

# TFM Laura Rabasco Gómez

*por* Laura Rabasco Gómez

---

ARCHIVO	22557_LAURA_RABASCO_GOMEZ_TFM_LAURA_RABASCO_GOMEZ_1651689_1473737715.PDF (427.82K)		
HORA DE LA ENTREGA	10-MAY.-2020 12:17P. M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	11313
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	1320749119	SUMA DE CARACTERES	55535

Laura  
Rabasco  
Gómez



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

# VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE ACTITUDES FRENTE AL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD EN ESPAÑA

Autor/a: Laura Rabasco Gómez  
Director/a Profesional: Belén Charro Baena  
Director/a Metodológico/a: Mónica Terrazo Felipe

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE ACTITUDES FRENTE AL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD EN ESPAÑA



MADRID | Mayo 2020

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo llevar a cabo la validación de la escala de Actitud de las Mujeres frente al Embarazo y la Maternidad (EAEM) en población española. Además, se evaluó el consumo de alcohol durante el embarazo mediante el cuestionario Alcohol Use Identification Test (AUDIT). Para ello se contó con una muestra de 209 madres y embarazadas mayores de edad. Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio, se estudió la consistencia interna de la escala y se empleó como variable criterio el consumo de alcohol de las participantes. Los resultados reflejan una fiabilidad aceptable ( $\alpha = .75$ ) y se mantiene la estructura de siete factores propuesta en la escala original con una redistribución de los ítems. Se muestra una correlación baja entre la actitud de las mujeres hacia el embarazo y la maternidad con el consumo de alcohol ( $r=.033$ ). En relación con el consumo, se ha observado que el 8.5% de las mujeres consideraban la posibilidad de consumir alcohol durante la gestación. Resulta recomendable seguir investigando en esta dirección dado el escaso número de estudios acerca de la actitud de las mujeres hacia el embarazo y la maternidad en España.

*Palabras clave: actitud, validación, embarazo, maternidad, alcohol.*

## ABSTRACT

The aim of this study was to validate the Attitude of Women to Pregnancy and Maternity Scale (EAEM) in the Spanish population. In addition, alcohol consumption during pregnancy was evaluated by means of the Alcohol Use Identification Test (AUDIT) questionnaire. For this purpose, a sample of 209 mothers and pregnant women of legal age was taken. An exploratory factorial analysis was carried out, the internal consistency of the scale was studied and the alcohol consumption of the participants was used as a criterion variable. The results reflect an acceptable reliability ( $\alpha = .75$ ) and the seven-factor structure proposed in the original scale was maintained with a redistribution of the items. A low correlation is shown between women's attitudes towards pregnancy and motherhood and alcohol consumption ( $r=.033$ ). In relation to consumption, it was observed that 8.5% of the women considered the possibility of consuming alcohol during pregnancy. It is advisable to continue researching in this direction given the scarce number of studies on women's attitudes towards pregnancy and motherhood in Spain.

*Key words: attitude, validation, pregnancy, motherhood, alcohol.*

## **1. Introducción**

### **1.1.Fundamentación teórica**

#### **A. El embarazo y la maternidad**

El embarazo es el periodo de nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer (National Institute of Child Health and Human Development, 2017). Es una etapa en el que se producen numerosas transformaciones en el organismo de la madre, tanto a nivel corporal como hormonal, metabólico e inmunológico. Además, supone un gran cambio a nivel psicológico dado que la mujer tiene que adaptarse a su nueva condición y a la novedosa situación que va a tener que afrontar ya que un embarazo supone importantes alteraciones en la vida de las personas (Marín, Bullones, Carmona, Carretero, Moreno y Peñacoba, 2008).

La gestación se divide en tres trimestres en los cuales tienen lugar diferentes acontecimientos en el desarrollo del feto y también a nivel psicológico en la madre. Con el primer trimestre tiene lugar un periodo de toma de conciencia y aceptación del embarazo, tanto por la propia madre, como por su entorno. El segundo trimestre conlleva un periodo de mayor estabilidad psicológica, y durante el tercero la mujer experimenta bienestar acerca de la finalización exitosa del embarazo y cierta ansiedad anticipatoria por el momento del parto (Pacheco, Figueiredo, Costa y Pais, 2005).

Carvalho, Loureiro y Rodrigues (2006) llevan a cabo una investigación en la que estudian la transición del embarazo a la maternidad. En ella plantean el embarazo como un periodo que prepara a la mujer a ser madre, y que conlleva una crisis y la necesidad de llevar a cabo siete tareas características de esa fase (Tabla 1.).

**Tabla 1***Tareas específicas de la transición a la maternidad*

Embarazo		Puerperio
Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
<b>Tarea 1:</b> Aceptación del embarazo	<b>Tarea 2:</b> Aceptación de la realidad del feto: feto como ser independiente a la mujer <b>Tarea 3:</b> Revalidar y reestructurar la relación con los padres	<b>Tarea 4:</b> Revalidar y reestructurar la relación con el marido/compañero  <b>Tarea 5:</b> Aceptar al bebé como una persona separada <b>Tarea 6:</b> Revalidar y reestructurar la propia identidad
		<b>Tarea 7:</b> Revalidar y reestructurar la relación con los otros hijos

---

Nota. Recuperado y adaptado de Carvalho, Loureiro y Rodrigues (2006).

## **B. Actitud de las mujeres frente al embarazo y la maternidad**

La maternidad es un momento de la vida de la madre en la que se vuelve hacia su propia infancia, hacia las experiencias que ha vivido, las relaciones que estableció con sus seres cercanos, las vivencias de su propia madre (Mohr, Mayes, y Rutherford, 2017). El embarazo está acompañado por sentimientos vinculados a la historia y las experiencias de la propia madre. Acerca a la mujer a su relación con sus propios padres y le permite recolocarlas, reelaborar antiguos conflictos y promueve un nuevo proceso de individuación de la madre respecto a la relación con sus progenitores. Es un periodo continuo de confrontación para las madres durante el cual los deseos y las ideas de las mujeres con respecto a la maternidad y su propio hijo, chocan con la realidad (Callegaro, 2007).

Es una experiencia novedosa que enciende en la madre nuevos sentimientos, fantasías y expectativas respecto a la nueva etapa, a su hijo y a ella como madre. Durante el embarazo la madre experimenta numerosos cambios psíquicos que hacen que vaya elaborando representaciones mentales de su futuro hijo, desarrolla fantasías asociadas a él y a ella como madre. Estos cambios y representaciones que se crean en la madre permitirán que se identifique en mayor o menos medida con el bebé, y guían su comportamiento, permitiéndola desarrollar mayor sensibilidad y capacidad para responder a las necesidades de su hijo, y haciendo que se sienta más o menos preparada para su cuidado. Esta capacidad de adaptación de la madre va a tener consecuencias en el desarrollo socioemocional de su progenitor (Mohr, Mayes y Rutherford, 2017; Álvarez-Monjaras, Rutherford y Mayes, 2019).

El embarazo y la maternidad supone para las mujeres una reestructuración en su sistema de valores, en sus prioridades y su actitud. Es un momento en el que se forja la identidad de la mujer como madre a través de la interacción con el hijo, con la sociedad y la cultura (Berlanga, Flores, Pérez-Cañaveras, 2013).

La maternidad conlleva un proceso de cambio a diferentes niveles (físicos, psicológicos y sociales) en el entorno y la vida de la mujer. Es un periodo de inestabilidad en el que la mujer tiene que reorganizar su vida. Los cambios psicológicos que experimente y la manera de afrontarlos va a estar influenciada y va a depender de su personalidad, de su capacidad de adaptación, de sus propias creencias, sus perspectivas, su estado social y económico, el conocimiento que tengan acerca de la maternidad y la situación en la que se encuentran, y por supuesto, por su estado psicológico (Javadifar, Majlesi, Nikbakht, Nedjat y Montazeri, 2016; Bjelica, Cetkovic, Trinic-Pjevic y Mladenovic-Segedi, 2018).

Estos cambios que se producen en la vida de las mujeres embarazadas serán vividos como pérdidas o ganancias en función del significado que estas le den a la nueva circunstancia en la que se encuentran. Esta evaluación interna que llevan a cabo las mujeres es la que hace que experimenten o no el embarazo como un momento de felicidad (Carvalho, Loureiro y Rodrigues, 2006).

