

Actitudes y conocimientos sobre las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas durante la gestación y la lactancia en profesionales socio-sanitarios de la ciudad de Valencia

Francisco Alcantud Marín y Yurena Alonso Esteban

Universitat de València Estudi General

Recibido: 02/08/2012 · Aceptado: 23/11/2012

Resumen

Las evidencias tanto clínicas como experimentales sobre el efecto teratógeno del etanol contenido en las bebidas alcohólicas, es hoy en día incuestionable. Sin embargo, estas evidencias no se corresponden con recomendaciones estrictas de los profesionales socio-sanitarios hacia las mujeres gestantes.

El propósito de este estudio es recabar información general de los profesionales de la salud, sobre las prácticas, conocimientos y actitudes, tanto en el diagnóstico, tratamiento, como en la prevención de los Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF) y el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF). Para obtener esta información, diseñamos un cuestionario, que fue cumplimentado por 278 profesionales socio-sanitarios de la ciudad de Valencia.

Los resultados apuntan a la existencia de actitudes permisivas por parte de los profesionales socio-sanitarios, así como la falta de formación respecto a medidas preventivas, de detección del consumo de alcohol, de diagnóstico y de pronóstico e intervención en niños expuestos al alcohol durante la gestación y lactancia. También se evidencia la necesidad de dirigir de forma específica para cada grupo profesional, medidas de sensibilización para luchar contra las actitudes de permisividad frente al consumo de alcohol en este periodo. Además, debemos demostrar que este esfuerzo es eficaz y tiene consecuencias positivas. Debemos dotar a los profesionales con las herramientas necesarias para afrontar con éxito tanto la prevención, el diagnóstico y la intervención sobre los niños afectados.

Este estudio se desarrolló en el marco de un convenio de colaboración entre la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana y la Universitat de València.

— Correspondencia a:

Francisco Alcantud Marín
Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación
Facultad de Psicología
Universitat de València Estudi General
Avinguda Blasco Ibáñez, 21. 46010 Valencia.
E-mail: Francisco.alcantud@uv.es



Palabras Clave

Profesionales socio-sanitarios, Actitudes, Conocimientos, Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF), Síndrome Alcohólico Fetal (SAF).

Abstract

The clinical and experimental evidence about the teratogenic effect of ethanol contained in alcoholic beverages is now unquestionable. This evidence does not however tally with social and healthcare workers' strict recommendations to pregnant women.

The purpose of this study is to obtain general information from healthcare workers on practices, knowledge and attitudes, in both the diagnosis, treatment, and prevention of Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) and Fetal Alcohol Syndrome (SAF). To obtain this information, we designed a questionnaire that was completed by 278 social and healthcare workers in the city of Valencia. The results suggest the existence of permissive attitudes by social-healthcare workers and lack of training about preventive measures, alcohol detection, diagnosis, prognosis and intervention in children exposed to alcohol during gestation and lactation. We also observed the need for awareness-raising measures for combating permissive attitudes to alcohol consumption in this period to focus specifically on each professional group. We furthermore need to show that this effort is effective and has positive consequences. We provide professionals with the tools necessary to successfully tackle both the prevention, diagnosis and intervention for affected children. This study was developed under a collaboration agreement between the Department of Health of the Generalitat and the University of Valencia.

Key Words

Social-healthcare workers, Attitudes, Knowledge, Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASDs), Fetal Alcohol Syndrome (FAS).

INTRODUCCIÓN

Durante los años 2010 y 2011 se lleva a cabo, el Programa de Prevención del Consumo de Alcohol en Madres y Mujeres en Edad de Gestación. Este programa comprende tres áreas de actuación: en primer lugar, se

desarrolla el Sistema de Detección Precoz de los Trastornos del Desarrollo, seguido de acciones de formación dirigidas específicamente hacia el personal socio-sanitario (médicos, pediatras, ginecólogos, enfermería, matronas, psicólogos, trabajadores sociales, etc.), por último, la acción de sensibilización destinada al personal socio-sanitario, donde se editan



diferentes materiales gráficos y multimedia, para distribuirlos por los centros de atención primaria, centros de especialidades, centros de planificación familiar y unidades de conductas adictivas de los cinco departamentos de salud que atienden la población de la ciudad de Valencia. Esta campaña fue cofinanciada por el Plan Nacional y la Generalitat Valenciana (Alcantud et al., 2011). De forma indirecta, también nos propusimos conocer el nivel de conocimientos, y sobre todo, las actitudes que los profesionales socio-sanitarios manifiestan respecto a las recomendaciones que dan a sus clientes, sobre el riesgo que conlleva de no consumir bebidas alcohólicas durante la gestación y posterior lactancia.

El consumo de alcohol durante el periodo gestacional, es responsable de daño físico y psíquico irreversible en el individuo, y es quizás la causa prevenible más importante de los trastornos del neuro-desarrollo, en particular déficits cognitivos, déficits en la función ejecutiva, inhibición conductual, memoria, trastornos de la comunicación y el lenguaje, simbolización, etc. La intervención preventiva se hace cada vez más necesaria al conocer los resultados de las encuestas sobre consumo de alcohol, que evidencian que el consumo de las mujeres jóvenes, en edad fértil, se ha aproximado más al nivel de consumo de los hombres, por lo que en términos relativos ha aumentado su consumo. Además, nuestro país es uno de los mayores productores de bebidas alcohólicas y por ende, también es uno de los mayores consumidores. En nuestra cultura, la percepción del riesgo que comporta el consumo de bebidas alcohólicas es muy bajo

y consecuentemente, se tiende a minimizar los efectos de su consumo. En ocasiones, incluso se justifica y se recomienda por los posibles beneficios que pudiera producir su consumo moderado. Las bebidas alcohólicas están presentes en la mayoría de los actos familiares y sociales, incluso religiosos de nuestra cultura. Todo ello ha conducido al desarrollo de actitudes permisivas sobre el consumo de alcohol, extendiéndose a cualquier momento de la vida. En el caso de los profesionales socio-sanitarios esta actitud de permisividad se puede traducir en subestimar el riesgo del consumo de bebidas alcohólicas durante la gestación y lactancia, e incluso, tolerar el mantenimiento de ciertos hábitos alimentarios. En un estudio sobre la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en mujeres australianas (Maloney et al., 2011), se detectó que el 29% de las mujeres embarazadas tomaron alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses, y el 43% de mujeres lactantes, consumían bebidas alcohólicas durante este periodo. En España el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, en la cuarta edición del "Plan de Educación Nutricional por el Farmacéutico (PLENUFAR IV)", destinado a la Educación Nutricional en la etapa pre-concepcional, embarazo y lactancia, realizó una encuesta entre cuyos resultados se destaca que: el 41% de las mujeres han consumido alcohol en la etapa pre-concepcional, el 14% mantuvo el consumo durante el embarazo y el 20% consumió alcohol durante el año inmediato después del parto. Por los datos apuntados, nos resulta evidente que en las campañas de prevención, la cadena informativa falla. Los profesionales



saben o deben saber las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas en este periodo, y que el mejor consejo que deben transmitir, es la abstinencia. Sin embargo, las actitudes de tolerancia de los profesionales, y de la sociedad en general, así como la baja percepción de riesgo, hacen que tengamos los resultados actuales.

