Lewis, 2003). Los participantes fueron contactados a través de los hospitales o centros en los que trabajaban en el momento de la investigación (y en los cuales se había presentado previamente el proyecto de investigación para ser aprobado por el comité de gerencia del mismo);

se optó también por un método oportunista de elección de los participantes, utilizando la metodología de bola de nieve o *snowball* a través de otros participantes. Una vez contactados, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: la experiencia en el trabajo con mujeres embarazadas y experiencia en el ámbito de la sanidad pública. Como criterio de exclusión se consideró que los participantes debían ser mayores de edad y trabajar actualmente en la Comunidad de Madrid.

La mayoría de los participantes en el estudio fueron mujeres, un 79% de la muestra, frente al 21% de varones. Las edades de los 24 participantes estaban comprendidas entre los 23 y los 60 años, con una media de 32,04 y una desviación típica de 8,83. Un 79,16% de los participantes en el estudio no tenía hijos, mientras que un 20,83% de los mismos refirió tenerlos.

En cuanto al consumo de alcohol, el 4,16% de los participantes mantenía un consumo habitual (de 4 a 6 días por semana), el 37,5% consumía frecuentemente (de 1 a 3 días por semana), el 54,16% de forma esporádica (entre 1 y 3 días al mes o menos) y el 4,16% no bebía. Respecto al uso de alcohol del entorno social el 16,66% de los entrevistados refirió que su entorno mantenía un consumo habitual, el 54,16% que se trataba de un consumo frecuente, el 25% un consumo esporádico y el 4,16% expresó que en su entorno no se bebía. En cuanto al consumo de tabaco, un 12,5% de la muestra eran fumadores, frente a un 87,5% de ellos que no fumaba.

Respecto a su área de especialización, el 20,83% eran matronas, el 20,83% residentes de enfermería (EIR) de la especialidad de matrona, el 25% eran ginecólogos, el 20,83% residentes de medicina (MIR) de la especialidad de ginecología y obstetricia y el 12,5% enfermeras del área de maternidad. En lo referente al tiempo de experiencia ejerciendo en dichas especialidades, estaba comprendido entre 6 meses y 25 años, con una media de 6,29 años y una desviación típica de 6,49. Por lo que respecta al tiempo de experiencia trabajando en el centro en el que ejercían su labor en el momento de participar en el estudio, estaba comprendido entre 6 meses y 15 años, con una media de 3,67 años y una desviación típica de 4,06.

### Instrumentos.

En este estudio se utilizó un guión de entrevista semiestructurado (Anexo 1), así como un cuestionario de posibles dificultades para abordar el consumo de alcohol con mujeres embarazadas (Anexo 2).

Para la entrevista semiestructurada se desarrolló un guión ad hoc con el cual se pretendía explorar los factores que pueden influir en el nivel de información que tienen los profesionales sanitarios respecto al consumo de alcohol durante el embarazo y sus consecuencias; así como en la forma en la se informa a las mujeres embarazadas sobre el consumo de alcohol y sus peligros y en la que se actúa en caso de que exista un patrón de consumo. Mediante este guión también se pretendía dar a los participantes la oportunidad de manifestar sus opiniones sobre la información disponible con respecto a las consecuencias del consumo de alcohol en el embarazo, sus dificultades para abordar el tema con las embarazadas y posibles sugerencias de



cambios que faciliten la comunicación con ellas.

Después de realizar una primera entrevista, el guión fue ligeramente reformulado para añadir nuevos elementos. El guión final aborda los siguientes temas:

- Conocimientos sobre las consecuencias del consumo de alcohol durante el embarazo.
- Opiniones sobre la información disponible respecto al consumo de alcohol durante el embarazo.
- Protocolo de actuación con las embarazadas con respecto al consumo de alcohol.
- Opiniones y creencias respecto al consumo de alcohol durante el embarazo.
- Dificultades para abordar la temática del consumo de alcohol con las embarazadas.
- Reacciones habituales de las mujeres embarazadas al ser interrogadas sobre su consumo de alcohol.
- Experiencias personales relevantes.
- Sugerencias sobre cambios que se podrían llevar a cabo para facilitar el acceso de las mujeres embarazadas a la información sobre el consumo de alcohol durante el embarazo y para mejorar la comunicación respecto a ello.

El cuestionario de dificultades se diseñó expresamente para esta investigación tomando como referencia el estudio de France et al. (2010), ya que dicho trabajo muestra las principales dificultades que encuentran los profesionales de la salud para abordar el consumo de alcohol durante la gestación. Este instrumento está compuesto por nueve cuestiones que han de ser respondidas en una escala Likert con valores del 1 al 7 en función del grado de acuerdo con la premisa correspondiente.

### Procedimiento

Las entrevistas se llevaron a cabo telefónicamente, los profesionales de la salud que tomaron parte habían sido informados previamente del propósito de la investigación y dieron su consentimiento para participar en la misma al inicio de las llamadas.

Se solicitó a los participantes que contestaran libremente y de forma sincera, tanto a las preguntas de la entrevista como al cuestionario de dificultades. Los participantes colaboraron respondiendo, en primer lugar, a la entrevista semiestructurada para, posteriormente, contestar el cuestionario de dificultades; se realizó en este orden para que las premisas del cuestionario no sesgaran las respuestas libres que se esperaba conseguir mediante las entrevistas.

Para el análisis de los datos sociodemográficos recogidos, se realizó un análisis descriptivo de las variables mediante el programa SPSS 24. Para el análisis cualitativo de las entrevistas, se realizó un análisis de las mismas con el apoyo del programa informático NVivo 11.

## RESULTADOS

Los resultados de este trabajo se basan en la presentación de los temas que emergieron de las entrevistas con los profesionales, si bien se abordarán en un orden concordante con los objetivos de la investigación. Además, aunque los datos cualitativos suponen el punto central, también se presentan los datos cuantitativos obtenidos con el cuestionario (Anexo 1).

### Consecuencias del consumo de alcohol.

Al preguntarles si es perjudicial para el feto o para la madre el consumo de alcohol durante el embarazo, un 87,5% de los participantes refirió que sí, mientras que un 12,5% de los mismos especificó que el daño que puede ocasionar el alcohol es dependiente de la dosis consumida, por lo que no cualquier consumo es perjudicial.

Se solicitó a los participantes que especificaran qué consideraban como consumo de riesgo, obteniendo una amplia variedad de respuesta entre que cualquier consumo se consideraría de riesgo *“Cualquier tipo de consumo de alcohol es riesgo. Obviamente un consumo muy puntual, una o dos veces durante el embarazo, no supone un riesgo grave, pero, como profesional, yo recomendaría no tomar nada”* (E1), y que el riesgo está en el consumo diario *“Una UBE al día no es consumo de riesgo, beber más que eso sí”* (E3). Además, algunos profesionales expresaron dudas para establecer un consumo de riesgo *“No tengo ni idea de los gramos de alcohol al día, pero lo único que yo podría permitir es un consumo ocasional”* (E8). Algunos entrevistados también hicieron referencia a la importancia de no consumir licores destilados *“Un consumo seguro podría ser una copita de vino una vez al mes. Y nada de destilados, ni pensarlo”* (E22).