La noticia del embarazo puede desencadenar en la mujer dos respuestas: aceptación y satisfacción, en el caso de que el embarazo sea deseado, o sorpresa si el embarazo no ha sido programado. Ante la sorpresa de un embarazo no esperado, la mujer experimenta dos reacciones: por un lado, emociones positivas (alegría y felicidad) que preparan a la mujer a aceptar la situación y a preparar a su cuerpo para la gestación. Por otro lado, se pueden desencadenar emociones negativas (ansiedad, miedo, negación).

La evaluación del embarazo como una experiencia emocional negativa conlleva un proceso de confrontación. La mujer valora la situación en la que se encuentra, evaluando su situación, lo positivo y negativo, evalúa cómo el embarazo puede afectar a su bienestar (físico, psicológico y social) y cómo puede afectar en sus relaciones. Posteriormente, la madre comienza a hacer juicios sobre las capacidades y recursos de los que dispone para hacer frente a la situación (Fernández y Cabaço, 2004).

Dada la escasez de instrumentos que evaluaran la actitud de las mujeres durante el embarazo, Xavier, Paúl y Sousa en 1996 desarrollaron la “Escala actitudes sobre a gravidez e a maternidade”. Este instrumento busca conocer la actitud de las mujeres hacia su propio embarazo, integrando las áreas afectivas y la evaluación que estas mujeres hacen de la situación, obteniendo también información acerca de los comportamientos y de las cogniciones. La escala pretende conocer cómo afecta el embarazo al desarrollo personal de la mujer y cómo esta lo integra en su vida. La información recogida puede aportar datos acerca de la atención que la madre proporciona al niño tras el nacimiento, brindando la posibilidad de predecir el tipo de relación que el hijo establecerá con su propia madre y cómo este vínculo contribuirá a su desarrollo.

### **C. Consumo de alcohol**

El alcohol es una sustancia psicoactiva con un efecto sedante, su consumo excesivo durante un periodo prolongado de tiempo lleva en ocasiones al desarrollo de dependencia o enfermedades mentales, físicas y orgánicas. El abuso de esta sustancia es un asunto de gran

relevancia social, en 2016 el 5,3% de las muertes a nivel mundial fueron debidas al consumo nocivo de alcohol (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Galán, González y Valencia-Martín en 2014 plantean la posibilidad de diferenciar dos tipos de consumo a nivel global. Por un lado, encontramos las *wet cultures* que se dan en países en los que el consumo de alcohol está integrado en la vida cotidiana de las personas, se acompaña con la comida, hay un fácil acceso a este tipo de bebidas y la tasa de abstinencia en la población es baja. Por otro lado, encontramos países en los que existe una *dry culture* en los que el consumo de alcohol no se da de forma cotidiana, el acceso al alcohol está más limitado y la tasa de abstinencia es significativamente menor.

Consideran que una bebida alcohólica estándar contiene 10 gramos de alcohol puro, y que el consumo de varones de entre 18 y 64 años es de 20 gramos diarios, con una reducción a 10 gramos a partir de los 65 años. En mujeres la cantidad recomendada es de 10 gramos. Estos autores llevan a cabo una clasificación del consumo de alcohol en cinco niveles en función de la gravedad del consumo.

Para llevar a cabo la clasificación los autores recogen información sobre el consumo de alcohol durante los últimos doce meses:

- No bebedores: no han consumido alcohol en los últimos doce meses.
- Bebedores de bajo riesgo: hombres que consumen entre 1 y 49 gramos de alcohol puro al día y mujeres que consumen entre 1 y 23 gramos al día.
- Bebedores de alto riesgo: hombres que consumen más de 40 gramos al día y mujeres que consumen más de 24 gramos al día.
- Además, existen dos niveles más en los que se combinan los consumidores de bajo riesgo y de alto riesgo junto con el patrón *binge drinking*. Este tipo de consumo consiste en la ingesta de 6 o más bebidas estándar en hombre y 5 o más en mujeres en un periodo de entre cuatro y seis horas.

La investigación extrajo los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de los años 2011 y 2012. Los resultados de la investigación mostraron que un 75,4% de hombres y un 53,4% de mujeres eran consumidores de bajo riesgo, y un 2% de hombres y un 0,7% de mujeres eran bebedores de alto riesgo.

Según Galán, González y Valencia-Martín (2014) España se encuentra en un momento de transición entre la *wet culture* y la *dry culture*. A pesar de que no existe un patrón de consumo

tan peligrosos como en otros países, la proporción de adultos que llevan a cabo *binge drinking* y las intoxicaciones en jóvenes van en aumento.

Esto podemos verlo reflejado en los resultados de la encuesta sobre alcohol y drogas en España a personas de entre 15 y 64 años mediante el AUDIT. Los resultados ponen de manifiesto que el 5,1% (7,6% en hombres y 2,6% en mujeres) de los encuestados mostraron un patrón de consumo de riesgo (EDADES, 2017). Si comparamos este porcentaje con el recogido en años anteriores, podemos ver un aumento en comparación con el 2013 en el que la tasa era del 5% y del 2009 con una tasa del 4,9% (EDADES, 2018).

#### **D. Consumo de alcohol durante el embarazo**

El abuso de alcohol durante el embarazo puede tener diferentes consecuencias como abortos, partos prematuros y afectaciones en el feto. El consumo de alcohol durante el embarazo lleva al desarrollo en el niño de problemas de crecimiento, alteraciones en el desarrollo del cerebro y del sistema nervioso central (OMS, 2014).

Diferentes investigaciones han tratado de estudiar la cantidad de alcohol que resulta perjudicial para el feto, sin embargo, no se ha logrado establecer el rango a partir del cual el consumo de alcohol empieza a resultar perjudicial. A pesar de ello, se sabe que el consumo de alcohol durante el embarazo es perjudicial para el desarrollo del embarazo, por lo que las guías clínicas recomiendan la abstinencia de consumo durante la gestación (OMS, 2016).

El alcohol es una sustancia teratógena, puede producir malformaciones durante el desarrollo del feto. El etanol tiene la capacidad de atravesar la barrera placentaria, llegar al sistema circulatorio del feto y afecta al desarrollo de este, causando alteraciones a nivel celular y orgánico. Estas alteraciones pueden causar un Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (FASD), en el que se manifiestan discapacidades físicas y neurológicas en el feto, como puede ser discapacidad intelectual, trastornos conductuales y del aprendizaje (Navarro, 2017). Otro de los efectos del consumo de alcohol durante el embarazo es que puede disminuir el tiempo de gestación (nacimiento prematuro antes de 37 semanas de embarazo) y aumenta el riesgo de abortos espontáneos (citado en Navarro, 2017).

Se han llevado a cabo diferentes investigaciones a nivel mundial que han tratado de conocer la prevalencia de consumo de alcohol durante el embarazo. Un estudio llevado a cabo por

Popova et al. en 2017 refleja que, a nivel mundial, existe una prevalencia del 9,8% de consumo de alcohol durante del embarazo y una prevalencia del 25,2% en el caso de mujeres europeas.

#### **E. Consumo de sustancias durante el embarazo en mujeres españolas**

En relación con el consumo durante el periodo de gestación, en 2015 Blasco-Alonso et al. llevaron a cabo un estudio en Málaga acerca de la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en mujeres embarazadas. Los resultados ponen de manifiesto que el 27,2% de la muestra de 123 mujeres, habían consumido alcohol durante el embarazo. Las tasas de consumo reflejan una disminución a lo largo del embarazo, con un consumo del 40,7% durante el primer trimestre, un 23,1% durante el segundo y un 17,1% en el tercer trimestre de embarazo.

En 2019 se llevó a cabo un estudio en Sevilla acerca de la información dada por los profesionales sanitarios a las mujeres embarazadas acerca del consumo del alcohol. Se entrevistó a 426 mujeres embarazadas que se encontraban en la semana 20 de embarazo. Los resultados muestran que el 43% de las mujeres no habrían recibido información por parte de los sanitarios, el 43,3% habían recibido indicaciones de no consumir absolutamente nada de alcohol durante el embarazo. De las mujeres que reconocen haber sido informadas, el 81,3% asumieron que no podían consumir absolutamente nada de alcohol, mientras que el 14,2% entendió que podía beber ocasionalmente (Mendoza et al., 2019).

