

Consumo de alcohol en mujeres embarazadas y lactantes: factores de riesgo y protección asociados

Alcohol use in pregnant and breastfeeding women: associated risk and protective factors

Belén del Valle Vera, Pablo M. Bonino, Sofía L. Arguinzoniz, Graciana Nocetti, Nicolás Salvia, Deborah Martínez-Villarreal y Darío Gigena-Parker

Recibido 5 abril 2021 / Enviado para modificación 12 enero 2022 / Aceptado 7 febrero 2022

ABSTRACT

Objetivo Examinar la ocurrencia del consumo de alcohol en mujeres embarazadas o en periodo de lactancia de la provincia de Córdoba (Argentina) y los factores de riesgo/protección que explican ese consumo.

Metodología Participaron 475 mujeres (202 embarazadas y 273 lactantes) entre 18-47 años que completaron una encuesta en línea, que indagó sobre su consumo de alcohol y una serie de factores de riesgo y protección para el consumo de alcohol.

Resultados El 93,1% y 68,1% de las mujeres embarazadas y lactantes indicaron que no consumían alcohol en su condición. Se observó un perfil más riesgoso en mujeres lactantes. En embarazadas, solo la percepción de riesgo permitió explicar su consumo. En lactantes, la percepción de riesgo, el consumo de convivientes, la indicación de no beber en su condición por parte de familiares/amistades y la aprobación del consumo de alcohol en otras mujeres lactantes permitieron explicar su consumo.

Discusión Estos resultados ponen en evidencia la necesidad de brindar información clara y precisa sobre los riesgos asociados al consumo de alcohol durante el embarazo y, especialmente, la lactancia y la necesidad de incorporar cuatro actores sociales en las campañas preventivas: los profesionales de la salud, los/las convivientes, la familia y las amistades de la mujer gestante/lactante.

Palabras Clave: Consumo de bebidas alcohólicas; mujeres embarazadas; lactancia materna; factores de riesgo; factores protectores (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective This work examined alcohol use and risk and protective factors related among pregnant and breastfeeding women from Córdoba (Argentina).

Methodology In total, 475 women (202 pregnant and 273 breastfeeding) between 18-47 years old participated. Participants completed an online survey that measured alcohol use and the occurrence of different risk and protective factors for alcohol use.

Results The 93,1% of pregnant and 68,1% of breastfeeding women reported no alcohol use. A riskier profile was observed in breastfeeding women. Among pregnant women, only risk perception explained their alcohol use. Among breastfeeding women, risk perception, alcohol use of the persons they live with, the recommendation of not drinking in their condition by relatives or friends and alcohol use approval in other breastfeeding women explained their alcohol use.

Discussion Our results highlight the need to provide clear and precise information about the risks associated with alcohol use during pregnancy and, specially, breastfeeding and the need to incorporate four social actors in prevention campaigns: health professionals and cohabitants, family and friends of the pregnant or breastfeeding woman.

Key Words: Alcohol drinking; pregnant women; breast feeding; risk factors; protective factors (*source: MeSH, NLM*).

BV: Psic. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina. Instituto de Investigaciones Psicológicas, IPSI, UNC-CONICET. Córdoba, Argentina. belen.vera@unc.edu.ar
PB: Psic. Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, Ministerio de Salud. Córdoba, Argentina. pablomartinbonino@gmail.com
SA: Psic. Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, Ministerio de Salud. Córdoba, Argentina. sofia.luceroa@gmail.com
GN: Econ. Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, Ministerio de Salud. Córdoba, Argentina. nocetti.graciana@gmail.com
NS: Econ. MBA. Business Administration. Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, Ministerio de Salud. Córdoba, Argentina. nicosalvia@gmail.com
DM: Econ. M. Sc. Economía. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, Estados Unidos. deborahma@iadb.org
DG: MD. Psiquiatra. M. Sc. Prevención y Asistencia de las Adicciones. Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, Ministerio de Salud. Córdoba, Argentina. Escuela de Salud Pública y Ambiente, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina. gigenaparker@gmail.com

El consumo de alcohol durante el embarazo ha sido asociado a una serie de problemas físicos, cognitivos, motores y comportamentales en el bebé, que varían en severidad y pueden englobarse bajo el término global de *trastornos del espectro alcohólico fetal*. Asimismo, aumenta el riesgo de abortos espontáneos y partos prematuros (1). Por su parte, el consumo de alcohol durante la lactancia, afecta la producción y calidad de la leche materna (2) al generar una disminución significativa de la secreción de oxitocina (hormona responsable del reflejo de eyección de la leche).