Durante la campaña de sensibilización citada, se aplicó en las sesiones de sensibilización, y antes del inicio de las mismas, una encuesta con el propósito de obtener información tanto del conocimiento actual de los profesionales de la salud, en relación a los Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF) y Síndrome Alcohólico Fetal (SAF), como de las actitudes de los profesionales hacia el consumo de bebidas alcohólicas en madres en periodo gestacional y posterior lactancia (Alonso, 2011). En este artículo se presenta un re-análisis de los datos con el objetivo de determinar los factores actitudinales obtenidos.

Antecedentes

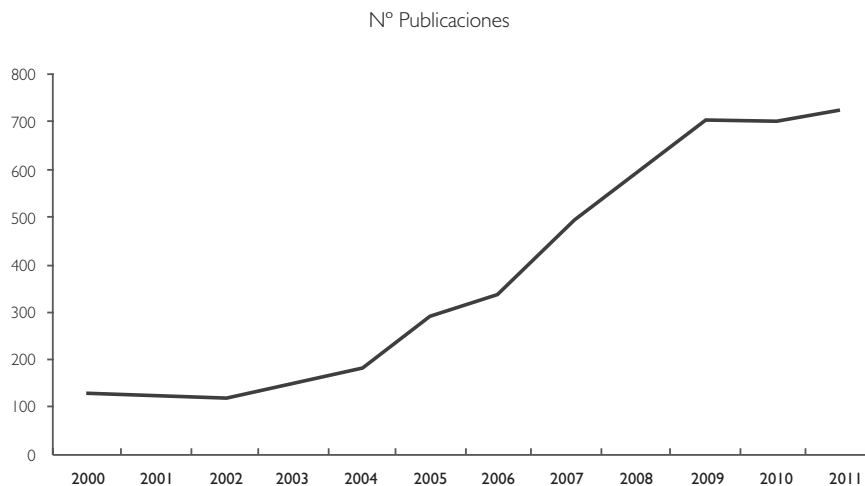
Los efectos en el embrión y/o el feto a la exposición al etanol se conocen bajo denominación de Síndrome Alcohólico Fetal (SAF). El SAF incluye retraso en el crecimiento, alteraciones en el sistema nervioso central y diversas malformaciones físicas (las más características son los rasgos faciales). No existe un marcador biológico de la presencia de alcohol durante la gestación, por lo que el diagnóstico del SAF implica el reconocimiento por parte de la madre del consumo de bebidas alcohólicas. Este reconocimiento no se produce en la mayoría

de las ocasiones, o se da en las circunstancias más graves y adversas, cuando existen malformaciones faciales que lo evidencian. Por otra parte, también existen casos en los que es conocida la ingesta de bebidas alcohólicas por parte de la madre durante el embarazo y se observan las alteraciones del SAF de orden psicológico (déficit de atención, hiperactividad, problemas meta-cognitivos, falta de control ejecutivo, retraso mental, etc.). Este hecho ha llevado a desarrollar una categoría clasificatoria de mayor alcance, los Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF), que, incluyendo el Síndrome Alcohólico Fetal, también contempla todos los trastornos del neuro-desarrollo derivados del consumo de alcohol. Aunque existen precedentes en la literatura, los efectos del alcohol como agente teratógeno ya fueron descritos en Lemoine et al. (1968) y en Jones y Smith (1973). A estos últimos autores se les atribuye la definición del *Síndrome Alcohólico Fetal*. Una revisión sobre las publicaciones en los últimos diez años, demuestra cómo se está focalizando el interés científico en este trastorno (Alonso, 2011).

El problema de la falta de coherencia entre los profesionales, falta de formación o actitudes permisivas no es nuevo. Así, en el primer estudio localizado (Abel et al., 1998), se recabó información mediante encuesta anónima sobre los conocimientos y las opiniones de los pediatras, obstetras y médicos de familia pertenecientes a la Asociación de Medicina de Michigan, sobre el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) y los Efectos del Alcoholismo Prenatal (EAP). Se enviaron un total de 3.144 encuestas de las que solo obtuvieron respuesta en



Figura I. Distribución del número de publicaciones encontradas en ProQuest para el periodo 2000-2011 bajo los tópicos Fetal Alcohol Spectrum Disorder or Fetal Alcoholic Síndrome



el 30% de los casos. De entre sus resultados destacamos:

- Cerca del 67% de las pacientes plantearon preguntas sobre consumo de alcohol durante el embarazo, pero sólo el 2% se refirió específicamente a SAF y EAP.
- La mayoría de los médicos no estaban seguros acerca de si sus compañeros eran lo suficientemente conocedores del SAF, o si los médicos estaban familiarizados con los principales criterios del síndrome.
- Aproximadamente el 41% de los médicos situó el umbral entre 1 a 3 bebidas al día, y un porcentaje considerable, el 38%, colocó el umbral a partir del 1 o menos bebidas al día.

Nevin y colaboradores (Nevin et al., 2002) mediante un cuestionario anónimo, enviado a una muestra aleatoria de médicos de familia

(N=103) del área Metropolitana de Toronto, evalúan la experiencia, el conocimiento y la confianza de los médicos de familia en relación con el diagnóstico de SAF y un segundo objetivo, evaluar el conocimiento de los patrones de consumo derivados de la maternidad. De los resultados obtenidos destacamos que:

- La tasa total de respuesta fue un 73% (75/103) del total de encuestas enviadas.
- El 8% (6/75) de los médicos de familia, informaron que habían diagnosticado un niño con SAF.
- El 17,9% tenían sospechas, pero no diagnosticaron, y un 12,7% informó que hacía una referencia para confirmar el diagnóstico.
- La confianza de los médicos en la capacidad de diagnóstico de SAF fue baja, siendo un



49% la sensación de que había muy poca confianza.