También se ha encontrado una amplia variedad de respuestas al preguntar a los participantes por las posibles consecuencias del consumo de alcohol en el embarazo. Un 83,33% de los entrevistados mencionó malformaciones y problemas en el desarrollo y crecimiento. Un 20,83% abortos; un 29,16% alteraciones del SNC y el neurodesarrollo. Un 16,66% problemas comportamentales (como irritabilidad, hiperactividad o agresividad). También se hizo mención a problemas visuales, auditivos y otras alteraciones inespecíficas, pero tan solo un 58,33% de la muestra mencionó explícitamente el SAF o el síndrome de abstinencia en el recién nacido.

Con respecto a las consecuencias del consumo de alcohol durante el embarazo para la madre, un 62,50% de los participantes refirió que son similares a las de otros adultos (tolerancia, abstinencia, alcoholismo, problemas sociales, irritabilidad, problemas hepáticos, aumento del gasto cardíaco, factor de riesgo para el cáncer, problemas neurológicos, etc.); un 16,66% mencionó problemas relacionados con el parto (partos prematuros, sangrados, infecciones, etc.); otro 4,16% hizo mención al posible síndrome de privación de la gestante durante el parto y peor control del dolor provocado por tolerancia a analgesia; un 8,33% mencionó como consecuencia posibles accidentes provocados por el consumo. Por último, un 12,50% hizo mención a

las consecuencias psicológicas en caso de que la gestación no transcurriera adecuadamente o problemas para que la gestante pueda estar en contacto con su proceso de embarazo.

### **Información acerca del consumo de alcohol.**

Al preguntar a los profesionales si consideran que hay suficiente información sobre el consumo de alcohol en el embarazo y sus consecuencias, algunos respondieron afirmativamente *“Yo creo que hay suficiente información. Información hay mucha. Que se le dé buen uso o no es otra cosa”* (E13), pero la mayoría refirió que *“No hay suficiente información, tanto a nivel de la madre como de la población e incluso de los profesionales me atrevería a decir”* (E17), *“La gente tiene bastante claro que no hay que beber alcohol en el embarazo, pero creo que no tienen claro cuáles son los riesgos que puede tener, y muchas veces piensan que por una copita no pasa nada”* (E20), *“Hay conocimiento, pero es un conocimiento bastante superficial. Todo el mundo sabe que es malo, pero tampoco es un tema en el que se profundice”* (E8).

### **Creencias de los profesionales sobre el consumo de alcohol frente al estrés.**

Durante la entrevista se preguntó a los profesionales cuál era su opinión respecto a la opción de consumir alcohol en el embarazo como método de afrontamiento del estrés. Algunos de los entrevistados se mostraron de acuerdo con ello, especialmente si se trataba de un consumo moderado, pero la mayoría refirió que *“siempre se pueden encontrar otras soluciones”* (E1) y que *“es mejor aprender a gestionar la ansiedad de otras formas”* (E10). Muchos de ellos hicieron referencia a que en esos casos es preferible recurrir a farmacología, también practicar yoga, pasear, apoyarse en la familia o el entorno social, etc. Sin embargo, muy pocos de los entrevistados mencionaron la posibilidad de recurrir al psicólogo para aprender a gestionar el estrés y la ansiedad.

### **Actitud de las gestantes.**

La mayoría de los profesionales entrevistados refirieron que, en general, las gestantes reaccionan con naturalidad al abordar el tema de consumo de alcohol, aunque algunos añadieron que se sorprenden porque les resulta obvio y que algunas incluso lo toman como una pequeña ofensa. Algunos de los participantes reflejaron que las embarazadas no reaccionan bien al abordar esta temática, pero especificaron que sólo lo tratan con las mujeres que saben positivamente que beben.

Los participantes en la investigación mostraron que su percepción con respecto a la actitud de las gestantes que admiten beber es que, aunque se trata de casos aislados porque *“es rarísimo que lo admitan”* (E6); en general intentan justificarse porque saben que no están actuando correctamente, *“tiene pinta de que saben que no lo tienen que hacer y cuando tratamos el tema se muestran a la defensiva”* (E10).

### **Estándares de actuación e información hacia las embarazadas.**

En cuanto a cómo se actúa desde los hospitales de la Comunidad de Madrid con respecto al abordaje del tema de consumo de alcohol con la embarazada, un 66,67% de los participantes afirmó que en las primeras

entrevistas que se tiene con la embarazada se les pregunta si beben alcohol incidiendo en cuánto y con qué frecuencia; un 4,17% dijo que, aunque esta pregunta se realizaba, no se incidía en la cantidad o la frecuencia del consumo. Un 8,33% expresó que realizar o no dicha pregunta depende del profesional, mientras que otro 8,33% refirió que esta pregunta nunca se realiza. Además, el 70,83% de los participantes expresaron que esta pregunta forma parte de un protocolo estandarizado. El 4,17% dijo que, aunque está estandarizado, no siempre se pregunta. El 12,5% dijo que no había nada estandarizado respecto a esto.

Al preguntarles qué medidas se toman en caso de que la gestante admita beber, aunque se trate de un consumo moderado, y las indicaciones que se le dan, se encontró que aunque hay gran variedad de respuesta, la mayoría aconseja no beber explicando los efectos y consecuencias del consumo en el embarazo "*Se le aconseja no beber, en caso de que sea un nivel importante, el embarazo pasa a considerarse de riesgo y se la ve más a menudo*" (E2); muchos de los entrevistados especificaron que la actuación "*Depende del grado de consumo, de la mujer y cómo reciba el mensaje; puede ser simplemente consejo [...] o, si ya hay un problema más importante, como alcoholismo, coordinación con especializada; a veces también con el trabajador social y con el médico de familia*" (E17). Algunos profesionales reflejaron como medida incidir con mayor énfasis en las causas del consumo y la reducción del mismo "*Yo pregunto por qué lo toma, según la explicación que me dé intento decirle maneras de ir reduciendo al mínimo ese consumo*" (E18), "*Lo primero es informarla sobre los riesgos que conlleva el consumo de alcohol para el feto y decirle que debería dejarlo. Y, en función de la disposición de la mujer, se le proponen diferentes alternativas. Si es una mujer que no está nada dispuesta a dejar de beber alcohol, lo que le puedes recomendar es que reduzca su consumo al mínimo posible. Si te dice que no sabía los riesgos que tenía o que sí que está dispuesta a dejarlo, pues simplemente le recomiendas que no beba alcohol y se apunta que consume alcohol para volver a preguntar en la siguiente cita*" (E23).

Al preguntar a los participantes si se ofrece alguna ayuda o alternativa a las mujeres embarazadas que consumen alcohol, sólo un 4,16% de ellos respondió de forma afirmativa; el 29,16% refirió que sólo en casos graves; un 16,66% hizo referencia a derivar a trabajo social o grupos de apoyo; el 20,83% expresó que no se ofrece ninguna alternativa, que sólo se proporciona información. El 29,16% restante no supo qué contestar a esta cuestión. Además, la mayoría de los profesionales entrevistados expresó que no hay ningún procedimiento estandarizado o protocolo para estos casos y algunos hicieron referencia a que no es habitual o a dificultades del sistema de salud.