Charro, Xavier y Franco en 2019 publicaron una investigación acerca del conocimiento y la actitud de las mujeres gestantes frente al alcohol en España, Francia y Portugal. Se tomo una muestra de 63 mujeres, las cuales consumían alcohol previamente a quedar embarazadas. Los resultados muestran que un 66% de las mujeres españolas redujeron su consumo y un 33% lo abandonó por completo, en comparación con Francia cuya tasa de abandono fue del 70% y de Portugal que fue del 75%. Esto refleja, una vez más, un elevado consumo de alcohol por parte de las mujeres españolas durante el embarazo. El principal motivo de consumo encontrado fue la creencia de que un consumo mínimo no supone un riesgo. Otros de los motivos encontrados fueron la falta de información sobre las posibles consecuencias del consumo, la costumbre, la vinculación del consumo a los festejos y la ansiedad.

En 2019, Romero-Rodríguez et al. Llevan a cabo una investigación en la que se analiza el consumo de alcohol en mujeres españolas embarazadas desde 1980 hasta 2014, tratando de identificar los factores que están asociados al consumo de alcohol. Los resultados muestran una reducción en el consumo de alcohol de un 29,6% en 1980 a un 5,4% en 2014. El estudio

refleja que existe una mayor probabilidad de consumo de alcohol en el caso de mujeres que han nacido fuera de España, embarazos no deseados, mujeres que trabajan fuera de casa y cuando se reporta consumo de drogas. Además, se plantea que en los últimos años se ha fortalecido la relación entre el consumo de alcohol y de drogas.

Estos datos apoyan la necesidad de seguir estudiando los factores asociados al consumo de alcohol durante el embarazo, y la necesidad que el sistema de sanidad invierta esfuerzos en formar a los sanitarios en los riesgos del consumo de alcohol durante el embarazo y en la importancia de que esto sea transmitido a las mujeres embarazadas.

No existe un gran número de investigaciones que pongan en relación la actitud de las mujeres hacia el embarazo y la maternidad con el consumo de alcohol. Además, este número se reduce si se trata de estudios con muestra española. La escasa información junto a los datos recogidos en otras investigaciones, ponen de manifiesto la necesidad de seguir estudiando esta área.

Tal como se ha mencionado anteriormente la tasa de consumo de alcohol a nivel europeo y español es significativamente más alta que la tasa de consumo a nivel mundial, por lo que resulta importante conocer los aspectos que llevan al consumo de alcohol durante la gestación por parte de la población española, de forma que futuros trabajos vayan encaminados al desarrollo de programas que aumenten la conciencia social acerca de los riesgos de la ingesta de alcohol durante el embarazo para el feto y para la madre gestante.

En 2018, Lange, Probst, Rehm y Popova llevaron a cabo un metaanálisis acerca de la prevalencia de consumo de tabaco durante el embarazo. Los datos ponen de manifiesto que en 2015 el consumo de tabaco durante el embarazo era del 26%.

## **1.2.Objetivos**

La presente investigación tiene como objetivo llevar a cabo la validación de la Escala de Actitudes sobre el Embarazo y la Maternidad (EAEM) (Xavier, Paul y Sousa, 1996) en población española. Se añadirá la variable de consumo de sustancias como variable criterio para comprobar la validez de la escala, dando un valor teórico y utilidad metodológica al estudio. Con esto también se pretende conocer el patrón de consumo de sustancias de las mujeres gestantes o de las mujeres que han estado embarazadas, y la actitud que estas tienen frente al embarazo y la maternidad.

Resulta importante llevar a cabo la validación de la escala para comprobar que se adapta a las condiciones culturales de la sociedad española y así conocer la fiabilidad y validez del instrumento para esta población. Con este procedimiento de validación se espera encontrar buenas propiedades psicométricas que permitan utilizar el instrumento en futuras investigaciones españolas.

El presente trabajo tiene dos objetivos fundamentales. En primer lugar, busca llevar a cabo la validación en población española de la Escala de Actitudes sobre el Embarazo y la Maternidad (EAEM) (Xavier, Paul y Sousa, 1996). Por otro lado, pretende recoger información acerca de los patrones de consumo de alcohol de las mujeres durante el embarazo, analizando si existen relaciones entre la actitud de estas mujeres hacia su embarazo y el consumo de alcohol que tienen durante esa etapa de su vida. La información acerca del consumo de alcohol fue recogida mediante el cuestionario Alcohol Use Identification Test (AUDIT) (Saunders, Babor, Fuente y Grant, 1993).

## **2. Método**

### **2.1. Participantes**

El estudio se llevó a cabo con 209 mujeres españolas mayores de edad, de entre 21 y 67 años ( $M=42.40$ ;  $DE=9.155$ ) que eran madres o estuviesen embarazadas. Se llevó a cabo una metodología de muestreo no probabilístico mediante la técnica bola de nieve. Se informó al principio del cuestionario acerca de la investigación y se solicitó el consentimiento informado.

De las 209 participantes, 11 estaban embarazadas, de las cuales cinco eran madres primerizas. La edad media registrada en la que se tuvo el primer hijo fue de 30.11 años ( $DE=4.983$ ), con un rango de 16 a 41 años. Se registró el número de hijos de las participantes, el mínimo de hijos fue de 1 y el máximo de 7 ( $M= 1.91$ ;  $DE=1.085$ ).

En relación con el estado civil de las participantes, 155 estaban casadas, 22 solteras, 19 divorciadas, 12 tenían pareja de hecho y solo 1 era viuda.

## 2.2. Instrumentos

### A. Escala atitudes sobre a gravidez e a maternidade (EAEM) (Xavier et al., 1996)

Para desarrollar la presente investigación se ha llevado a cabo la traducción de la “Escala atitudes sobre a gravidez e a maternidade” (Xavier et al., 1996) al español bajo el nombre de “Escala de Actitudes sobre el Embarazo y la Maternidad” (Anexo 4). Se ha mantenido el formato original de la escala, traduciendo los ítems al español. La escala busca conocer la actitud de las mujeres frente a su propio embarazo y la posterior maternidad. La actitud hace referencia a la tendencia a evaluar ciertas situaciones para responder a ellas de forma favorable o desfavorable. Es una predisposición psicológica estable que se incorpora y se organiza a través de la experiencia de la persona y de la interiorización de los modelos sociales, culturales y morales en los que se desenvuelve (Ander-Egg, 2013).

En 1996 Xavier, Paúl y Sousa comenzaron a desarrollar esta escala como parte de una investigación en la que se estudiaba el embarazo y el desarrollo temprano de la vida de un grupo de niños. Esta escala se desarrolla motivada por la inexistencia de un instrumento similar y que midiese la actitud de las mujeres frente al embarazo y la maternidad en población portuguesa.

La elaboración de la escala se llevó a cabo a partir de una revisión bibliográfica, la experiencia profesional de los autores y la realización de entrevistas no estructuradas con mujeres embarazadas. Esta información fue la base para el desarrollo de los ítems y posteriormente se llevó a cabo la evaluación de las cualidades psicométricas mediante la administración de una versión preliminar.

La escala final consta de 42 ítems con cuatro opciones de respuesta tipo Likert 1-4 (siendo 1 Siempre, 2 Muchas veces, 3 Pocas veces y 4 Nunca). Estos ítems se agrupan en siete dimensiones o subescalas.

- Hijo imaginado compuesta por los ítems 2, 6, 11, 17, 26, 31 y 36.
- Buena madre compuesta por los ítems 1, 9, 10, 12, 16, 23, 27, 28 y 32.
- Embarazo como factor de cambio o crecimiento personal compuesta por los ítems 19, 22, 24, 30, 38 y 41.
- Aspectos difíciles del embarazo o la maternidad compuesta por los ítems 3, 14, 18, 20, 33, 34, 37 y 39.

- Relación con la propia madre compuesta por los ítems 5, 13, 35 y 42.
- Apoyo del marido o la pareja compuesta por los ítems 7, 15, 21 y 25.
- Imagen corporal y necesidad de dependencia compuesta por los ítems 4, 8, 29 y 40.

La escala se aplicó a 357 mujeres embarazadas, la mayoría residentes en Oporto. Se recogieron datos acerca de la edad de la gestante, el tiempo de gestación (en semanas), el sexo del bebé (si se conoce) y su disposición a la fraternidad (madres primerizas o madres con varios embarazos).