- El 75% de los médicos informaron a las mujeres embarazadas, sobre las consecuencias del consumo de alcohol, y el 60,8% informó a mujeres en edad fértil, en general.
- Cuando se le preguntó qué pruebas de detección utilizaban para detectar el consumo de alcohol, el 75%, hizo referencia a la frecuencia/cantidad. Ni un solo informante informó haber utilizado el sistema de detección recomendado por el Centro de Adicción y Salud Mental de Toronto (TWEAK).

Entre las conclusiones se destaca que los médicos de familia no se sentían seguros sobre el diagnóstico de SAF. Ninguno de los médicos era consciente de los métodos de cribado sobre el consumo de alcohol.

Payne y colaboradores (Payne et al., 2005), mediante una encuesta postal enviada a una muestra aleatoria de profesionales de la salud de Australia Occidental quisieron medir los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud en relación con el Síndrome de Alcohol Fetal (SAF) y el consumo de alcohol durante el embarazo. A continuación presentamos un resumen de los resultados obtenidos en este estudio:

- De los 1.443 profesionales de la salud, el 79% completaron el estudio (87 trabajadores de la salud indígena, 286 profesionales de la salud, 537 enfermeras de la comunidad, 170 médicos generales y 63 obstetras).
- Solo el 12% de los profesionales de la salud,

identificó las características esenciales del diagnóstico de SAF.

- La mayoría (95%) nunca habían diagnosticado Síndrome Alcohólico Fetal.
- El 82% cree que hacer un diagnóstico de SAF podría mejorar los planes de tratamiento. El 85% estuvo de acuerdo que el SAF se puede prevenir.
- El 53% dijo que el diagnóstico puede estigmatizar.
- Sólo el 2% se sentía muy preparado para hacer frente al diagnóstico de SAF.
- De los 659 profesionales de la salud que atienden a mujeres embarazadas, sólo el 45% rutinariamente pregunta sobre el consumo de alcohol durante el embarazo, sólo el 25% habitualmente proporcionan información sobre las consecuencias del consumo de alcohol durante el embarazo y sólo el 13% proporciona asesoramiento coherente con las directrices remitidas por las autoridades sanitarias de la zona, en el consumo de alcohol en el embarazo.

Entre otras la conclusión general del estudio es que los profesionales de la salud necesitan material educativo tanto para ellos como para sus clientes.

Elliott y colaboradores (Elliott et al., 2006) enviaron encuestas por correo a los pediatras en el Oeste de Australia en 2004, encontrando que de los 179 pediatras encuestados, 132 (73,7%) respondieron (90 pediatras consultores y 42 becarios pediátricos). De los resultados obtenidos en este estudio se manifiesta que:



- El 18,9% identificó las características esenciales para el diagnóstico de SAF.
- Sólo el 49,2% tenía diagnóstico previo de SAF (rango 1-30 casos).
- El 91,7% había visto a los niños diagnosticados por los demás.
- El 76,5% había sospechado, pero no diagnosticado SAF.
- Aunque el 79,6% estuvo de acuerdo con que el diagnóstico temprano podría ser una ventaja, el 69,6% dijo que el diagnóstico podría ser un estigma y el 36,4% creía que los padres pondrían resistencia a la hora de desarrollar una evaluación más profunda y tratamiento subsiguiente.
- Aunque el 78,2% estuvo de acuerdo con que evitar el consumo excesivo de alcohol puede reducir el SAF, sólo el 43,9% creía que las mujeres deben abstenerse de consumir alcohol durante el embarazo.
- El 23,3% preguntaban rutinariamente sobre el consumo de alcohol cuando se registraba un historial de embarazo y el 4,2% proveían rutinariamente de información sobre las consecuencias del consumo de alcohol.
- Sólo el 11,4% había leído la actual directiva nacional de salud de Australia en relación con el consumo de alcohol durante el embarazo y el 9,1% asesorado conforme con la directriz.

Coincidiendo con el estudio de Payne y colaboradores, concluyen al identificar la necesidad de materiales educativos sobre el SAF y el consumo de bebidas alcohólicas en el embarazo, para sí mismos y para sus pacientes.

La falta de conocimiento sobre el diagnóstico de SAF y de su gestión, limita oportunidades para poder diagnosticar, prevenir e intervenir con prontitud.

Gahagan y colaboradores (Gahagan et al., 2006), en colaboración con Academia Americana de Pediatría (AAP) y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), elaboran un cuestionario que remiten por correo a una muestra aleatoria del 3% (N=1600) de los miembros de la AAP. En la encuesta se plantearon identificar los conocimientos, el diagnóstico, la prevención y las prácticas de intervención en relación con el Síndrome Alcohólico Fetal, relacionadas con los miembros de la Academia Americana de Pediatría. La tasa de participación fue del 55% (n= 879). Entre sus resultados destacamos:

- El 62% se sentía preparado para identificar y el 50% se sentía preparado para el diagnóstico, sólo el 34% se sentía preparado para gestionar y coordinar el tratamiento de los niños con Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF).
- Solo el 13% (n= 114) decía informar de manera rutinaria a los pacientes adolescentes sobre los riesgos de beber y el embarazo.

Entre las conclusiones, la encuesta confirma que los pediatras estaban bien informados sobre el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF), pero no se sentían debidamente capacitados para integrar la gestión del diagnóstico o los esfuerzos de prevención en la práctica diaria. Además, los encuestados no practicaban una rutina preventiva en los embarazos. Al igual que estudios precedentes, se recomienda



el desarrollo, difusión e implementación de herramientas para la mejora de las prácticas en prevención y diagnóstico.

Vagnarelli y colaboradores (Vagnarelli et al., 2011), mediante un cuestionario anónimo remitido por correo electrónico a los neonatólogos inscritos en la lista de correos de la Sociedad correspondiente italiana y española para sus respectivos congresos nacionales, intentan evaluar la experiencia, conocimientos y la confianza de los neonatólogos y pediatras italianos y españoles, en relación con el diagnóstico del Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) y los Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF). La tasa de respuesta fue del 16% (63/400) de los neonatólogos italianos de la Sociedad Nacional, mientras que un total de 152 españoles y 41 pediatras italianos accedieron a completar el cuestionario durante el Congreso Nacional.