Durante la entrevista se preguntó a los profesionales si, en caso de que la embarazada negara beber, se reincide en ello durante el seguimiento del embarazo; un 54,16% expresó que no, un 16,66% refirió que depende del profesional o de si surge algún problema en el embarazo. El 16,66% afirmó que se vuelve a preguntar por el consumo, y un 12,5% de los entrevistados nunca se había encontrado en esta situación. Al ser preguntados por esta cuestión, muchos de los profesionales refirieron que nunca se lo habían planteado, pero que debería realizarse. Además, en general los profesionales tampoco inciden en si las gestantes

consumen alcohol en momentos puntuales, aunque muchos especificaban que las mujeres no identifican ese patrón como un consumo que deban mencionar, *"Si profundizas un poco más y les dices que los fines de semana tampoco deben beber ni una cerveza, sí que te dicen: ah, ¿ni siquiera eso?"* (E17). Otro aspecto en el que no se hace énfasis es en el hecho de que la embarazada pueda estar encontrando dificultades para no consumir.

### **Dificultades de los profesionales.**

Durante las entrevistas, la mayor parte de los profesionales refirió no tener ninguna dificultad a la hora de tratar el tema del consumo de alcohol con las gestantes. Sólo algunos expresaron que en ocasiones les cuesta abordar el tema por temor a emitir un juicio de valor, a generar ansiedad a la embarazada o en casos de alcoholismo, debido a todas las complicaciones y aspectos asociados que presenta, *"si se trata de una persona con un problema alcohólico puede llegar a ser muy complicado porque además tienes que tratar el problema que tenga la persona"* (E1); *"yo creo que, al final, todos tenemos un poco de miedo de emitir un juicio de valor y que luego no sea así"* (E14).

Sin embargo, al contestar el cuestionario de dificultades (Anexo 2) para tratar el consumo de alcohol con las gestantes, se encontraron problemas que los profesionales no habían descrito en la respuesta libre: El 95,83% de los encuestados reflejó la limitación del tiempo de consulta como una dificultad muy importante (D6). El 58,33% de los participantes se mostró de acuerdo con que las mujeres que beben altos niveles de alcohol tienen otros problemas más urgentes (D4). El 45,83% de los entrevistados consideró que sus conocimientos sobre el consumo de alcohol durante el embarazo eran limitados (D1); ese mismo porcentaje de participantes estuvo de acuerdo con que tratar el consumo de alcohol con las gestantes puede ser un tema tabú (D2) y el 41,66% de los profesionales consideró que preguntar sobre el consumo de alcohol puede provocar que las embarazadas se sientan juzgadas (D8). Pese a los resultados del cuestionario, es importante resaltar que muchos de los participantes en el estudio especificaron que, pese a las dificultades, es necesario abordar el tema del consumo con las gestantes.

Al analizar los resultados obtenidos con el cuestionario de dificultades (tabla 2) se observó que los problemas más habitualmente reconocidos son la limitación de tiempo de consulta (D6) y la priorización de otras temáticas ante casos de alcoholismo (D4). El resto de dificultades que refleja el cuestionario tienen una mediana de 4 o inferior (sobre la escala Likert de 1 a 7); lo que indica que dichas premisas no suponen un problema tan habitual o grave para los participantes.

Tabla 2  
*Resultados del cuestionario de dificultades*

Dificultades	Mediana	Media	Desviación
D1	4	4,13	1,42
D2	4	3,63	2,30
D3	2,5	2,75	1,80

D4	6	4,75	2,19
D5	2	2,83	1,99
D6	7	6,42	1,28
D7	2	2,46	1,53
D8	3	3,46	2,32
D9	3	3,21	1,50

### **Actitud en función del sexo, tiempo de experiencia o área de especialización.**

Los discursos de los profesionales durante las entrevistas fueron muy similares, no pudiendo observar diferencias reseñables en función de su edad, sexo o área de especialización, salvo en lo referente a la implicación con las gestantes y el grado de atención al estado psicológico de las mismas. Según su discurso, parece que las matronas y enfermeras asisten de forma más cercana a las embarazadas y muestran una mayor preocupación por los aspectos psicológicos del embarazo.

### **Posibles soluciones.**

Aunque no formaba parte de los objetivos de la presente investigación, durante la entrevista se preguntó a los participantes por sugerencias para paliar la falta de información actual sobre el consumo de alcohol en el embarazo y sus consecuencias, muchos reflejaron la necesidad de realizar educación para la salud en la población y campañas en medios de comunicación *“Necesitamos más concienciación social, que se hicieran políticas públicas. Igual que se hace del tabaco, que se hiciera del alcohol. Incluso anuncios en las bebidas alcohólicas”* (E6); además de formar a los profesionales *“Creo que los profesionales deberíamos estar más formados en cuanto a este tema, y luego yo creo que debería haber mucha más información y educación con respecto a estas prácticas en la población”* (E9); y proporcionar esa información desde atención primaria, *“Habría que dar más información desde atención primaria, no sólo durante el embarazo, sino antes también para evitar que las embarazadas se den atracones de alcohol antes del reconocimiento del embarazo, porque esto pasa”* (E4).

De la misma manera, los participantes en el estudio aportaron sugerencias para facilitar el acceso de las embarazadas a información como la preparación de trípticos informativos, dar más información desde atención primaria y realizar consultas preconcepcionales, llevar a cabo un seguimiento estandarizado con respecto al consumo, realizar más educación para la salud como modo de prevención a través de la concienciación desde los colegios e institutos, crear campañas públicas que incluyan publicidad en televisión e incluso avisos en bares y bebidas y fomentar la inclusión de la temática del consumo en cursos de embarazo y grupos de apoyo.

Asimismo, propusieron medidas para mejorar la comunicación entre profesional y paciente respecto a este tema: Muchos de los entrevistados destacaron la importancia de no juzgar y de generar una relación de confianza con la embarazada *“Yo creo que lo principal es dejar de juzgar, tenemos mucha tendencia a*

*culpabilizar y eso genera rechazo. Creo que, si dejas de regañar y pasas a pensar como el paciente que está delante, a entender las causas de por qué lo hace, te encuentras con menos problemas"* (E5). Otros participantes expresaron que no consideraban que actualmente existan problemas de comunicación ya que no se trata como un tema tabú, sino con normalidad y ponen el énfasis en abordar el tema con naturalidad: *"Las generaciones más jóvenes ya no ejercemos una medicina así, ahora nos enseñan a hacer una medicina con más confianza y con cercanía. [...] Hay que preguntar normal, como si le preguntaras a un amigo tuyo"* (E10), *"Yo creo que esto era más tabú antes que ahora, las nuevas generaciones no tienen problema"* (E11). Algunos entrevistados hicieron referencia a la necesidad de que los profesionales estén más formados, tanto en el tema del consumo de alcohol en el embarazo como en habilidades de comunicación: *"Yo creo que nosotros, como profesionales, deberíamos tener más formación, no sólo en las consecuencias, para poder transmitirlos mejor, sino también en comunicación, porque a veces se nos da un poquito peor"* (E14), *"Puede ser muy útil un curso específico para consejo a la mujer embarazada sobre el alcohol. Puede ser un curso de una jornada, o de una mañana, o de una tarde, pero habilidades de comunicación en este campo me parecería interesante"* (E17). Por último, hubo entrevistados que hicieron referencia a la posibilidad de establecer un protocolo, dar folletos en caso de dificultad con la comunicación oral, o incluso derivar a otro profesional.