Los resultados de la validación de la escala original muestran buenas propiedades psicométricas. Se estudió el Alfa de Cronbach para calcular la consistencia interna del instrumento. Se encontraron buenas puntuaciones en las subescalas de “bebé imaginado” en la que el valor de alfa fue de .76, en “buena madre” con un .72, en “embarazo como factor de cambio o crecimiento personal” fue de .75, en “aspectos difíciles del embarazo o la maternidad” fue de .71, en “relación con la propia madre” la puntuación fue .69 y en la de “apoyo del marido o pareja” fue de .68. En la subescala de “imagen corporal y necesidad de dependencia” se observaron puntuaciones más bajas, con un alfa de .58.

Del mismo modo, la presente investigación llevó a cabo una evaluación de la fiabilidad de la escala. Los resultados muestran un Alpha de Cronbach de .80 en la subescala “bebé imaginado”, un valor de .57 en “buena madre”, en “embarazo como factor de cambio o crecimiento personal” un .70, en “aspectos difíciles del embarazo o la maternidad” la puntuación encontrada fue de .68, en “relación con la propia madre” un .78, en “apoyo del marido o la pareja” el valor de alfa fue de .77 y por último en “imagen corporal” de .52. La escala muestra una buena fiabilidad, con un Alfa de .84.

Para la validación de la escala también se estudió la validez discriminante, que hace referencia a la capacidad del instrumento de discriminar entre grupos. Para ello se analizaron las diferencias entre un grupo de mujeres embarazadas que consumían sustancias ilícitas, un grupo de embarazadas de riesgo según criterios médicos y un grupo control. Se observó que existían diferencias significativas en las puntuaciones en función de los diferentes grupos para todas las subescalas. Es decir, el instrumento presenta una buena validez discriminante y es útil a la hora de distinguir grupos.

Además, ha resultado ser un instrumento de fácil administración y comprensión dada la claridad de los ítems. Los autores consideran que es una herramienta útil a la hora de analizar características particulares en mujeres embarazadas, por ejemplo, en grupos de riesgo o respecto a su relación con el niño, para entender que factores afectan al desarrollo del embarazo, entre otros (Xavier et al., 1996).

### **B. Alcohol Use Identification Test (AUDIT) de Saunders et al. (1993)**

Por otro lado, el consumo de alcohol se medirá mediante la versión española del cuestionario Alcohol Use Identification Test (AUDIT) de Saunders et al. (1993), que fue traducida por Contel, Gual y Farran en 1999 (Anexo 2). Este instrumento explora la cantidad y la frecuencia de consumo de la persona, la presencia de conductas de dependencia y los problemas asociados al consumo de alcohol.

La prueba consta de 10 ítems con cinco opciones de respuesta del 0 al 4, excepto los ítems 9 y 10 en los que existen únicamente tres opciones de respuesta (0, 2 y 4). Este cuestionario ha mostrado buenas propiedades psicométricas, siendo válido y fiable a la hora de detectar consumos de alcohol nocivos y de riesgo. El test original muestra una buena fiabilidad, con un Alfa de Cronbach de .88.

Contel et al. (1999) estudiaron la validez predictiva del AUDIT. Los resultados ponen de manifiesto que el cuestionario resultó adecuado a la hora de detectar el consumo de riesgo en hombres, con un punto de corte de nueve puntos (0-8 negativo, 9-40 positivo) y un punto de corte de seis puntos en el caso de las mujeres con un consumo excesivo (Pérula de Torres, 2005). Los consumos totales iguales o superiores a los puntos de corte establecidos se consideran como consumos de riesgo y perjudiciales. El cuestionario mostró una eficiencia del 81.91% a la hora de clasificar adecuadamente los positivos y negativos reales.

### **2.3. Procedimiento**

El cuestionario se llevó a cabo en la plataforma Google Forms y fue distribuido mediante diferentes redes sociales con el objetivo de alcanzar la mayor muestra posible.

Antes de comenzar se aportó a los participantes información acerca del propósito del estudio y del uso de los datos con fines de investigación y académicos. Del mismo modo, se proporcionaron instrucciones acerca de cómo completar el cuestionario y se garantizó la

confidencialidad, solicitándose un consentimiento de participación voluntario. El tiempo aproximado para responder al cuestionario fue de 25 minutos.

El cuestionario consta de 88 ítems y el tiempo estimado para su realización es de 30 minutos. Se incluyeron variables sociodemográficas en el cuestionario (edad, estado civil, si trabajaban o no, la profesión, el nivel escolar alcanzado y frecuencia con la que acude a oficios religiosos/misa). Del mismo modo se incluyeron preguntas relacionadas con el embarazo y la maternidad, y con la salud de la mujer en general (Anexo 1). Estos ítems se incluyeron con el objetivo de conocer la relación del consumo de alcohol en función del estado civil, del nivel de estudios y de si las mujeres estaban o no embarazadas en el momento de responder al cuestionario, así como para ser utilizadas en futuras investigaciones.

Una vez completada la primera parte del cuestionario, las participantes respondieron al cuestionario AUDIT (Contel et al., 1999) (Anexo 2). Al finalizarlo se incluyeron una serie de ítems con el objetivo de conocer la idea que tienen las participantes acerca del consumo de alcohol durante el embarazo (Anexo 3). Finalmente, las participantes respondieron a la Escala de Actitud de las Mujeres hacia el Embarazo y la Maternidad traducida al español (EAEM, Xavier, Paul y Sousa, 1996) (Anexo 4).

#### **2.4. Análisis de datos**

Los análisis de datos se llevaron a cabo a través del paquete estadístico IBP SPSS versión 26. Se realizaron análisis descriptivos de las variables sociodemográficas, de las variables de la muestra relacionadas con el embarazo y la maternidad, y de las variables vinculadas a la percepción de las participantes acerca del consumo de alcohol durante el embarazo. Para ello se estudió la media y la desviación típica en el caso de las variables cuantitativas, y un análisis de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Se consideraron inversos los ítems 3, 9, 12, 14, 18, 20, 32, 33, 34, 37 y 39, atendiendo a la redacción del ítem y a la percepción negativa del embarazo y de la maternidad.

Para la validación de la escala se realizó un Análisis Factorial Exploratorio mediante la técnica de Máxima Verosimilitud con el tipo de rotación Oblimin Directo con el objetivo de conocer si la estructura de la escala y los factores extraídos de ella coinciden con los de la escala original. En ambos casos, los resultados de la prueba KMO y de la prueba de esfericidad de Barlett mostraron la posibilidad de llevar a cabo un análisis factorial. Para la inclusión de

los ítems en los factores se tuvo en cuenta la saturación del ítem en el factor, excluyendo puntuaciones inferiores a .25, y la relación teórica del ítem en el factor.

Se hizo un estudio del supuesto de normalidad de las distribuciones de la escala para cada factor y para la puntuación global del test mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov. Los resultados mostraron que se no se puede asumir normalidad para cada factor de manera independiente ( $p < 0.05$ ), pero si para la totalidad de la escala ( $p > 0.05$ ). Se llevó a cabo la prueba "t" de Student para muestras independientes con el objetivo de realizar un análisis de la validez discriminante de la prueba. Se llevo a cabo el cálculo de la d de Cohen para analizar el tamaño del efecto y se consideraron las puntuaciones por encima de .2 como pequeñas, por encima de .5 como moderadas y por encima de .8 como grandes. Además, se realizó una correlación de Pearson para relacionar las puntuaciones en el consumo de alcohol y la actitud de las mujeres hacia el embarazo y la maternidad. El cálculo del tamaño del efecto se realizo estudiando el coeficiente determinación, considerándose significativas puntuaciones de r superiores a .45 ( $r < .45$ ).

### **3. Resultados**

#### **Análisis Factorial Exploratorio**

La prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) alcanzó un valor de .767 que garantiza una buena adecuación muestral. Se obtuvo una puntuación en la prueba de esfericidad de Barlett de  $\chi^2 = 32309.58$  ( $gl=861$ ;  $p=.000$ ) que garantiza la correlación entre los ítems y permite la extracción de las dimensiones.

Se llevo a cabo el análisis factorial exploratorio mediante el método de extracción de Máxima Verosimilitud y una rotación Oblimin Directo con normalización de Kaiser. Los resultados mostraron la existencia de un total de 12 posibles dimensiones. Sin embargo, el gráfico de sedimentación (Figura 1) muestra que los siete primeros factores presentan una buena capacidad explicativa, produciéndose un descenso en los factores posteriores. Estos resultados apoyan los datos de la escala original que cuenta con siete factores, con una varianza total explicada del 50%. Los ítems presentan comunalidades superiores a .2.