- Más del 90% de los médicos encuestados declaró que el SAF es un síndrome identificable.
- Más del 60% de ellos identificaron por lo menos una de las características más importantes del SAF.
- Aunque más del 60% de las respuestas italianas y cerca del 80% de respuestas españolas eran conscientes de que la exposición al etanol durante el embarazo es peligroso, aproximadamente el 50% de respuestas italianas, y el 40% de las españolas, mantuvo actitudes permisivas sobre el consumo de alcohol, permitiendo a las mujeres tomar a veces un vaso de vino o cerveza durante el embarazo.

- Se valora como baja la capacidad de diagnóstico del TEAF y el SAF, con más de 50% de respuestas, y la necesidad de tener más información sobre el SAF y la identificación del TEAF en el recién nacido y el niño.

En general los seis estudios presentan resultados en la misma dirección. Los sujetos encuestados fueron pediatras, neonatólogos, médicos de familia y personal sanitario en general (enfermería, matronas, personal sanitario auxiliar, etc.). En líneas generales los seis estudios apuntan hacia:

- a) Escasa o limitada formación relacionada con las consecuencias de la exposición al alcohol durante la gestación y la posterior lactancia.
- b) Actitudes permisivas por parte de los profesionales socio-sanitarios respecto al consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia.
- c) Un número de casos diagnosticados por los propios profesionales significativos.
- d) Manifestación en todos los casos de sentimientos de bajo nivel de formación en la detección del síndrome.
- e) Necesidad de contar con material educativo e información, tanto para el personal médico, como para los clientes.

Por último, en el estudio de (Alonso, 2011), se realizó una encuesta durante los minutos previos a la acción informativa y de sensibilización programada en cada uno de los centros de salud de la ciudad de Valencia. La encuesta recogía la mayoría de las cuestiones que se



habían señalado en los estudios precedentes. Se visitaron un total de 35 centros de salud, más seis hospitales. En total se proporcionó información a 310 profesionales en sus puestos de trabajo. De ellos contestaron la encuesta 278 profesionales (89,67%). Los encuestados fueron 70,8% mujeres y 19,40% hombres, ambos representaban proporcionalmente todos los departamentos de salud de la ciudad. Entre los resultados obtenidos, apuntamos como más relevantes los siguientes:

- El 77,3% refieren tener una experiencia en su puesto de trabajo de más de 15 años.
- El 28,7% dice haber recibido la formación sobre el SAF durante la formación de grado, el 19,06% dice no tener formación específica y el 38,12% no sabe o no contesta.
- En cuanto al número de casos conocidos, el 64,4% de los encuestados dice no haber conocido ningún caso, mientras que el 5% de los encuestados dice haber conocido cinco o más casos.
- En cuanto a los casos diagnosticados, solo el 9,7% de los encuestados dice haber realizado un diagnóstico o más.
- Solo el 16% de los encuestados dice estar preparado para detectar el SAF y solo el 9% para diagnosticar.

En cuanto a las cuestiones actitudinales, se realizó un análisis de datos descriptivo que en este artículo reanalizamos.

MÉTODO

El cuestionario utilizado en el estudio de Alonso (2011) recababa información general

de los profesionales de la salud, sobre las prácticas, conocimientos, habilidades, actitudes y creencias, tanto en el diagnóstico, tratamiento, como en la prevención de los Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF) y el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF). Los ítems fueron desarrollados siguiendo algunas de las pautas recogidas en los trabajos descritos en el apartado anterior, en particular en base al cuestionario utilizado por el equipo de Gahagan (Gahagan et al., 2006). Uno de los inconvenientes con los que contábamos era la elevada carga asistencial de los profesionales del servicio público de salud. Por este motivo, se elaboró un cuestionario de respuesta cerrada, con un tiempo máximo de cumplimentación de 10 minutos.

Consta de un primer apartado, situado en el encabezado de la página, donde se incluye información del contenido, así como una breve instrucción de cómo realizar el cuestionario. Posteriormente se formulan preguntas sobre la trayectoria profesional, formación, años de experiencia en general y, en particular, se les pregunta sobre el número de casos de SAF y TEAF conocidos y diagnosticados, el sentimiento de seguridad, y conocimiento respecto al SAF y TEAF. El bloque central del cuestionario consta de 18 ítems que evalúan conocimiento, falsos conceptos y actitudes referentes tanto a los SAF y TEAF, como al consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia. Para la evaluación se utilizó una escala de respuesta de acuerdo-desacuerdo, tipo Likert, de cinco niveles.

La encuesta se aplicó durante los meses de noviembre del 2010 hasta febrero del 2011 en



los centros de salud de la ciudad de Valencia y en los hospitales cabeza de departamento sanitario. En cada centro se convocaron a los profesionales de pediatría, ginecología, matronas, enfermería pediátrica, enfermería general y médicos de familia. El acto fue convocado por la dirección/coordination del centro y se realizó siempre en la hora próxima al medio día para poder captar el máximo número de profesionales. La asistencia al acto era voluntaria, de la misma forma que también se presentó como voluntaria la actividad de contestar el cuestionario. En total se recopilaron 278 encuestas representativas de los profesionales socio-sanitarios de la ciudad de Valencia. Con la finalidad de completar el espectro de trabajadores socio-sanitarios, se aplicó también a un grupo de 21 psicólogos trabajadores de Centros de Atención Temprana. Esta última aplicación se realizó en el marco de una reunión convocada por la AVAP (Asociación Valenciana de Atención Temprana) siguiendo el mismo protocolo utilizado en los centros de salud.

Las encuestas fueron grabadas para su análisis por medio del SPSS, versión 19.0. En primer lugar, se realizó un análisis de respuestas del cuestionario, y se calculó la puntuación media de la escala, para todos los cálculos. Con la finalidad de evitar sesgos, se substituyó la respuesta de NS/NC por la puntuación media.

RESULTADOS

De acuerdo con los resultados de la tabla I, se puede observar cómo la mayoría de los

encuestados da una respuesta general uniforme, obteniendo un coeficiente de fiabilidad (α de Cronbach = 0.76).