### Otros temas relevantes.

Además de lo tratado anteriormente, al analizar las entrevistas con el programa NVivo 11 se detectaron ciertos temas recurrentes (tabla 3) en el discurso de los profesionales. A continuación, se presentan los nodos de primera generación obtenidos junto con una breve explicación de los mismos y extractos de los discursos de los entrevistados.

Tabla 3  
Nodos obtenidos con NVivo 11 y verbatim de los participantes.

Nodos/Categorías temáticas	Verbatim
<p><b>CULTURA</b></p> <p>El alcohol es aceptado por nuestra sociedad y cultura. Muchos profesionales expresaron que esto hace que seamos más permisivos respecto al consumo de alcohol.</p>	<p><i>"El alcohol está muy aceptado en nuestra tradición: La cerveza, la copa de vino... En nuestra sociedad el consumo de alcohol forma parte de nuestra cultura, y esto permite que seamos más permisivos que con respecto a otras sustancias"</i> (E7).</p>
<p><b>RIESGO Y RELEVANCIA</b></p> <p>La mayoría de los profesionales refirió que la sociedad no es consciente del riesgo del consumo durante la gestación; de hecho, algunos entrevistados no conocían la importancia actual del problema.</p>	<p><i>"La gente tiene una percepción muy, muy baja del riesgo que tiene para la salud consumir alcohol y tampoco están interesados en concienciarse sobre el tema"</i> (E23);</p> <p><i>"Considero que el consumo de alcohol en el embarazo no es un problema en la sociedad en la que vivimos"</i> (E8).</p>

---

## TABACO

Los profesionales entrevistados percibían que en el sistema sanitario se le da más importancia al consumo de tabaco que al de alcohol durante el embarazo.

*"Hay que preguntar por hábitos tóxicos de manera general, pero se suele preguntar por el tabaco, le damos más importancia al tabaco, dejamos el alcohol más de lado"* (E9).

*"Al alcohol se le da poca importancia, estamos más obsesionados con el tabaco"* (E10).

## HONESTIDAD

Muchos entrevistados afirman que es habitual que las gestantes mientan con respecto a su consumo de alcohol, tratando de minimizarlo.

*"Que una embarazada te admita que bebe es rarísimo, ni las alcohólicas te lo dicen. Creo que socialmente está mal visto que la embarazada beba, incluso si toman una cerveza cada 15 días, no te lo van a decir"* (E6).

*"Creo que todas las mujeres que beben mienten, no me creo que en 8 años sólo me haya encontrado una mujer que me ha contestado que bebía más de la cuenta. Una de dos: o yo no sé formular la pregunta de forma correcta, o algunas mienten"* (E11).

*"Con todas las cosas que pensamos "no sé qué va a pensar el profesional de mí", no te las dicen. Se ponen a la defensiva. Antes de hacerle la pregunta, ya te están diciendo que no. Con lo cual, yo soy consciente de que me están engañando"* (E18).

## DISPOSICIÓN

Muchos profesionales entrevistados tienen la percepción de que las mujeres se toman en serio la indicación de consumo cero durante el embarazo.

*"Cuando la gestante llega a la consulta sí que está dispuesta a hacer todo lo que pueda por proteger a su bebé. Entonces suelen estar bastante abiertas a: Si no puedo tomar absolutamente nada, no lo tomo"* (E20).

*"En general, las mujeres cuando más se cuidan es durante el embarazo, las que comían mal empiezan a comer bien, las que fuman generalmente dejan de fumar..."* (E21)

## INCONSCIENCIA

Las mujeres no son conscientes de la importancia de no beber durante la gestación.

*"A la mayoría no les cuesta no beber, pero tampoco se esfuerzan. Les da igual tomarse una copita o cerveza. [...]. No son conscientes de la importancia de no beber"* (E2).

*"Si profundizas un poco más y les dices que los fines de semana tampoco deben beber ni una cerveza, sí que te dicen: ah, ¿ni siquiera eso?"* (E17).

*"Creo que no tienen claro cuáles son los riesgos que puede tener [el consumo de alcohol durante el embarazo] y"*

---



---

*muchas veces piensan que por una copita no pasa nada"*  
(E20).

## RESPONSABILIDAD

Algunos profesionales expresaron dudas respecto a quién debe informar a las gestantes sobre el consumo de alcohol; varios ginecólogos reflejaron que debería ser responsabilidad de las matronas, por lo que ellos no se involucran. Además, parte de los entrevistados no consideraba que tratar el tema del consumo fuese su responsabilidad, aunque muchos otros mostraron conciencia de su grado de responsabilidad.

*"Nosotros [los ginecólogos] no les hablamos del alcohol, creo que quien lo tiene que hacer es la matrona, si no se hace, ahí es donde se me ocurriría que hay que hacerlo"*  
(E10).

*"Esto no se puede cambiar, al menos no a nuestro nivel, a nivel de especialista. Para mí es la matrona de primaria la que tiene que hacer la labor informativa"* (E11).

*"¿Quién soy yo para decirle a una mujer adulta qué puede o qué no puede beber?"* (E3)

*"Hay pacientes que se pueden sentir incómodas con estas recomendaciones, pero es la labor del médico hacerlo, entonces para mí no es tabú ni me resulta complicado"*  
(E12).

## PRESUPOSICIONES

Los profesionales sanitarios asumen que las embarazadas actúan de forma correcta respecto al consumo de alcohol en el embarazo.

*"En las consultas deberíamos informar más sobre el consumo de alcohol en el embarazo porque es verdad que es algo que nos parece como muy obvio y quizá lo pasamos por alto"* (E14).

*"Nunca he tratado este tema con ellas [...] O bien porque doy por hecho que no hay un consumo de alcohol, que parece ser que quiero imaginarme que va todo bien, o que... no sé, pero no lo abordo"* (E21).

## FALTA DE CONCIENCIACIÓN

Muchos entrevistados hicieron referencia a la falta de información y concienciación que existe incluso dentro de sus especialidades, ya que muchos profesionales de la salud no le dan suficiente importancia al consumo

*"Ni los ginecólogos están concienciados de la importancia de no beber, y así no se les puede transmitir adecuadamente el mensaje a las mujeres"* (E2).

*"Igual no estamos acostumbrados a que una mujer beba en el embarazo. No somos tan conscientes de que es real que se da... Deberíamos hablar más de ello y darle la importancia que se merece, quizás estamos poco formados en las consecuencias"* (E14).

## JUICIO

Muchos de los participantes en el estudio reflejaron la importancia de generar un clima

*"Hay que informar desde la realidad, no desde un mundo idílico en el que nadie fuma ni bebe: "¿Fumas? Vale, pues vamos a..." No hay que juzgar a las personas"* (E5).