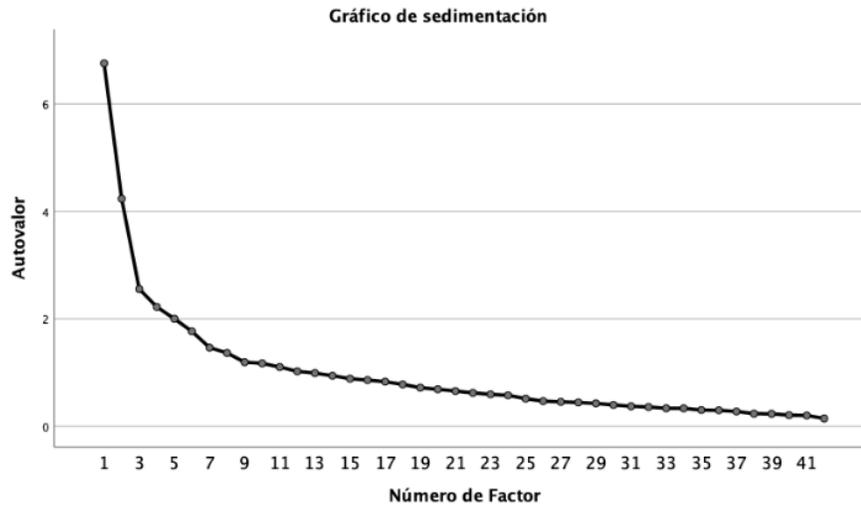


Figura 1. Gráfico de sedimentación. Análisis factorial exploratorio, extracción máxima verosimilitud y rotación Oblimin Directo.

La Tabla 2 muestra la agrupación de los ítems en los siete factores, las varianzas explicadas de cada factor y sus autovalores. El factor 1, corresponde a la subescala de “bebé imaginado” y está compuesto por los ítems 1, 2, 6, 11, 17, 26, 28, 31 y 36. Si comparamos con la escala original podemos observar la inclusión del ítem 1 y 28 en el factor.

El factor 2 hace referencia a la escala “apoyo del marido o pareja”, consta de los ítems 7, 10, 15, 21 y 25. En este análisis se ha incorporado el ítem 10, que cuenta con apoyo teórico y estadístico. El factor 3 corresponde a la dimensión “embarazo como factor de cambio o crecimiento personal”, está formado por los ítems 19, 24, 30, 38 y 41, excluyéndose en esta revisión el ítem 22 de este factor.

El factor 4 hace referencia a la subescala “aspectos difíciles del embarazo o la maternidad”, incluye los ítems 3, 4, 14, 18, 22, 29, 33, 34 y 39. Se han incluido los ítems 4, 22 y 29, y se han eliminado el 20 y el 37.

La “relación con la propia madre” se identifica con el factor 5, en el que se incluyen los ítems 5, 13, 35 y 42. Esta dimensión mantiene la estructura original. El factor 6 hace referencia a la dimensión de “imagen corporal y necesidad de dependencia” incluye los ítems 8 y 40. Respecto a la escala original vemos que los ítems 4 y 29 que estaban presentes en la escala original y que hacían referencia a la necesidad de dependencia, han sido trasladados a la dimensión de “aspectos difíciles del embarazo o la maternidad”.

Por último, el factor 7 hace referencia a la subescala “buena madre” en la que se incluyen los ítems 9, 12, 16, 20, 23, 27, 32 y 37. Se ha eliminado el ítem 1, 10 y 28, y se ha incorporado el 20 y el 37.

**Tabla 2.**

*Resultados análisis factorial exploratorio*

Ítems	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
26.El embarazo me está haciendo cambiar para mejor	.79	-.32			-.29		
11.Me imagino paseando con el bebé en brazos	.71		-.32		-.26		
31.Me imagino cambiando los pañales a mi bebé	.71		-.32				
36.He pensado que el embarazo es una fase muy importante en mi vida	.60				-.29	.29	
6.Me imagino jugando con mi hijo	.58						
22.Desde que estoy embarazada veo la vida de forma diferente	.52			-.38			
17.He pensado en el futuro de mi bebé	.44						
2.Con el embarazo me siento más responsable	.42						
16.El embarazo me está haciendo cambiar para mejor	.37				-.31		.36
28.El embarazo me hace sentir importante	.36						
1.Pienso que soy una buena madre	.35						
7. El apoyo del marido / compañero es muy	.27	-.29					

importante durante el embarazo				
15.Mi esposo / compañero me ha ayudado durante el embarazo		-.90		
25.El apoyo de mi esposo / compañero ha sido muy importante durante el embarazo	.30	-.79		
21.Desde que estoy embarazada siento que mi marido / compañero comprende mis necesidades	.27	-.72		
10. Desde que estoy embarazada que me siento más cerca de mi marido / compañero	.27	-.64		
34.Me preocupa la capacidad de mi marido / compañero para tratar con el bebé		-.53	.40	-.34
30.Cuando nazca el bebé mi vida va a cambiar			-.86	
38.He pensado que después de que el bebé nazca, mi vida va a cambiar			-.70	.27
24.Este bebé va a cambiar mi vida	.25	-.69		
19.Tener hijos altera la vida de una mujer		-.50	-.31	
14. El estar embarazada conlleva un enorme desgaste psicológico		.27	.74	

4. Desde que estoy embarazada que necesito más apoyo		.72		
3.El embarazo es un período difícil en la vida de una mujer		.25	.67	
33.Estar embarazada conlleva un enorme desgaste físico		.33	.55	
29. Desde que estoy embarazada necesito más cariño	-.33		.50	-.35
39.Estoy preocupada por mi capacidad para enfrentarme al parto			.47	-.33
18.Un niño pone a una mujer nerviosa si tiene que estar todo el día con ella		-.25	-.45	.38
41.Desde que estoy embarazada me siento una persona diferente	.29	-.30	-.33	
13.Mi madre comprendía mis problemas y preocupaciones				-.85
5.Considero a mi propia madre como una verdadera amiga				-.73
42.Mi madre solía mimarme	.37			-.61
35.Mi madre merece mi respeto por la forma en que me educó	.39	-.25		-.57

40.Durante el embarazo me preocupó por arreglarme y vestir ropa bonita								.73
8.Durante el embarazo me preocupa mi aspecto								.66
37.Mi madre no me ayudó tanto como yo necesitaba								.60
20.El padre no es importante para ayudar a criar a su hijo								.53
9.Los bebés son todos iguales en el primer año de vida								.42
12.Con prestar los cuidados básicos al bebé, como darle de comer y mantenerlo limpio, todo irá bien								.41
23.Una buena madre aleja a los niños de las dificultades de la vida								.41
27.Es importante que sea yo la que enseñe a mi hijo a usar el orinal								.31
32.Los abuelos tienen más tiempo para cuidar de los niños								.28
Autovalores iniciales	5.80	3.80	1.97	1.88	1.60	1.12	1.13	
% total de varianza	13.82	9.03	4.70	4.48	3.79	2.68	2.68	

Método de extracción: máxima verosimilitud.

Método de rotación: Oblimin con normalización Kaiser.

\*Se excluyeron las saturaciones factoriales inferiores a .25.

\*F= factor

La Tabla 3 refleja los resultados de las correlaciones entre los diferentes factores, que permiten conocer el grado de relación entre las diferentes dimensiones y la dirección de la relación.

**Tabla 3.**

*Correlación entre factores.*

Factor	2	3	4	5	6	7
1	,372**	,264**	-,070	,393**	,157*	,284**
2		-,012	,90	,214**	,060	,068
3			-,283**	,084	,258**	,067
4				-,110	-,154*	-,243**
5					,104	,157*
6						,013

\*La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral).

\*\*La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral).

### **Consistencia interna**

Se examinó la consistencia interna de la EAEM en la muestra a través del índice Alfa de Cronbach y se obtuvo una puntuación de .75, lo que refleja una fiabilidad aceptable del test.