En cuanto a las respuestas más destacables enumeramos las siguientes:

- 81,65% dice estar totalmente de acuerdo con la afirmación: "El consumo de alcohol durante el periodo del embarazo puede provocar defectos congénitos y trastornos del desarrollo".
- 86,33% dice estar totalmente de acuerdo con la afirmación: "La medida preventiva más adecuada es proporcionar asesoramiento y educación sobre las consecuencias del consumo del alcohol a las adolescentes, y en general, a todas las mujeres que acuden a su consulta".
- 80,57% dice estar totalmente de acuerdo con la afirmación: "La intervención temprana en el TEAF puede mejorar la situación del niño".
- 54% dice estar totalmente de acuerdo con la afirmación: "La mejor edad para hacer un diagnóstico de SAF es antes del primer año de vida".

El resto de preguntas tiene una respuesta distribuida entre, el acuerdo y el desacuerdo, que es objeto de análisis mediante un análisis factorial, con la finalidad de detectar posibles agrupaciones o variables latentes no observadas dentro de las cuales podríamos detectar las actitudes de los profesionales. Con esta finalidad, realizamos un Análisis Factorial (Método Componentes Principales con Rotación Varimax, siendo el criterio de determinación

Tabla I. Distribución de las frecuencias de respuesta de los ítems y media y desviación de la escala

Ítems del cuestionario	Total Acuerdo		Indiferente		Desacuerdo		Total Desacuerdo		NS/NC		\bar{X}	σ		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%				
El consumo de alcohol durante el periodo del embarazo puede provocar defectos congénitos y trastornos del desarrollo	227	81.7	36	12.9	5	1.8	5	1.8	4	1.4	6	2.2	1.25	0.68
La exposición al alcohol de forma ocasional durante el embarazo no supone ningún riesgo significativo	26	9.4	75	27	10	3.6	42	15.1	109	39.2	16	5.8	3.51	1.46
El SAF es la causa más común de retraso mental y la principal causa prevenible de defectos de nacimiento.	82	29.5	70	25.2	16	5.8	31	11.2	14	5.0	65	23.4	2.2	1.11
Muchas mujeres embarazadas continúan bebiendo a pesar de las advertencias de los profesionales de la salud.	101	36.3	90	32.4	19	6.8	34	12.2	17	6.1	17	6.1	2.1	1.2
La cerveza consumida por una mujer lactante aumenta la producción de leche materna.	17	6.1	29	10.4	31	11.2	25	9	131	47.1	45	16.2	3.96	1.25
El SAF es curable si se diagnostica a tiempo	64	23	75	27	20	7.2	24	8.6	31	11.2	64	23	2.45	1.22
La medida preventiva más adecuada es proporcionar asesoramiento y educación sobre las consecuencias del consumo de alcohol a las adolescentes y en general a todas las mujeres que acuden a su consulta	240	86.3	21	7.6	3	1.1	1	0.4	9	3.2	4	1.4	1.24	0.79
En los niños con SAF "el daño ya está hecho"	73	26.3	81	29.1	14	5	44	15.8	16	5.8	50	18	2.34	1.17
El uso ocasional del alcohol en el embarazo no es dañino	30	10.8	60	21.6	13	4.7	41	14.7	113	40.6	21	7.6	3.57	1.46
La mejor edad para hacer un diagnóstico de SAF es antes del primer año de vida	150	54	30	10.8	8	2.9	8	2.9	9	3.2	73	26.3	1.52	0.90
Los niños con TEAF rara vez alcanzan los hitos del desarrollo en las fechas previstas	102	36.7	74	26.6	16	5.8	12	4.3	7	2.5	67	24.1	1.81	0.89
Existe una cantidad de alcohol consumido por la gestante que afecta al desarrollo neurológico del feto	136	48.9	63	22.7	8	2.9	13	4.7	22	7.9	36	12.9	1.85	1.19
Las madres alcohólicas tienen hijos con TEAF	126	45.3	72	25.9	16	5.8	12	4.3	10	3.6	42	15.1	1.76	0.98
Beber una copa de vino o una cerveza al día, no tiene ningún efecto pernicioso en él bebe	26	9.4	54	19.4	19	6.8	42	15.1	108	38.8	29	10.4	3.61	1.40
La intervención temprana en el TEAF puede mejorar la situación del niño	224	80.6	31	11.2	2	0.7	2	0.7	6	2.2	13	4.7	1.25	0.70
La prevalencia estimada del SAF en nuestra población es de 2 entre 1000	42	15.1	25	9	31	11.2	10	3.6	4	1.4	166	59.7	2.19	0.73
Hacer un diagnóstico de SAF estigmatiza a la familia y al niño	39	14	49	17.6	19	6.8	33	11.9	93	33.5	45	16.2	3.39	1.44
Los profesionales de la salud están preparados para detectar y diagnosticar los casos de exposición prenatal al alcohol	38	13.7	66	23.7	30	10.8	66	23.7	33	11.9	44	15.8	2.96	1.23



del número de factores $\lambda \geq 1.0$) cuyos resultados se muestran en la tabla 2.

De acuerdo con los resultados del Análisis Factorial hemos detectado un total de cinco factores que explican el 50,22% del total de la varianza. Estos factores son los siguientes:

Factor I. Explica el 13,47% de la varianza y está compuesto por los siguientes ítems y saturaciones:

- 0.709 La medida preventiva más adecuada es proporcionar asesoramiento y educación sobre las consecuencias del consumo del alcohol a las adolescentes y en general a todas las mujeres que acuden a su consulta.
- 0.673 La intervención temprana en el TEAF puede mejorar la situación del niño.
- 0.607 La mejor edad para hacer un diagnóstico de SAF es antes del primer año de vida.
- 0.581 Existe una cantidad de alcohol consumido por la gestante que afecta al desarrollo neurológico del feto.
- 0.459 El consumo de alcohol durante el periodo del embarazo puede provocar defectos congénitos y trastornos del desarrollo.
- 0.421 Las madres alcohólicas tienen hijos con TEAF.
- 0.416 Los niños con TEAF rara vez alcanzan los hitos del desarrollo en las fechas previstas.

Todos los ítems de este factor fueron contestados mayoritariamente entre la opción de acuerdo y totalmente de acuerdo. Los

contenidos de los ítems miden conocimientos sobre medidas preventivas del SAF. Por este motivo, proponemos como denominación "Actitud Positiva hacia las Medidas de Prevención", estableciendo un continuo donde el valor positivo manifestaría la actitud positiva y de aceptación a las medidas de prevención, y el negativo el contrario.