---

---

de confianza con las gestantes y de abordar las visitas sin juicio hacia las pacientes *“Además de cambiar esa actitud de jueces, los profesionales deberíamos analizar nuestra postura ante lo que vamos a tratar con las pacientes”* (E18)

*“No hay que criminalizar el consumo, es importante no juzgar”* (E22)

---

## **DISCUSIÓN**

La actitud de los profesionales de la salud frente al consumo de alcohol durante el embarazo había sido analizada con anterioridad. Los resultados de este estudio confirman y complementan los datos obtenidos por estudios previos, como el trabajo de Payne et al. (2005), al encontrar que muchos de los profesionales entrevistados no abordan la temática del consumo de alcohol con las gestantes o no dan indicaciones acordes a las recomendaciones de las guías clínicas actuales. Esto contradice dos de las hipótesis iniciales del estudio, según las cuales los profesionales de la salud se involucrarían en concienciar a las mujeres del riesgo del consumo de alcohol durante la gestación y conocerían las indicaciones actuales de las guías clínicas sobre ello. El hecho de que los profesionales sanitarios no den indicaciones acordes con las recomendaciones de las guías clínicas provoca que se den diferentes consejos a las embarazadas, lo cual, de acuerdo con la investigación de Elek et al. (2013) puede causar a la gestante gran confusión y la necesidad de sacar sus propias conclusiones sobre lo que es un consumo seguro. Además, esto confirma los datos obtenidos por Nebot et al. (2007), en los que los profesionales sanitarios señalaban la necesidad de utilizar guías clínicas para poder realizar una adecuada labor preventiva.

Asimismo, muchos participantes en el estudio reflejaron que, aunque se sabe que es necesario tratar el consumo de alcohol con las embarazadas, en muchas ocasiones esto no se realiza, por ejemplo, por falta de tiempo o por considerarlo evidente; esto concuerda con los resultados de Gosalbes-Soler, Maiques, Latour, Puig-Barberà, y Arranz (1999); que encontraron que, en muchas ocasiones, los profesionales sanitarios, pese a saber que hay que dar consejo, no lo llevan a cabo. También es congruente con los resultados del estudio de Coons et al. (2017), quienes encontraron que, pese a que la mayoría de los estudiantes de carreras sanitarias tenía conocimientos de que la opción más segura es el consumo cero durante la gestación, muchos referían que no siempre se daba este consejo.

Uno de los objetivos de este estudio era conocer el nivel de información que tienen los profesionales sanitarios respecto al consumo de alcohol durante el embarazo y sus consecuencias, tanto para la madre como para el feto. Los resultados han sido sorprendentes ya que muchos de los entrevistados no fueron capaces de explicar qué se considera un consumo de riesgo e incluso parecían desinformados sobre las consecuencias que el consumo puede provocar; de hecho, el porcentaje de participantes que mencionó explícitamente el SAF fue muy reducido. Estos resultados invalidan la hipótesis inicial de que los

profesionales sanitarios estarían informados sobre los riesgos y consecuencias del consumo de alcohol durante la gestación. En general, parece que entre los profesionales sanitarios hay un grado más alto de desconocimiento sobre la temática del consumo de alcohol durante la gestación del que cabría esperar. Muchos de los entrevistados mostraron conciencia de la falta de formación e información entre los profesionales y reflejaron la necesidad de paliarlas para poder transmitir y aconsejar adecuadamente a las gestantes sobre ello. Esto concuerda con los datos de la investigación de Payne et al. (2005), en la que se encontró que los profesionales identificaban la necesidad de incrementar su formación respecto al consumo de alcohol y sus consecuencias, principalmente en lo referido al SAF.

Asimismo, también se ha podido comprobar que muchos profesionales no están concienciados sobre la importancia que representa el consumo de alcohol en el embarazo en la actualidad o sobre su grado de responsabilidad a la hora de aconsejar a las embarazadas como forma de prevención de distintas problemáticas como, por ejemplo, el SAF. Este resultado concuerda con los datos obtenidos por Nebot et al. (2007) que concluyeron la necesidad de trabajar en la mejora de la actitud de los profesionales sanitarios hacia las actividades preventivas.

Uno de los objetivos de este estudio era explorar cómo se informa a las mujeres embarazadas sobre el consumo de alcohol y sus peligros durante la gestación. Se ha podido comprobar que, por lo general, los profesionales sanitarios no inciden en los riesgos y consecuencias, sino que, en caso de que traten el tema, se limitan a dar la recomendación de no consumir. Tampoco se incide en no consumir en momentos puntuales u ocasiones especiales o en que no existe ningún tipo de alcohol que sea inocuo para el embarazo. Esto es especialmente relevante ya que, según la investigación de Elek et al. (2013), las embarazadas prefieren ser informadas sobre las consecuencias negativas del alcohol para el feto con estadísticas e historias personales, esto ha mostrado ser más efectivo para frenar el consumo que únicamente recomendar la abstinencia.

Asimismo, este trabajo pretendía conocer cómo se actúa desde la sanidad española ante el consumo de alcohol durante el embarazo, qué medidas se toman y qué recursos existen para ayudar a la embarazada. Durante la realización de las entrevistas se ha podido comprobar que no existe ningún protocolo de actuación para estos casos y, en caso de existir, los profesionales de la salud lo desconocen. Esto refuta la hipótesis inicial de que existen protocolos de actuación en caso de que una embarazada consuma alcohol durante el periodo gestacional que los profesionales conozcan y pongan en práctica. Muchos profesionales reflejaron que la medida estándar que se toma es aportar información a la gestante y que sólo se toman otras vías de actuación en casos de consumo grave. Las medidas a las que hicieron referencia los profesionales fueron, principalmente, derivar a la gestante a los trabajadores sociales o realizar un seguimiento más continuo y con mayor vigilancia.

Los resultados de ésta investigación muestran que, en general, desde la sanidad española no se hace demasiado énfasis en la temática del consumo de alcohol con las gestantes. Pese a las indicaciones de SEGO

Protocolos (2002), según las cuales es necesario evaluar el riesgo del consumo de alcohol e informar sobre el mismo a las gestantes tanto en la primera visita como en el seguimiento posterior, la mayor parte de los profesionales entrevistados refirió que es una temática que sólo se aborda en la primera visita; además, no se incide en las consecuencias y riesgos de beber en el embarazo, así como tampoco se incide en si las gestantes consumen en momentos puntuales o en las dificultades que pueda estarles ocasionando la abstinencia.

Confirmando datos del estudio de Coons et al. (2017), algunos de los profesionales entrevistados en este trabajo se mostraron de acuerdo con la ingesta moderada de alcohol durante el embarazo como método de afrontamiento del estrés. Esto contradice las indicaciones de la OMS (2014) de mantener la abstinencia total durante la gestación e invalida nuevamente la hipótesis de que los profesionales de la salud conocen las indicaciones actuales de las guías clínicas sobre el consumo de alcohol durante la gestación. Este resultado es sorprendente ya que, como muchos de los profesionales entrevistados explicaron, existen múltiples alternativas que pueden resultar útiles para que la gestante pueda hacer frente al estrés: Terapia psicológica, terapia farmacológica, técnicas de relajación y respiración, práctica de ejercicio moderado como yoga, búsqueda de apoyo social y familiar, etc.