Se llevó a cabo el análisis descriptivo de la media y la desviación típica de cada factor atendiendo a la distribución resultante del análisis factorial llevado a cabo en el presente estudio, así como el cálculo del alfa de Cronbach para cada uno de los factores con el objetivo de analizar la consistencia interna. El valor de alfa para el factor 1 es de .79 (M=13.91; DT=3.52), para el factor 2 de .82 (M=8.93; DT=2.76), el valor para el factor 3 es de .70 (M=7.8; DT=2.24), para el factor 4 es de .56 (M=22.1; DT=2.25), el valor para el factor 5 es de .79 (M=7.25; DT=2.54), para el factor 6 alfa es de .62 (M=4.18; DT=1.34) y para el factor 7 es de .54 (M=21.12; DT=3.66). La Tabla 4 muestra los valores de alfa en la escala original y en la presente validación en muestra española.

**Tabla 4.**

*Puntuaciones Alfa de Cronbach en la escala original y en la validación española.*

Factor	EAEM versión original	EAEM versión española
Hijo imaginado	.76	.79
Apoyo del marido o pareja	.68	.82
Embarazo como factor de cambio o crecimiento personal	.75	.70
Aspectos difíciles del embarazo o la maternidad	.71	.56
Relación con la propia madre	.69	.79
Imagen corporal y necesidad de dependencia	.58	.62
Buena madre	.72	.54

Por otro lado, se estudió la consistencia interna del cuestionario AUDIT para la muestra y se obtuvo una puntuación de alfa de .64.

#### **Evidencias de validez convergente y discriminante**

Se estudiaron las evidencias de validez convergente mediante la comparación de la EAEM con la escala AUDIT mediante la correlación  $r$  de Pearson. En primer lugar, se correlacionaron las puntuaciones totales de ambas escalas y se obtuvo una correlación baja ( $R=.033$ ,  $p=.632$ ,  $R^2=.001$ ) por lo que no se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la actitud de las mujeres al embarazo y el consumo de alcohol.

En segundo lugar, se estudiaron las correlaciones entre el consumo de alcohol (AUDIT) y cada uno de los siete factores del EAEM. Los resultados ponen de manifiesta la existencia de una única relación significativa entre el consumo de alcohol y el factor de “relación con la propia madre”, con una  $r=.140$  y un nivel de significación de .05.

La Tabla 5 muestra los resultados obtenidos de la relación de los factores del test con la variable criterio.

**Tabla 5.***Matriz correlaciones. Resultados relación*

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7
Consumo de alcohol	-.022	.016	-.015	-.029	.140*	-.022	.079

\*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Se realizó la prueba t de Student para estudiar la validez discriminante de la escala. Se analizaron los resultados de la prueba AUDIT y se dividió la muestra en dos grupos. El primer grupo constó de 198 personas que obtuvieron puntuaciones en el test menores o iguales a 6, por lo que se consideraron bebedores sin problemas. El segundo grupo estuvo constituido por 13 personas que puntuaron por encima de 6 en la prueba AUDIT y que se consideraron bebedores de riesgo.

Los resultados de la prueba muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud de las mujeres hacia el embarazo y la maternidad, en función de si son o no consumidoras de riesgo ( $t(209)=.839$ ;  $p=.88$ ).

#### **Consumo de alcohol durante el embarazo**

Los resultados de la investigación reflejaron que el 91,5% de la muestra considera que no se puede consumir alcohol durante el embarazo. Del 8,5% de las mujeres que consideran que se puede consumir alcohol durante el embarazo, el 15% considera que se puede consumir cerveza, el 35% vino, el 45% considera que cerveza y vino y el 5% considera que se puede consumir bebidas fermentadas (vino, cerveza y sidra). En relación con la cantidad permitida de consumo durante el embarazo, del grupo de mujeres consumidoras durante el embarazo, el 88% consideraban que se puede tomar una consumición y el 12% consideraba que se podía tomar dos, ninguna de las participantes manifestó la posibilidad de consumir más cantidad.

En relación con la frecuencia de consumo de alcohol, de las 132 mujeres que contestaron a la pregunta, el 84.8% considera que no se puede consumir nunca durante el embarazo, un 3% considera que se puede consumir una vez al día, el 2.3% considera que se puede consumir una vez a la semana, el 0.8% piensa que se puede consumir una vez al mes y el 9.1% únicamente

en ocasiones especiales. Solo una de las participantes recibe tratamiento por consumo de alcohol.

Se analizó la idea de las mujeres acerca del consumo de alcohol durante el embarazo en función de sus estudios ( $X^2=8.3$ ;  $p=.14$ ) y el estado civil ( $X^2=2.47$ ;  $p=.45$ ), y no se encontró una relación significativa entre las variables. Del mismo modo, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la idea del consumo de alcohol y si estaban embarazadas o no en el momento de responder al cuestionario ( $X^2=1.67$ ;  $p=.68$ ).

#### **4. Discusión:**

La presente investigación tenía como finalidad la validación en población española de la Escala de Actitud de las Mujeres frente al Embarazo y la Maternidad (EAEM) propuesta por Xavier, Paul y Sousa (1996). Tal como se ha revisado a lo largo del artículo existe investigación acerca de esta área en otros países, sin embargo, los estudios españoles aun son escasos, por lo que la validación de la escala supone una importante aportación a la bibliografía de este país. Se utilizó como variable criterio el consumo de alcohol, evaluado mediante el cuestionario AUDIT de Saunders et al. (1993).

Los resultados del análisis reflejan que el EAEM conserva la estructura factorial original con siete factores. Sin embargo, se observa una ligera redistribución de los ítems en los factores. En la presente escala en el factor “hijo imaginado” se incluyeron los ítems 1 (“pienso que soy una buena madre”) y 28 (“el embarazo me hace sentir importante”). En el factor 2 se incluye el ítem 10 (“desde que estoy embarazada me siento más cerca de mi marido/compañero”), lo que puede ser explicado al hecho de que el ítem hace referencia a la relación con la pareja. El factor 3 excluye el ítem 22 (“desde que estoy embarazada veo la vida diferente”), el cual pasa a formar parte del factor 4. Además del ítem 22, en el factor 4 se incluyen como novedad el ítem 4 (“desde que estoy embarazada necesito más apoyo”) y el 29 (“desde que estoy embarazada necesito más cariño”), ambos proceden del factor 6 y podría explicarse debido a la connotación del embarazo como un momento difícil en el que se necesita un mayor apoyo externo.

El factor 5 mantiene la estructura original y el factor 6 excluye los ítems mencionados anteriormente, quedando un factor constituido por únicamente dos ítems. Por último, el factor

7 incorpora los ítems 20 (“el padre no es importante para ayudar a criar a su hijo”) y 37 (“mi madre no me ayudó tanto como yo necesitaba”).

En relación con la validez de la escala, se utilizó como criterio el alcoholismo. Las puntuaciones obtenidas son bajas por lo que el instrumento no muestra una validez adecuada. Sin embargo, se analizó la fiabilidad de la escala a través del índice Alfa de Cronbach y se obtuvo una puntuación de .75, lo que refleja una fiabilidad aceptable de la escala. Atendiendo a la fiabilidad de cada factor, se observa una mejora en los factores “hijo imaginado”, apoyo del marido o pareja”, “relación con la propia madre” e “imagen corporal y necesidad de dependencia”. Se ha producido un descenso la consistencia interna en los factores de “embarazo como factor de cambio o crecimiento personal”, “buena madre” y “aspectos difíciles del embarazo o la maternidad” manteniendo una fiabilidad aceptable.

Atendiendo a la correlación entre los diferentes factores de la escala, podemos observar que estas fueron pequeñas, a excepción de las correlaciones entre “hijo imaginado” y “apoyo del marido o pareja” y “relación con la propia madre” en la que fue moderada. Se observan ciertas diferencias en la relación entre algunos de los factores en comparación con la validación original de la escala.

Se ha invertido la relación positiva planteada en la escala original entre la dimensión de “embarazo como factor de cambio y crecimiento personal” con los factores de “hijo imaginado” y “aspectos difíciles del embarazo y la maternidad”. Al igual ocurre entre la dimensión de “aspectos difíciles del embarazo y la maternidad” con “buena madre”, “imagen corporal y necesidad de dependencia” y “embarazo como factor de cambio o crecimiento personal”.

Del mismo modo, se ha invertido la relación de negativa a positiva entre el factor de “aspectos difíciles del embarazo y la maternidad” con las dimensiones de “hijo imaginado”, “relación con la propia madre” e “imagen corporal y necesidad de dependencia”. Este cambio se observa también en entre los factores de “aspectos difíciles del embarazo y la maternidad” y “apoyo del marido o de la pareja”.