Factor II. Explica el 12,66% de la varianza y está compuesto por los siguientes ítems y saturaciones:

- 0.785 Beber una copa de vino o una cerveza al día, no tiene ningún efecto pernicioso en el bebé.
- 0.717 El uso ocasional del alcohol en el embarazo no es dañino.
- 0.691 La exposición al alcohol de forma ocasional durante el embarazo no supone ningún riesgo significativo.
- 0.500 La cerveza consumida por una mujer lactante aumenta la producción de leche materna.

Las respuestas a estos ítems van en la línea del desacuerdo, pero se caracteriza por no tener una respuesta unánime como el caso anterior. En cuanto al contenido se incluye todos los ítems que manifiestan la poca o nula gravedad en la conducta del consumo de bebidas alcohólicas durante la gestación y la lactancia, una respuesta de acuerdo, manifestaría una actitud permisiva, y la respuesta en desacuerdo, la contraria. Por este motivo, proponemos denominar este factor como "Permisividad".

Factor III. Explica el 8,39 de la varianza y está compuesto por los siguientes ítems y saturaciones:


Tabla 2. Resultados del Análisis Factorial (Componentes Principales con rotación Varimax)

	Solución Directa					Solución Rotada				
El consumo de alcohol durante el periodo del embarazo puede provocar defectos congénitos y trastornos del desarrollo	,347	-,448	,259	,010	-,295	,459	-,211	,237	,232	-,333
La exposición al alcohol de forma ocasional durante el embarazo no supone ningún riesgo significativo	,243	,610	,137	-,225	,047	-,016	,691	-,091	,111	,062
El SAF es la causa más común de retraso mental y la principal causa prevenible de defectos de nacimiento	,518	-,168.5	,177	,384	,121	,243	-,055	,496	,386	,182
Muchas mujeres embarazadas continúan bebiendo a pesar de las advertencias de los profesionales de la salud	,327	-,093	,654	-,142	,331	,108	,106	-,057	,800	-,079
La cerveza consumida por una mujer lactante aumenta la producción de leche materna	,121	,479	,231	,136	-,264	-,133	,500	,280	,002	-,200
El SAF es curable si se diagnostica a tiempo	,347	,307	-,269	-,225	,348	,194	,366	-,190	,031	,500
La medida preventiva más adecuada es proporcionar asesoramiento y educación sobre las consecuencias del consumo del alcohol a las adolescentes y en general a todas las mujeres que acuden a su consulta	,611	-,333	,049	-,280	-,063	,709	-,006	-,006	,256	-,014
En los niños con SAF "el daño ya está hecho"	,249	,107	,013	,740	-,182	-,091	,031	,797	-,032	,089
El uso ocasional del alcohol en el embarazo no es dañino	,304	,672	-,057	-,056	-,065	,013	,717	,101	-,091	,149
La mejor edad para hacer un diagnóstico de SAF es antes del primer año de vida	,489	-,267	-,309	-,129	-,045	,607	-,074	,049	-,065	,209
Los niños con TEAF rara vez alcanzan los hitos del desarrollo en las fechas previstas	,504	-,175	,066	,137	-,118	,416	,008	,342	,176	,014
Existe una cantidad de alcohol consumido por la gestante que afecta al desarrollo neurológico del feto	,445	,090	-,170	-,299	-,481	,581	,343	,044	-,252	-,189
Las madres alcohólicas tienen hijos con TEAF	,458	,028	-,579	,129	-,022	,421	,079	,241	-,325	,464
Beber una copa de vino o una cerveza al día, no tiene ningún efecto pernicioso en él bebe	,335	,701	,171	,114	,025	-,026	,785	,052	,138	,087
La intervención temprana en el TEAF puede mejorar la situación del niño	,604	-,370	-,017	-,252	,125	,673	-,082	-,050	,305	,161
La prevalencia estimada del SAF en nuestra población es de 2 entre 1000	,425	-,012	,221	,136	,257	,159	,099	,212	,438	,205
Hacer un diagnóstico de SAF estigmatiza a la familia y al niño	,384	,184	,039	,216	,274	,199	,285	,425	-,023	-,052
Los profesionales de la salud están preparados para detectar y diagnosticar los casos de exposición prenatal al alcohol	,272	,081	-,285	,303	,559	-,027	-,016	,167	,135	,720
λ	2.996	2.287	1.302	1.292	1.163	2.42	2.28	1.51	1.46	1.37
% varianza	16.65	12.71	7.23	7.18	6.46	13.47	12.66	8.39	8.10	7.59
% varianza acumulado	16.65	29.35	36.58	43.76	50.22	13.47	26.13	34.52	42.62	50.22



0.797 En los niños con SAF "el daño ya está hecho".

0.496 El SAF es la causa más común de retraso mental y la principal causa prevenible de defectos de nacimiento.

0.425 Hacer un diagnóstico de SAF estigmatiza a la familia y al niño.

Las respuestas a estos ítems van en los dos primeros, en la dirección del total acuerdo o desacuerdo, y en el tercero, en el total desacuerdo, pero con la peculiaridad de que la mayor parte de las respuestas (sobre el 50%) se distribuyen en el resto de alternativas. En cuanto al contenido de los ítems se incluyen ítems relacionados con las consecuencias tanto del diagnóstico en sí, como de la irreversibilidad de las mismas. Por todo ello proponemos como denominación a este factor "Gravedad del Diagnóstico".

Factor IV. Explica el 8,10% de la varianza y está compuesto por los siguientes ítems y saturaciones:

0.800 Muchas mujeres embarazadas continúan bebiendo a pesar de las advertencias de los profesionales de la salud.

0.438 La prevalencia estimada del SAF en nuestra población es de 2 entre 1000.

Las respuestas a estos dos ítems son significativamente diferentes. Con respecto al segundo ítem, la respuesta más frecuente es la del NS//NC, con casi un 60% de las respuestas. El efecto matemático de sustituir esta respuesta por el punto medio, puede haber influido en que aparezca en este factor. En cuanto al primero de los ítems, la respuesta más frecuente es la de acuerdo o total acuerdo. En

nuestra opinión manifiesta una cierta actitud de frustración por parte de los profesionales socio-sanitarios ante el fracaso de la prevención. Por este motivo, proponemos que se denomine a este factor "Actitud de Burnout ante la prevención". El extremo positivo de este factor marcaría actitudes de desaliento y desesperanza hacia las medidas de prevención y el negativo lo contrario.

Factor V. Explica el 7,59% de la varianza y está compuesto por los siguientes ítems y saturaciones:

0.720 Los profesionales de la salud están preparados para detectar y diagnosticar los casos de exposición prenatal al alcohol.