A nivel mundial, aproximadamente el 10% de las mujeres embarazadas (3) y la mitad de las mujeres en periodo de lactancia (4) han consumido bebidas con alcohol. Además, se estima que aproximadamente 15 de cada 10 000 personas sufre de algún trastorno del espectro alcohólico fetal (3). En Argentina, si bien no existen trabajos que den cuenta de la prevalencia local, un estudio realizado en la provincia (de Santa Fe, la tercera provincia con mayor población de Argentina) con una muestra de 614 mujeres embarazadas, reveló que el 75,2% había consumido al menos un trago de alcohol durante la gestación (5). A nivel local no existen datos que den cuenta de la ocurrencia de consumo de alcohol en mujeres lactantes.

Una baja percepción de riesgo y la falta de información acerca de los efectos y los riesgos del consumo de alcohol durante el embarazo (6-9) han sido señalados como factores que influyen en el consumo de alcohol de mujeres embarazadas. Además, el consumo de alcohol por parte de la pareja de la mujer gestante (5,10) y otros factores sociales como el apoyo de la pareja (6) y la presión social para consumir alcohol, especialmente en eventos festivos (7-8), también parecen guardar relación con el consumo de alcohol durante la gestación. Finalmente, se ha encontrado que la percepción del consumo de alcohol en otras mujeres gestantes (11) y las actitudes (por ejemplo, la aceptación o no) frente al consumo de alcohol durante la gestación (12-13) también explican el consumo de alcohol en mujeres embarazadas. Sin embargo, la investigación de los factores de riesgo y protección para el consumo de alcohol en mujeres lactantes es escasa y se ha limitado a la identificación de variables sociodemográficas (como la edad y nivel educativo) que explican ese consumo (14-15).

Cabe destacar que la mayoría de los datos respecto a los factores de riesgo y protección para el consumo de alcohol en mujeres embarazadas y lactantes proviene de Estados Unidos o países europeos. Tener datos locales sobre la ocurrencia de consumo de alcohol en mujeres embarazadas y lactantes y los factores que expliquen ese consumo permitirá desarrollar estrategias preventivas e

intervenciones culturalmente sensibles para reducirlo con base en la evidencia y sensibles culturalmente. En este contexto, el objetivo del presente trabajo fue indagar la ocurrencia del consumo de alcohol y el efecto que diferentes factores de riesgo y protección tienen sobre ese consumo en una muestra de mujeres embarazadas o en período de lactancia de la provincia de Córdoba (la segunda provincia con mayor población de Argentina). Asimismo, se examinarán cambios en la aprobación del consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia tras recibir información sobre la recomendación oficial de alcohol cero durante el embarazo y la lactancia.

METODOLOGÍA

Participantes y procedimiento

La recolección de datos se realizó mediante una encuesta en línea por la plataforma SurveyMonkey®. Se invitaron mujeres gestantes o lactantes que residieran en la provincia de Córdoba, Argentina. Aunque 700 mujeres respondieron la encuesta, 225 encuestas fueron descartadas por: (i) no cumplir con los criterios de inclusión (n=87), (ii) estar incompletas (n=137) o (iii) no brindar consentimiento (n=1). En total, 475 mujeres (202 embarazadas y 273 en período de lactancia) entre 18 y 47 años participaron del estudio. La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas para la submuestra de mujeres embarazadas y la submuestra de mujeres en período de lactancia por separado.

Tabla 1. Características sociodemográficas para la sub-muestra de mujeres embarazadas y la sub-muestra de mujeres en período de lactancia

	Embarazadas	Lactantes	t/ χ^2
Edad	29,5±5,8	31±5,6	2,78 ^b
18-28	42,5	32,2	
29-39	53	60,4	
≥40	4,5	7,3	
Nivel de estudio			
Estudios primarios	3	1,1	15,5 ^b
Estudios secundarios	48	33	
Estudios universitarios	16,8	24,9	
Estudios terciarios	23,8	32,6	
Estudios de posgrado	8,4	8,4	
Situación laboral			
Desempleada	50,5	32,2	21,57 ^c
Trabajadora informal	9,4	7,3	
Autónoma	13,9	15,4	
Relación de dependencia	26,2	45,1	

^a p<.05, ^b p<.01, ^c p<.001. Todos los valores corresponden al porcentaje de participantes ubicados en cada categoría. Para variables continuas, los datos se presentan como medias y desviación estándar de la media.

La invitación a participar del estudio se difundió mediante las redes sociales de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones (Ministerio de Salud, Córdoba) y se le envió a un listado de mujeres beneficiarias

de diferentes planes para mujeres embarazadas o que han dado a luz recientemente, provisto por el Ministerio de la Mujer (Córdoba). Previo a la administración de la encuesta, las participantes brindaron su consentimiento informado (por escrito, disponible en la primera página de la encuesta) para participar. Allí se les informó que los datos recolectados serían utilizados para diseñar campañas preventivas con el fin de mejorar la salud de las personas gestantes/lactantes y sus bebés y se les garantizó el manejo confidencial de los datos. El estudio se realizó respetando los lineamientos éticos para la investigación con humanos señalados por la Asociación Psicológica Americana, la declaración de Helsinki y la Ley Nacional 25.326 de Protección de los Datos Personales. Los procedimientos fueron revisados y aprobados por el comité de ética interno de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones (Ministerio de Salud, Córdoba).