Atendiendo a la validez de constructo no se encontró una relación significativa entre el consumo de alcohol y la actitud de las mujeres hacia el embarazo. La correlación entre el consumo de alcohol y cada uno de los factores de la escala es muy baja e incluso negativa para

los factores 1, 3, 4 y 6. Se observa una única relación significativa y baja entre el consumo de alcohol y la dimensión de “relación con la propia madre”.

Por otro lado, el estudio tenía como objetivo conocer el patrón de consumo de alcohol durante el embarazo. Los resultados muestran que la mayor parte de las mujeres consideran que no puede haber consumo durante el embarazo, sin embargo, un 8.5% de las mujeres consideraban que se podía tomar alcohol durante la gestación. Estos resultados coinciden con los publicados por Popova et al. (2017), en los que manifiestan que, a nivel mundial, el 9.8% de las mujeres consideran que se puede hacer uso del alcohol durante el embarazo. Sin embargo, este porcentaje dista del obtenido en la misma investigación en la que se plantea que un 25,2% de las mujeres europeas consumen alcohol durante el embarazo.

De las mujeres que consideraban la posibilidad de consumir alcohol durante el embarazo, el 15% considera que se puede consumir cerveza y el 45% considera posible el consumo de vino. Estos resultados difieren de los obtenidos en otros estudios como el de Blasco-Alonso et al. (2015), en el que se consumía con mayor frecuencia cerveza (68.8%) y un menor porcentaje de mujeres consumían vino (26.9%).

En relación con el número de bebidas que se pueden tomar en un día de consumo, los resultados ponen de manifiesto que el 66.7% de las mujeres consideraban la posibilidad de hacer una única consumición. Estos resultados se encuentran en la línea de los obtenidos en la investigación de López-Pinto (2018), en los que se plantea que el 53.3% de las mujeres consideraban que solo se podía hacer una consumición.

Los resultados muestran que no existen diferencias entre la actitud de las mujeres hacia el embarazo y la maternidad, en función de si son consumidoras o no. Futuros trabajos de investigación podrían ir encaminados a estudiar esta diferencia en mujeres con consumos de alcohol más elevados.

A la hora de llevar a cabo la validación de la escala, una de las principales limitaciones es el tamaño de la muestra y la escasez de investigaciones en muestra española que estudien la actitud de las mujeres hacia el embarazo y la maternidad. Futuras investigaciones podrían llevar a cabo la presente validación haciendo uso de una mayor muestra, en la que se incluya un mayor número de mujeres embarazadas en el momento de responder al cuestionario. Del mismo modo,

futuros estudios podrían ir encaminados al análisis de los factores de la escala puesto que debido a la nueva redistribución hay un factor con dos únicos ítems.

El embarazo y la maternidad son periodos muy significativos en la vida de las mujeres y de las familias. El estudio de la actitud de estas mujeres durante estos periodos es importante, ya que nos permite conocer la disposición de las mujeres y aporta información sobre el tipo de cuidados y atención que la proporcionará al niño. Sería de gran interés seguir aportando investigaciones que estudien la actitud de la madre y del padre hacia la paternidad.

## 5. Bibliografía

- Álvarez-Monjaras, M., Rutherford, H. y Mayes, L. (2019). Personality Organization and Maternal Addiction: A Structural-Developmental Psychodynamic Contribution. *Psychoanalytic Psychology*, 36, 321-327. Doi: 10.1037/pap0000274
- Ander-Egg, E., (2013). *Diccionario de Psicología*, Lima, Perú: Textos Universitarios/Psicología. <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1152/2013%20diccionario%20de%20psicologia-Ezequiel%20Ander-Egg.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Berlangu, S., Vizcaya-Moreno, M. F. y Pérez-Cañaveras, R. M. (2012). Percepción de la transición a la maternidad: estudio fenomenológico en la provincia de Barcelona. *Atención primaria*, 45, 409-417. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.04.004>
- Bjelica, A., Cetkovic, N., Trinic-Pjevic, A. y Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy-a psychological view. *Ginekologia Polska*, 89, 102-106. Recuperado de: [https://journals.viamedica.pl/ginekologia\\_polska/article/view/GP.a2018.0017/43305](https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/GP.a2018.0017/43305)
- Blasco-Alonso, M., González-Mesa, E., Gálvez, M., Lozano, I., Merino, F., Cuenca, F., Marín, G., Torres, S., Herrera, J. y Bellido, I. (2015). Exposure to tobacco, alcohol and drugs of abuse during pregnancy. A study of prevalence among pregnant women in Malaga (Spain). *Adicciones*, 27(2), 99-108. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289139630003.pdf>
- Callegaro, J. (2007). Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 2, 310-321. Recuperado de: <http://www.revistacontemporanea.org.br/revistacontemporaneaanterior/site/wp-content/artigos/artigo89.pdf>
- Carvalho, A. L. (2015). *Consumo de álcool e vivência psicológica da gravidez*. Trabajo Fin de Master. Universidad Católica Portuguesa, Porto. Recuperado de: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20487/1/Dissertação%20Ana%20Luisa%20Rocha.pdf>
- Carvalho, P. S., Loureiro, M. y Rodrigues, M. (2006). Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade. *Psicologia e Educação*, 2, 39-49. Recuperado de: [http://psicologiaeducacao.ubi.pt/Files/Other/Arquivo/VOL5/PE%20VOL5%20N2/PE%20VOL5%20N2\\_index\\_5\\_.pdf](http://psicologiaeducacao.ubi.pt/Files/Other/Arquivo/VOL5/PE%20VOL5%20N2/PE%20VOL5%20N2_index_5_.pdf)
- Charro, B., Xavier, M. R. y Franco, R. (2019). Embarazo y alcohol: estudio cualitativo sobre los conocimientos y actitudes de las mujeres gestantes en España, Francia y Portugal. *Atas- Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 669-674. Recuperado de: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2138>
- Contel, M., Gual, A. y Farran, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 4(11), 377-347.

- Fernandez, L. y Cabaço, A. (2004). Procesamiento del estrés en las gestantes: Implicaciones para la salud de la mujer y del niño intrauterino. *Familia*, 28, 9-24.
- Galán, I., González, M. A. y Valencia-Martín, J. (2014). Patrones de consumo de alcohol en España: un país en transición. *Revista Española de Salud Pública*, 88, 529-540.
- Javadifar, N., Majlesi, F., Nikbakht, A., Nedjat, S. y Montazeri, A. (2016). Journey to Motherhood in the First Year After Child Birth. *Journal of Family and Reproductive Health*, 10, 146-153.
- Lange, S., Probst, C., Rehm, J. y Popova, S. (2018). National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systemic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 6, e769-e776. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X18302237?via%3Dihub>
- López-Pinto, Isabel. (2018). *Consumo de alcohol durante el embarazo: perspectiva de las mujeres* (trabajo fin de máster). Universidad Pontificia Comillas, Madrid. Recuperado de: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/32082/TFM000970.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mendoza, R., Morales-Marente, E., Palacios, M. S., Rodríguez-Reinado, C., Corrales-Gutiérrez, I. y García-Algar, O. (2019). Health advice on alcohol consumption in pregnant women in Seville (Spain). *Gaceta Sanitaria*, 1-10. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.11.008>
- Marín, D., Bullones, M. A., Carmona, F. J., Carretero, M. I., Moreno, M. A. y Peñacoba, C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nure Investigación*, 37. Recuperado de: <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/422/413>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2017. Recuperado de: [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES\\_2017\\_Informe.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Recuperado de: [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA\\_NADICCIONES\\_2017-2024\\_\\_aprobada\\_CM.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA_NADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 2017/2018. Recuperado de: [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES\\_2017-2018\\_Resumen\\_\(ampliado\).pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017-2018_Resumen_(ampliado).pdf)
- Mohr, M., Mayes, L. y Rutherford, H. (2017). The Transition to Motherhood: Psychoanalysis and Neuroscience Perspectives. *The Psychoanalytic study of the child*, 70. Doi: 10.1080/00797308.2016.1277905
- National Institute of Child Health and Human Development. (2017). *About Pregnancy*. Recuperado de: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/pregnancy/conditioninfo>