0.500 El SAF es curable si se diagnostica a tiempo.

0.464 Las madres alcohólicas tienen hijos con TEAF.

Las respuestas de estos ítems son muy diversas. El primer ítem divide al grupo en dos, los que afirman y los que niegan, casi en la misma proporción. El segundo ítem también está polarizado, en este caso el acuerdo manifiesta desconocimiento de las consecuencias de la exposición al alcohol durante el embarazo. Por último, en el tercer ítem las respuestas son más frecuentes en los apartados de acuerdo y totalmente de acuerdo. En nuestra opinión, esta respuesta manifiesta un prejuicio, dado que la mujer alcohólica podría engendrar un hijo siempre que mantuviera una conducta de abstinencia durante la gestación. Todos sabemos que una persona alcohólica puede mantener periodos de abstinencia más o menos prolongados. El problema es el consumo durante



el embarazo. Por todo ello, proponemos que este factor se denomine "Sobrevaloración Profesional frente al SAF". Este factor definiría un continuo que iría desde el polo positivo con respuestas en dirección hacia el sentimiento de falta de preparación, escasas posibilidades de curación y no determinación en la relación de alcoholismo materno y SAF, frente al polo negativo que iría en la dirección contraria, sentimientos de preparación, posibilidades de curación y determinación de causa-efecto entre alcoholismo materno y SAF.

Se calcularon las puntuaciones factoriales de cada entrevistado, en cada factor, mediante el método de mínimos cuadrados obteniendo los resultados que se muestran en la tabla 3.

Las puntuaciones factoriales se comportan como puntuaciones normalizadas Z, con media cero y desviación típica 1. Para determinar la caracterización de los colectivos, cruzamos estas puntuaciones por la variable especialidad profesional. De esta forma podemos observar las medias y desviaciones típicas de cada grupo profesional. Para determinar si existen diferencias significativas, realizamos un análisis de varianza (ANOVA) de un solo factor con contraste a posteriori mediante el test F de Scheffe. Tal como muestra la tabla 3, solo resultó significativa las diferencias en el factor II "Permisividad" y Factor V "sobrevaloración profesional frente al SAF". Los contrastes a posteriori marcan que las diferencias se cen-

Tabla 3. Puntuaciones factoriales medias y desviaciones en función de grupo profesional. Razón F para la significación de las diferencias y Contraste posteriori F de Scheffe

	N	Factor I		Factor II		Factor III		Factor IV		Factor V	
		\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ
Pediatría	61	-,085	,774	,112	,864	-,089	1,051	-,079	1,006	,281*	1,023
Matrona	29	-,099	,719	,449*	1,314	-,243	,810	,078	,996	-,377*	,977
Enfermera Pediatría	47	,108	1,277	-,267*	1,001	-,010	,963	-,028	1,041	-,031	1,027
Psicología	21	,074	1,172	,295	,947	,241	1,307	,092	1,075	,304	,937
Medicina	45	-,218	,729	,232	,828	,085	,934	,101	,828	,099	,979
Enfermería	39	,136	1,041	-,263	1,048	-,023	,806	-,171	1,030	-,238	1,023
Resultados de ANOVA		F= 0.819 P= .489		F= 3.317 P= .006		F= 0.734 P= .571		F= 0.460 P= .800		F= 2.665 P= .023	
Contraste a posteriori F de Scheffe				F= 0.72 P= .097						F= 0.65 P= .138	



tran en ambos casos entre el grupo de profesionales, matronas y enfermeras pediátricas, para el Factor II, siendo las segundas más permisivas que las primeras, y entre las matronas y los pediatras en el factor V, sobervalorando más las matronas que los pediatras.

DISCUSIÓN

En la campaña de sensibilización organizada durante los años 2010 y 2011 en la Comunidad Valenciana (Alcantud et al., 2011) nos dirigíamos a los profesionales socio-sanitarios con el objetivo de:

- a) Facilitarles materiales gráficos en papel y en soporte multimedia para que pudieran suministrar a sus clientes información sobre los efectos negativos del consumo de bebidas alcohólicas durante la gestación y la lactancia.
- b) Sensibilizarles sobre la necesidad de cambiar nuestras actitudes de permisividad frente al consumo de alcohol en general, y en particular, en el consumo entre mujeres y mujeres embarazadas o que se encuentran en un periodo pre-concepción.
- c) Se ofrecieron también acciones formativas para mejorar el nivel de conocimientos sobre los efectos del consumo de bebidas alcohólicas durante la gestación y la lactancia.

De los resultados de este estudio se desprende que aunque existe un cierto nivel de conocimientos básicos aceptable (Factor I) sobre las consecuencias de la ingesta de bebidas alcohólicas durante la gestación, con independencia de la especialidad profesional, se manifiesta un cierto grado de permisividad

(Factor II). En este caso, existen diferencias significativas entre el conjunto de profesionales "matronas" y el de "enfermería pediátrica o enfermería general". Las primeras serían poco permisivas frente a las segundas que lo serían más. Resulta más o menos obvio que los profesionales socio-sanitarios en la medida que pertenecen a una sociedad productora y consumidora de bebidas alcohólicas, manifiestan actitudes permisivas o socialmente aceptables. En este sentido, se debería propiciar medidas de sensibilización sobre colectivos concretos como puede ser el personal de enfermería en general.

Con respecto al factor III sobre la percepción de la gravedad del diagnóstico, aunque no existen diferencias significativas entre los grupos profesionales sí que se evidencian valores diferenciales entre psicólogos y resto de personal sanitario. Esta diferenciación puede ser debida a que son los profesionales de los Centros de Atención Temprana, los encargados de atender los niños con SAF o TEAF. Esta condición puede influir en la percepción de la gravedad de las consecuencias y nos da una idea por medio de la cual se puede intentar modificar estas actitudes en el resto de personal.

El Factor IV refleja la actitud de esperanza o confianza en las medidas de prevención. En general las puntuaciones en este factor no se relacionan con ningún colectivo de los controlados en este estudio. No obstante, creemos que marca una nueva dirección hacia donde debemos dirigirnos, es decir, debemos hacer un esfuerzo para luchar contra las actitudes de permisividad pero además debemos demostrar que este esfuerzo es eficaz y tiene consecuencias.