Otro de los objetivos del estudio era estudiar si la actitud ante el consumo de alcohol varía según el sexo, los años de experiencia o entre profesionales de enfermería y de medicina. Según los datos obtenidos de los entrevistados no parece haber diferencias reseñables en función de la edad, pero sí parece haber ligeras diferencias en el grado de implicación en función del tiempo de experiencia y de si son profesionales de la enfermería o de la medicina además de, sólo entre los especialistas y residentes de ginecología y obstetricia, en función del sexo.

Los participantes del estudio con menos experiencia laboral, principalmente residentes de enfermería en la especialidad de matrona, mostraron mayor implicación con el estado psicológico de las embarazadas, confirmando así la hipótesis de que el tiempo de experiencia influye en la actitud y el grado de involucración con las embarazadas. Esto podría deberse a dos factores: El entusiasmo y afán asociados al inicio de la carrera profesional o a que la formación actual de los estudiantes de enfermería pueda estar poniendo un mayor énfasis en cuidar los aspectos psicológicos de los pacientes que en el pasado. La literatura revisada no aporta datos concluyentes sobre la relación entre los años de experiencia en el puesto de trabajo y actitud hacia los pacientes o la implicación con sus estados psicológicos.

Durante la realización de las entrevistas se encontró que las actitudes de los ginecólogos y las enfermeras, principalmente las matronas, con respecto a las gestantes es diferente. Las matronas parecen preocuparse más por el estado psicológico y asisten de forma más cercana a las embarazadas. Muchos de los otros profesionales también mostraron dicha implicación, pero en menor medida. Este resultado confirma la hipótesis inicial de que la actitud de los ginecólogos y las enfermeras con respecto a las gestantes es diferente. Esto puede deberse a que el seguimiento que realizan las matronas de las gestantes es más

continuo y se orienta más a enseñar a la embarazada y aportarle todos los datos e información necesaria, mientras que el seguimiento que realizan los ginecólogos se centra principalmente en comprobar que el embarazo avanza adecuadamente.

Los participantes varones especialistas o residentes de ginecología y obstetricia mostraron estar menos orientados a los estados psicológicos de las gestantes. Además, las mujeres de dicha especialidad proporcionan información más frecuentemente y realizan una tarea preventiva respecto al consumo más acusada. Este resultado es congruente con los datos obtenidos por Delgado, López-Fernández y Luna (2001), quienes encontraron que existen diferencias en la orientación hacia los aspectos psicosociales, la información proporcionada y las actividades preventivas en función del sexo; así como con los resultados de Haidet et al. (2002), que muestran que las mujeres se centran más que los hombres en cuidar la relación médico-paciente.

Uno de los principales objetivos de este estudio era explorar las posibles dificultades de los profesionales sanitarios a la hora de tratar el tema del consumo de alcohol con las gestantes. La principal dificultad que reflejaron los participantes fue la limitación de tiempo de consulta, que les impide abordar todos los temas que les parecen importantes, forzándoles a priorizar. Esto confirma la hipótesis inicial de que el tiempo de consulta es una dificultad para que los profesionales de la salud puedan abordar todos los temas relevantes con las embarazadas. Además, concuerda con los datos obtenidos en otros estudios (Nebot et al., 2007; Ramos-Morcillo, Ruzafa-Martínez, Fernández-Salazar, del-Pino-Casado y Armero, 2014), en los cuales se encontró que la falta de tiempo es uno de los principales problemas que señalan los profesionales sanitarios respecto a poder realizar labores de prevención debido a la carga extra que éstas suponen.

Otras importantes dificultades mostradas por los entrevistados fueron: El consumo puede ser un tema tabú, preguntar sobre el consumo de alcohol a las gestantes puede provocar que éstas sientan que están siendo juzgadas y que las mujeres que beben altos niveles de alcohol tienen otros problemas más urgentes y complicaciones asociadas. Además, muchos profesionales refirieron que las gestantes que consumen alcohol mienten al respecto, negando dicho consumo, pese a que no lo identificaron como una dificultad, esto les impide tratar el consumo y poder facilitar alguna alternativa a la mujer. A pesar de las dificultades mencionadas, muchos de los participantes en la investigación destacaron la necesidad de abordar el tema del consumo con las embarazadas. Estos datos complementan los resultados de la investigación de France et al. (2010), que encontró dificultades similares, aunque en mayor medida, en profesionales de Australia.

Durante esta investigación se exploraron posibles sugerencias para mejorar el acceso de las embarazadas a la información sobre el consumo de alcohol en el periodo gestacional. La principal propuesta de los profesionales se centró en abordar el tema con mayor énfasis desde atención primaria, también se hizo referencia, entre otras, a realizar campañas de prevención y promoción de la salud y campañas públicas en medios de comunicación y redes sociales. Esto complementa los resultados de Elek et al. (2013), que encontraron que las gestantes desearían poder encontrar información sobre el consumo de alcohol en el

embarazo la consulta del médico, haber sido informadas en el colegio y también poder verlo en televisión, radio, redes sociales, anuncios, etc.

Los profesionales sanitarios que participaron en este estudio también aportaron sugerencias para mejorar la comunicación entre ellos y las pacientes. La principal indicación que refirieron fue no juzgar, abordar el consumo con naturalidad y generar una relación de confianza con las embarazadas. Además, también se hizo referencia a la necesidad de que los profesionales tengan una mayor formación, tanto en lo que respecta a las consecuencias del consumo de alcohol para la madre y el feto, como en habilidades específicas de comunicación con los pacientes. Estos datos confirman los resultados de la investigación de Nebot et al. (2007), en la cual los profesionales expresaron la necesidad de una mayor formación en habilidades de comunicación. Asimismo, este trabajo complementa los resultados del trabajo de Coons et al. (2017), que muestra que, para las gestantes, es importante que los profesionales traten el consumo con una actitud de apoyo y honestidad.

La presente investigación posee algunas limitaciones. En primer lugar, el tamaño de la muestra de participantes hace que los discursos recogidos no sean generalizables, aunque pueden ayudar a ilustrar la tendencia actual entre los profesionales. Además, la muestra está compuesta principalmente por mujeres, lo que puede sesgar los resultados. Por otra parte, el trabajo se centra en trabajadores de la Comunidad de Madrid, por lo que se podrían encontrar resultados diferentes en otras comunidades autónomas, especialmente en lo referido a estándares, rutinas clínicas y protocolos de actuación. Por último, todas las entrevistas tuvieron lugar mediante vía telefónica, por lo que se pierde la información que podría aportar el lenguaje no verbal de los participantes.

## CONCLUSIONES

Esta investigación ha encontrado que las actitudes y opiniones de los profesionales sanitarios sobre el consumo de alcohol son muy diversas.

De forma congruente con lo que se ha encontrado en otros estudios (France et al., 2010; Mengel, Searing y Cook, 2006; Tough et al, 2006) este trabajo pone de manifiesto la importancia de llevar a cabo una labor preventiva y que los profesionales pregunten de forma rutinaria por el consumo de alcohol, así como que informen sobre el mismo, no sólo a las gestantes sino también en la consulta de preconcepción.