- Navarro, J. (2017). FASD y consumo de alcohol durante el embarazo: estudio sobre la formación de los profesionales sanitarios en España (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, España.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Proteger al feto contra los daños del alcohol*. Recuperado de: <https://www.who.int/features/2014/aboriginal-babies-alcohol-harm/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Prevention of harm caused by alcohol exposure in pregnancy. Rapid review and case studies from Member States. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018*. Recuperado de: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51352/OPSNMH19012\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R. y Pais, A. (2005). Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7, 7-41. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/287/28770201.pdf>
- Pérula de Torres, L., Fernández-García, J., Arias-Veja, R., Muriel-Palomino, M., Márquez-Rebollo, E. y Ruiz-Moral, R. (2005). Validación del cuestionario AUDIT para la identificación del consume de riesgo y de los trastornos por el uso de alcohol en mujeres. *Atención Primaria*, 36, 499-506.
- Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G. y Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5, 290-299. Recuperado de: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30021-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30021-9/fulltext)
- Romero-Rodríguez, E., Cuevas, L., Simón, L., ECEMC Peripheral Group, Bermejo-Sánchez, E. y Galán, I. (2019). Changes in Alcohol Intake During Pregnancy in Spain, 1980 to 2014. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 1-7. Doi: 10.1111/acer.14193
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., Fuente, J. R. y Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Xavier, M. R. & Paúl, M. C. (1996). "Construção e validação de uma escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade". *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. IV, 419-424.
- Xavier, M. R., Paul, M. y Sousa, L. (2001). *Escala de Actitudes sobre Embarazo y Maternidad (EAEM)* (cedido por los autores). Universidad de Porto.

## 6. Anexo

### Anexo 1

- ¿Está embarazada actualmente?
- Si en el ítem "está embarazada" su respuesta ha sido NO, ¿le gustaría tener un / a hijo / a?
- Si está embarazada, ¿en qué semana de embarazo se encuentra?
- Sexo del bebé (si se conoce)
- ¿Tiene seguimiento profesional del embarazo?
- ¿Quién realiza su seguimiento?
- ¿Cuántos hijos tiene?
- ¿A qué edad tuvo su primer hijo/a?
- ¿Tiene algún problema vinculado al embarazo?
- Si sí, ¿recibe tratamiento por ese problema?
- ¿Tiene algún problema de salud no vinculado al embarazo (diabetes, obesidad, hipertensión, etc.)?
- Si sí, ¿recibe tratamiento por ese problema?

**Anexo 2.**

## Cuestionario AUDIT

1. Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?  
(0) nunca (1) Una o menos veces al mes (2) 2 a 4 veces al mes (3) 2 o 3 veces a la semana (4) 4 o mas veces a la semana
2. Cuantas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un dia de consumo normal?  
(0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7 a 9 (4) 10 o mas
3. Con que frecuencia toma 6 o mas bebidas alcohólicas en un solo día?  
(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario
4. Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?  
(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario
5. Con que frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque habia bebido?  
(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario
6. Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el dia anterior?  
(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario
7. Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?  
(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario
8. Con que frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habia estado bebiendo?  
(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario
9. Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted habia bebido?  
(0) no (2) sí, pero no en el curso del último año (4) sí, el último año
10. Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?  
(0) no (2) sí, pero no en el curso del último año (4) sí, el último año

**Anexo 3**

- ¿Cree que se puede beber alcohol durante el embarazo?
- Si sí, ¿qué tipo de alcohol cree que se puede beber?
- ¿En qué cantidad?
- ¿Con qué frecuencia?
- ¿Ha oído hablar del Síndrome Alcohólico Fetal?
- Si sí, ¿qué sabe sobre ello?
- ¿Recibe algún tratamiento por el consumo de alcohol?
- ¿Recibe algún tratamiento por el consumo de drogas?
- ¿Fumaba (tabaco o cigarrillo electrónico) antes del embarazo?
- Si la respuesta a la pregunta anterior ha sido SÍ, ¿cuántos cigarrillos al día?
- En el caso de embarazos anteriores, ¿fumaba?
- Si la respuesta a la pregunta anterior ha sido SÍ, ¿cuántos cigarrillos al día?
- En la actualidad, ¿fuma durante el embarazo?
- Si la respuesta a la pregunta anterior ha sido SÍ, ¿cuántos cigarrillos al día?

**Anexo 4****ESCALA DE ACTITUDES SOBRE EMBARAZO Y MATERNIDAD - EAEM**

Xavier, M.R.; Paul, M.C.; Sousa, L.

Fecha de aplicación del cuestionario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:

Nivel escolar:

Estado civil:

Profesión:

Actualmente empleada: Sí / No Tiempo de embarazo (en semanas):

Sexo del bebé (si se conoce): F / M Número de hijos (nacidos anteriormente):

Por favor, lea atentamente las afirmaciones que siguen y responda rápidamente, de acuerdo con la primera idea que le ocurra. Tenga en cuenta que no hay respuestas correctas o incorrectas, es sólo una cuestión de opinión.

Haga un círculo alrededor del número que corresponde a su opinión.

SIEMPRE      MUCHAS VECES      POCAS VECES      NUNCA  
1                      2                      3                      4

1. Pienso que soy una buena madre	1	2	3	4
2. Con el embarazo me siento más responsable	1	2	3	4
3. El embarazo es un período difícil en la vida de una mujer	1	2	3	4
4. Desde que estoy embarazada que necesito más apoyo	1	2	3	4
5. Considero a mi propia madre como una verdadera amiga	1	2	3	4
6. Me imagino jugando con mi hijo	1	2	3	4
7. El apoyo del marido / compañero es muy importante durante el embarazo	1	2	3	4
8. Durante el embarazo me preocupa mi aspecto	1	2	3	4
9. Los bebés son todos iguales en el primer año de vida	1	2	3	4
10. Desde que estoy embarazada me siento más cerca de mi marido / compañero	1	2	3	4
11. Me imagino paseando con el bebé en brazos	1	2	3	4
12. Con prestar los cuidados básicos al bebé, como darle de comer y mantenerlo limpio, todo irá bien	1	2	3	4

13. Mi madre comprendía mis problemas y preocupaciones	1	2	3	4
14. El estar embarazada conlleva un enorme desgaste psicológico	1	2	3	4
15. Mi esposo / compañero me ha ayudado durante el embarazo	1	2	3	4
16. El embarazo me está haciendo cambiar para mejor	1	2	3	4
17. He pensado en el futuro de mi bebé	1	2	3	4
18. Un niño pone a una mujer nerviosa si tiene que estar todo el día con ella	1	2	3	4
19. Tener hijos altera la vida de una mujer	1	2	3	4
20. El padre no es importante para ayudar a criar a su hijo	1	2	3	4
21. Desde que estoy embarazada siento que mi marido / compañero comprende mis necesidades	1	2	3	4
22. Desde que estoy embarazada veo la vida de forma diferente	1	2	3	4
23. Una buena madre aleja a los niños de las dificultades de la vida	1	2	3	4
24. Este bebé va a cambiar mi vida	1	2	3	4
25. El apoyo de mi esposo / compañero ha sido muy importante durante el embarazo	1	2	3	4
26. Me imagino jugando en el jardín con mi hijo en un futuro	1	2	3	4
27. Es importante que sea yo la que enseñe a mi hijo a usar el orinal	1	2	3	4
28. El embarazo me hace sentir importante	1	2	3	4
29. Desde que estoy embarazada necesito más cariño	1	2	3	4
30. Cuando nazca el bebé mi vida va a cambiar	1	2	3	4
31. Me imagino cambiando los pañales a mi bebé	1	2	3	4
32. Los abuelos tienen más tiempo para cuidar de los niños	1	2	3	4
33. Estar embarazada conlleva un enorme desgaste físico	1	2	3	4
34. Me preocupa la capacidad de mi marido / compañero para tratar con el bebé	1	2	3	4
35. Mi madre merece mi respeto por la forma en que me educó	1	2	3	4
36. He pensado que el embarazo es una fase muy importante en mi vida	1	2	3	4

37. Mi madre no me ayudó tanto como yo necesitaba	1	2	3	4
38. He pensado que después de que el bebé nazca, mi vida va a cambiar	1	2	3	4
39. Estoy preocupada por mi capacidad para enfrentarme al parto	1	2	3	4
40. Durante el embarazo me preocupo por arreglarme y vestir ropa bonita	1	2	3	4
41. Desde que estoy embarazada me siento una persona diferente.	1	2	3	4
42. Mi madre solía mimarme	1	2	3	4