Por último, el Factor V divide de forma significativa a la muestra en dos grandes grupos, por una parte el formado por los pediatras, médicos de familia y psicólogos que manifiestan puntuaciones positivas en el mismo, frente a matronas, enfermería pediátrica y enfermería que puntúan en negativo. Las diferencias mayores se centran entre el grupo de pediatras y matronas.

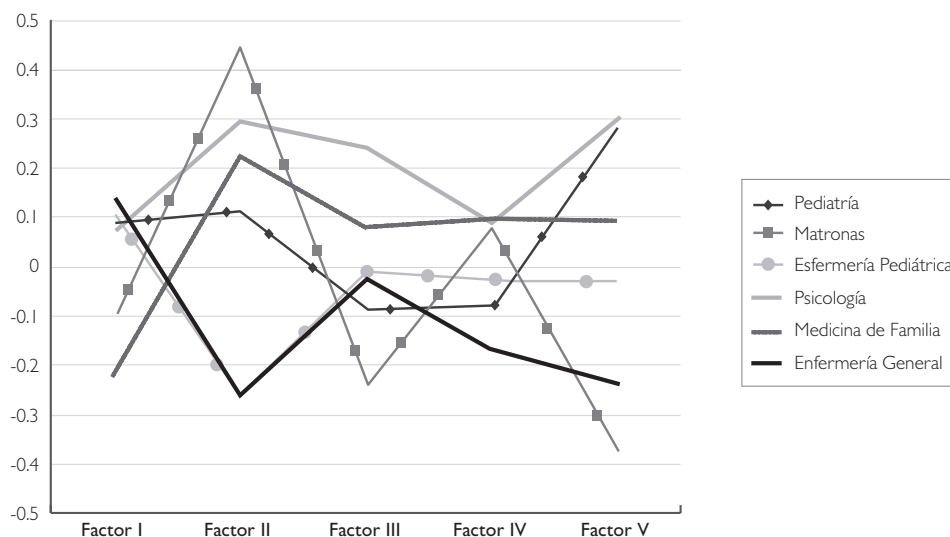
Aunque el estudio solo hace referencia a los centros de salud de la ciudad de Valencia, creemos que representa con cierta fidelidad a todo el colectivo de personal socio-sanitario relacionado con la prevención, detección, diagnóstico e intervención con SAF. Es verdad que a la convocatoria no asistieron determinados colectivos implicados como por ejemplo, los ginecólogos. De todos estos datos, concluimos que los contenidos de las campañas futuras de

sensibilización deben poner el énfasis en los siguientes aspectos:

- a) Se deben dirigir de forma específica para cada grupo profesional dado que parece evidente que la formación previa marca ciertas actitudes diferenciales. En particular debe incidirse en el colectivo de ginecólogos dado que ellos tienen un papel preventivo de primer orden. Creemos también que la forma de convocatoria utilizada, por medio de la dirección o coordinación del centro, no fue la más apropiada. En este sentido debería probarse la vía profesional por medio de las respectivas asociaciones o colegios profesionales.

Tal como se observa en la figura 2, existen perfiles idénticos como los de

Figura 2. Perfiles de los grupos de especialistas en función de los factores encontrados





enfermería pediátrica y enfermería general. El grupo de médicos de familia, pediatras y psicólogos, aunque con algún matiz diferencial, las tendencias son semejantes y por último, el grupo de matronas que tiene un perfil netamente diferente.

- b) Se debe hacer hincapié en las posibilidades reales de los profesionales, tanto desde el punto de vista del diagnóstico, como desde el punto de vista de la intervención sobre los niños afectados. Una medida positiva podría ser, desarrollar un protocolo de prevención, detección, diagnóstico e intervención sobre el SAF y TEAF.
- c) Se debe incidir sobre las actitudes de permisividad. Diferenciando la permisividad social (aunque incluso esta pueda ser negativa) de la permisividad profesional. La función profesional hace que las opiniones manifestadas como tales se utilicen como argumento para mantener o no determinadas conductas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, E.L. & Kruger, M. (1998). What do physicians know and say about fetal alcohol syndrome: A survey of obstetricians, pediatricians, and family medicine physicians. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(9), 1951-1954.
- Alcantud, F., Tomás, S., Delicado, A., Alonso, Y., Jiménez, E., Cano, L., Rico, D. y Montoro, Y. (2011). Programa de prevención del consumo de alcohol en madres y mujeres en edad de gestación. Comunicación presentada en las XXXVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Madrid.
- Alonso, Y. (2011). *Síndrome Alcohólico Fetal y Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal: Nivel de conocimientos y actitudes de los profesionales socio-sanitarios*. Trabajo de Investigación. Programa de Doctorado: Investigación en Psicología. Universitat de Valencia. <http://roderic.uv.es/handle/10550/21824>.
- Elliott, E.J., Payne, J., Haan, E. & Bower, C. (2006). Diagnosis of foetal alcohol syndrome and alcohol use in pregnancy: A survey of pediatricians' knowledge, attitudes and practice. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 42(11), 698-703.
- Gahagan, S., Sharpe, T. T., Brimacombe, M., Fry-Johnson, Y., Levine, R., Mengel, M. et al. (2006). Pediatricians' knowledge, training, and experience in the care of children with fetal alcohol syndrome. *Pediatrics*, 118(3), 657-668.
- Jones, K.L. & Smith, D.W. (1973). Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet*, 2, 999-1001.
- Lemoine, P., Harousseau, H., Borteyru, J.P. & Menuet, J.C. (1968). Les enfants de parents alcooliques: Anomalies observées. A propos de 127 cas [Children of alcoholic parents: Abnormalities observed in 127 cases]. *Quest Medical*, 21, 476-482.
- Maloney, E., Hutchinson, D., Burns, L., Mattick, R. & Black, E. (2011). Prevalence and predictors of alcohol use in pregnancy and breastfeeding among Australian women. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 38(1), 3-9.
- Nevin, A.C., Parshuram, C., Nulman, I., Koren, G. & Einarson, A. (2002). A survey of physicians knowledge regarding awareness of maternal alcohol use and the diagnosis of FAS. *BMC Family Practice*, 3, 2.



Payne, J., Elliott, E., D'Antoine, H., O'Leary, C., Mahony, A., Haan, E. et al. (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.

Vagnarelli, F., Palmi, I., Garcia-Algar, O., Falcon, M., Memo, L., Tarani, L. et al. (2011). A survey of italian and spanish neonatologists and pediatricians regarding awareness of the diagnosis of FAS and FASD and maternal ethanol use during pregnancy. *BMC Pediatrics*, 11, 51.