Además, se muestra necesario que los profesionales sanitarios reciban una mayor formación tanto en las consecuencias y riesgos del consumo de alcohol durante el embarazo, como en habilidades de transmisión de la información y de comunicación con los pacientes. Coincidiendo con los hallazgos de Coons et al. (2017), es importante destacar que se debe mejorar la información que se proporciona a las gestantes para lograr que reciban un mensaje claro y consistente por parte de los profesionales que las atienden.

## REFERENCIAS

- Aducci-Poku, Y., Bonney, A., y Antwi, G. (2013). Where, when and what type of alcohol do pregnant women drink? *Ghana Medical Journal*, 47(1), 35-39.
- Alfonso M. e Ibañez P. (1992). *Todo sobre las drogas legales e ilegales (incluido alcohol y tabaco)*. Madrid: Dykinson
- Affonso, D., Liu-Chiang, C. y Mayberry, L. (1999). Worry: Conceptual dimensions and relevance to childbearing women. *Health Care for Women International*, 20(3), 227-236.
- April, N. y Bourret, A. (2005) *Status report on fetal alcohol syndrome in Québec*. Quebec: Institut National de Santé Publique du Québec. Recuperado de [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/365-FetalAlcoholSyndrome.pdf?hc\\_location=ufi](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/365-FetalAlcoholSyndrome.pdf?hc_location=ufi)
- Aragón, C., Miquel, M., Correa, M., y Sanchis-Segura, C. (2002). Alcohol y metabolismo humano. *Adicciones*, 14(1), 23-42.
- Armengol, R., Chamarro, A. y García-Dié, M. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: el cuestionario de evaluación prenatal. *Anales de Psicología*, 23(1), 25-32.
- Aros, S. (2008). Exposición fetal a alcohol. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(1), 46-50.
- Carmona-Monge, F., Marín-Morales, D., Peñacoba-Puente, C., Carretero-Abellán, I., y Moreno-Moure, M. (2012). Influence of coping strategies in the specific worries of pregnancy. *Anales De Psicología*, 28(2), 338-343.
- Castillo, R. (2005). *Consumo de alcohol en mujeres embarazadas* (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León.
- Chasnoff, I., Landress, H., y Barrett, M. (1990). The prevalence of illicit-drug or alcohol use during pregnancy and discrepancies in mandatory reporting in Pinellas County, Florida. *New England Journal of Medicine*, 322(17), 1202-1206
- Coons, K., Watson, S., Yantzi, N., Lightfoot, N. y Larocque, S. (2017). “No Alcohol Is Recommended, But...”: Health Care Students’ Attitudes About Alcohol Consumption During Pregnancy. *Global Qualitative Nursing Research*, 3, 1-12.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. (2007). *Guía sobre drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de:

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/guiaDrogas.pdf>

Delgado, A., López-Fernández, L. y Luna, J. (2001). Ser médico o médica marca diferencias en la práctica asistencial. *Atención Primaria*, 28(4), 219-226.

Elek, E., Harris, S., Squire, C., Margolis, M., Weber, M., Dang, E. y Mitchell, B. (2013). Women's knowledge, views, and experiences regarding alcohol use and pregnancy: opportunities to improve health messages. *American Journal of Health Education*, 44(4), 177-190.

Elliott, E., Payne, J., Haan, E. y Bower, C. (2006). Diagnosis of fetal alcohol syndrome and alcohol use in pregnancy: A survey of paediatricians' knowledge, attitudes and practice. *Journal Of Paediatrics And Child Health*, 42(11), 698-703.

Equipo de investigación sociológica. (2007). *El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Informe de resultados de las encuestas a mujeres en general y a escolares*. Madrid: Instituto de la mujer.

Eurobarómetro 72.3. (2010). Special Eurobarometer 331: EU citizens' attitudes towards alcohol. *Comisión Europea*. Recuperado de [https://ec.europa.eu/health/alcohol/eurobarometers\\_en](https://ec.europa.eu/health/alcohol/eurobarometers_en)

Fernández-Solà, J. (2007). Diferentes efectos del alcohol según el sexo. *JANO*, 1636, 27-32.

France, K., Henley, N., Payne, J., D'Antoine, H., Bartu, A., O'Leary, C., Elliot, E. y Bower, C. (2010). Health professionals addressing alcohol use with pregnant women in Western Australia: barriers and strategies for communication. *Substance Use and Misuse*, 45(10), 1474-1490.

Gaviria S. (2006). Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(2), 210-224.

Gosalbes-Soler, V., Maiques, A., Latour, J., Puig-Barberà, J., y Arranz, M. (1999). Conocimientos y actitudes de los médicos de atención primaria sobre las actividades preventivas: Diseño de un cuestionario. *Gaceta Médica*, 13(1), 9065.

Guerri, C. (2010). Nuevos programas de información y prevención en Europa para reducir los riesgos del consumo de alcohol durante el embarazo y la aparición del Síndrome Alcohólico Fetal y sus efectos



relacionados. *Adicciones*, 22(2), 97-100.

Guerri, C., y Rubio, V. (2006). Alcohol, embarazo y alteraciones infantiles. *JANO*, 1611, 29-33.

Haidet, P., Dains, J., Paterniti, D., Hechtel, L., Chang, T., Tseng, E. y Rogers, J. (2002), Medical student attitudes toward the doctor–patient relationship. *Medical Education*, 36(6), 568-574.

Henderson, J., Gray, R. y Brocklehurst, P. (2007), Systematic review of effects of low–moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(3), 243–252.

López, M. (2013). Saber, Valorar y Actuar: Relaciones entre información, actitudes y consumo de alcohol durante la gestación. *Salud y Drogas*, 13(1), 35-46.

López, M. y Arán-Filippetti, V. (2014). Consecuencias de la exposición prenatal al alcohol: desarrollo histórico de la investigación y evolución de las recomendaciones. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 65(2), 162-173.

Maier, S. y West, J. (2001). Drinking patterns and alcohol-related birth defects. *Alcohol Research and Health*, 25(3), 168-174.

Martínez, A. (2011). Alcohol y embarazo: intervención de enfermería en atención primaria. *Enfermería Global*, 10(21), 1-9.

Mengel, M., Searight, R., y Cook, K. (2006). Preventing alcohol-exposed pregnancies. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 19(5), 494–505.

Míguez, H., Magri, R. y Suárez, M. (2009). Consumo de tabaco y bebidas alcohólicas durante el embarazo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(2), 76-83.

Muggli, E., O'Leary, C., Donath, S., Orsini, F., Forster, D., Anderson, P., Lewis, S., Nagle, C., Craig, J., Elliot, E. y Halliday, J. (2016). “Did you ever drink more?” A detailed description of pregnant women’s drinking patterns. *BMC Public Health*, 16(1), 683-696.

Nebot, M., Cabezas, C., Marqués, F., Bimbela, J., Robledo, T., Megido, X., Prados, J. y Muñoz, E. (2007). Prioridades en promoción de la salud según los profesionales de atención primaria: un estudio Delphi. *Atención Primaria*, 39(6), 285-288.

O'Leary, C. y Bower, C. (2012). Guidelines for pregnancy: What's an acceptable risk, and how is the evidence (finally) shaping up? *Drug and Alcohol Review*, 31, 170-183.

O'Keeffe, L., Kearney, P., McCarthy, F., Khashan, A., Greene, R., North, R., Poston, L., McCowan, L., Baker, P., Dekker, G., Walker, J., Taylor, R. y Kenny, L.(2015). Prevalence and predictors of alcohol use during pregnancy: findings from international multicentre cohort studies. *BMJ Open*, 5(7), 1-11.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. WHO Library Cataloguing-in-Publication.

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Prevention of harm caused by alcohol exposure in pregnancy. Rapid review and case studies from Member States*. WHO Regional Office for Europe.

Palinkas, L. (2014). Qualitative methods in mental health services research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(6), 851-861, DOI: 10.1080/15374416.2014.910791

Payne, J., Elliot, E., D'Antoine, H., O'Leary, C., Mahony, A., Haan, E. y Bower, C. (2005). Health professionals' knowledge, practice and opinions about fetal alcohol syndrome and alcohol consumption in pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 29(6), 558-564.

Puig, M., Arce, A., de Juana, R., Leandro, S., y Villa-Elizaga, I. (2016). Síndrome de alcohol fetal. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 23(3), 34-44.

Repetto, M. (1995), Toxicología del alcohol etílico. En M. Repetto (Ed), *Toxicología avanzada*, (pp 425-475). Madrid: Díaz de Santos, S.A.

Ritchie, J. y Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. London: SAGE Publications.

Ramos-Morcillo, A., Ruzafa-Martínez, M., Fernández-Salazar, S., del-Pino-Casado R. y Armero, D. (2014). Actitudes de médicos y enfermeras ante las actividades preventivas y de promoción en atención primaria. *Atención Primaria*, 46(9), 483-491.

Sánchez-Muniz, F., Gesteiro, E., Espárrago, M., Rodríguez, B., y Bastida, S. (2013). La alimentación de la madre durante el embarazo condiciona el desarrollo pancreático, el estatus hormonal del feto y la concentración de biomarcadores al nacimiento de diabetes mellitus y síndrome metabólico. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 250-274.

SEGO Protocolos (2002). Asistencia prenatal al embarazo normal. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 45(12), 575-583

Socidrogalcohol (2016). *Manual de consenso sobre alcohol en atención primaria*. Barcelona: Socidrogalcohol.

Soifer, R. (1980). *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Buenos Aires: Kargieman.

Teddlie C, y Tashakkori A. (2003). *Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioral sciences*. En A. Tashakkori y C. Teddlie (Eds.). *Handbook of mixed methods in the social and behavioral sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Tough, S., Tofflemire, K., Clarke, M., y Newburn-Cook, C. (2006). Do women change their drinking behaviors while trying to conceive? An opportunity for preconception counseling. *Clinical Medicine and Research*, 4(2), 97-105.

## **ANEXO 1: Guión de la entrevista (versión final).**

### **Datos iniciales:**

Profesión y área de especialización:

Sexo:

Edad:

Años de experiencia ejerciendo en esa área concreta:

Años de experiencia en el centro en el que ejerce actualmente:

¿Consume alcohol? ¿Con qué frecuencia?

¿En su entorno se consume alcohol? ¿Con qué frecuencia?

¿Consume tabaco?

¿Tiene hijos?

### **Primera parte:**

¿Es malo para el feto o para la madre beber alcohol durante el embarazo?

- *En caso de SI*
  - ¿Cuáles son las posibles consecuencias?
  - ¿Qué se considera un consumo de riesgo durante el embarazo? (frecuencia y cantidad)
  - ¿Conoce las unidades de bebida estándar? ¿Qué son?
  - ¿Considera que hay suficiente información sobre el consumo de alcohol en el embarazo?
- *En caso de NO*
  - ¿Qué soluciones propondría?

En las primeras entrevistas que se tiene con las embarazadas, ¿se les pregunta si beben alcohol y cuanto o con qué frecuencia? ¿Está estandarizado?

- *En caso de que SI se pregunte*
  - Si la mujer admite beber
    - ¿Qué medidas se toman? ¿Qué se les dice?
    - ¿Se piden analíticas concretas que permitan ver si el alcohol está generando algún problema?
    - ¿Se le ofrece alguna ayuda o alternativa? ¿Hay algún procedimiento estandarizado para estos casos?
  - Si la mujer no admite beber
    - ¿Se le pregunta más veces?
- *En caso de NO*
  - Motivos para no preguntar más.
  - ¿Se incide en momentos puntuales o en ocasiones especiales?
  - ¿Se le pregunta por sus hábitos de bebida previos al embarazo? (frecuencia y cantidad)

- ¿Se le pregunta si le está suponiendo algún problema o dificultad no beber?

### **Segunda parte**

- Opiniones y creencias respecto al consumo de alcohol durante el embarazo.
- En caso de que beber en pequeñas cantidades ayude a la embarazada a afrontar el estrés, ¿es mejor beber un poco que un nivel alto de estrés?
- ¿Es nocivo beber puntualmente en alguna celebración u ocasión especial?
- ¿Se informa a las embarazadas de que las bebidas “sin alcohol” (como la cerveza “sin”) tienen un pequeño porcentaje de alcohol?
- Dificultades a la hora de hablar del consumo de alcohol con las embarazadas.

Al preguntar a las embarazadas por su consumo de alcohol:

- ¿Cuál es la reacción de las embarazadas al preguntarles por su consumo de alcohol?
- ¿Cómo reaccionan las mujeres que admiten beber? (Sentimientos de culpa, vergüenza, no lo consideran un problema, consideran necesitar ayuda, etc.)

### **Preguntas finales**

¿Tiene alguna sugerencia sobre cambios que se podrían hacer para facilitar el acceso de las embarazadas a la información sobre el consumo de alcohol durante el embarazo? ¿Y para mejorar la comunicación respecto a este tema?

## ANEXO 2: Cuestionario de dificultades para abordar el consumo de alcohol con gestantes.

Responda la siguiente escala. 1 implica "completamente en desacuerdo" y 7 "completamente de acuerdo"

Mis conocimientos sobre los posibles efectos del consumo de alcohol en el embarazo son limitados.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Considero que tratar el consumo de alcohol con las gestantes es un tema tabú que puede implicar juicio o incluso estigma social para la mujer.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Considero que la mayor parte de las mujeres embarazadas no beben mucho alcohol durante el embarazo, por lo que mi papel a la hora de aconsejar sobre alcohol y embarazo no es especialmente importante.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Considero que, en general, las mujeres que beben altos niveles de alcohol durante el embarazo tienen otros problemas que necesitan ser abordados con más urgencia, como consumo de drogas, abusos, etc.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

El consumo de alcohol no se encuentra en la lista de mis prioridades ya que existen otros problemas más importantes como, por ejemplo, la dieta o el tabaco.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

El tiempo de consulta del que dispongo es limitado y hay un alto número de temáticas que abordar con las mujeres embarazadas.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Considero que preguntar sobre el consumo de alcohol puede provocar ansiedad y culpa en la mujer embarazada y no deseo provocar alarma.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Considero que preguntar sobre el consumo de alcohol puede provocar que la embarazada sienta que está siendo juzgada.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

No creo tener suficiente habilidad o recursos para provocar un cambio real en las gestantes que consuman altos niveles de alcohol o para apoyarlas.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---