Instrumentos

El cuestionario en línea recolectó información sobre características sociodemográficas (edad, nivel de estudios y situación laboral), consumo de alcohol de las mujeres embarazadas/lactantes, consumo de alcohol de convivientes, percepción de riesgo (desde 1=sin riesgo, a 5=riesgo muy alto) del consumo de alcohol en su condición actual (embarazo/lactancia), y percepción (desde 1=casi ninguna bebe, a 5=la mayoría bebe) y aprobación del consumo de alcohol en otras mujeres en su misma condición (1=no lo aprueba, 2=no aprueba ni desaprueba y 3=lo aprueba). Además, se les preguntó si creían tener información acerca de los riesgos del consumo de alcohol en el embarazo/lactancia y si habían recibido la recomendación explícita de no beber en su condición por parte de profesionales de la salud y de su familia y amistades.

Análisis de datos

Para examinar la ocurrencia del consumo de alcohol y de los diferentes factores de riesgo/protección explorados, se llevaron a cabo análisis descriptivos (por ejemplo, frecuencias, media y desviación estándar). Asimismo, se llevaron a cabo pruebas *chi cuadrado* para examinar la asociación entre la condición actual de las mujeres (embarazada/lactante) y (i) las variables sociodemográficas, (ii) la ocurrencia de consumo de alcohol, y (iii) los factores de riesgo/protección examinados. La *prueba t de Student* se utilizó para examinar diferencias en la edad entre mujeres embarazadas y lactantes.

Para evaluar el impacto de los factores de riesgo y protección sobre el consumo de alcohol, se realizaron regresiones logísticas binarias con la submuestra de mujeres embarazadas y la submuestra de lactantes por separado. Los modelos de regresión incluyeron el consumo de alcohol

(consumen/no consumen) como variable dependiente y los siguientes predictores: (i) consumo de alcohol en convivientes (si/no), (ii) creencia de poseer información acerca de los efectos del alcohol en el embarazo/lactancia (si/no), (iii) haber recibido la indicación de no beber durante el embarazo/lactancia por parte de profesionales de la salud (si/no), (iv) haber recibido la indicación de no beber durante el embarazo/lactancia por parte de familiares/amistades (si/no), (v) percepción de riesgo del consumo de alcohol durante el embarazo/lactancia [bajo riesgo (sin riesgo y riesgo bajo)/alto riesgo (riesgo moderado, alto y muy alto)], (vi) percepción del consumo de alcohol en mujeres embarazadas/lactantes (ordinal con cinco categorías), y (vii) aprobación del consumo de alcohol en mujeres embarazadas/lactantes (aprueba/no lo aprueba o no aprueba ni desaprueba).

Finalmente, se llevó a cabo la prueba McNemar para examinar cambios en la proporción de aceptación del consumo de alcohol durante el embarazo/lactancia luego de leer un mensaje que indicaba “la recomendación oficial es alcohol o durante el embarazo y la lactancia, ya que el consumo de una mínima cantidad le llega a tu bebé y puede afectar su salud, inclusive años después. Es decir, se recomienda no consumir nada de alcohol ni en el embarazo ni durante la lactancia”. Esta prueba se llevó a cabo con la submuestra de mujeres embarazadas y lactantes por separado.

RESULTADOS

El 93,1% y el 68,1% de las embarazadas y lactantes, respectivamente, indicaron no consumir alcohol en su condición. El 4,5% de las embarazadas consumió solo unos sorbos, el 2% no más de un vaso y sólo una (0,5%) indicó consumir más de un vaso. Entre las mujeres lactantes, el 14,7% indicó consumir pocos sorbos, el 14,3% no más de un vaso y el 2,9% más de un vaso. Sin importar la cantidad consumida, las mujeres lactantes mostraron una ocurrencia de consumo de alcohol significativamente mayor que las mujeres embarazadas ($\chi^2=43,12$, $p<,000$).

La mayoría (~60%) de las mujeres embarazadas y lactantes estuvieron expuestas al consumo de alcohol de algún/a conviviente, aunque esta ocurrencia fue significativamente mayor en lactantes. Además, la mayoría de las mujeres creían tener conocimientos acerca de los efectos del alcohol durante el embarazo y la lactancia. Sin embargo, fue significativamente mayor el porcentaje de mujeres en periodo de lactancia que creía tener información acerca de los efectos del alcohol.

Aproximadamente un tercio de las mujeres embarazadas y lactantes recibieron la recomendación explícita de no consumir bebidas con alcohol en su condición,

Tabla 2. Factores de riesgo y de protección frente al consumo de alcohol en mujeres embarazadas y en periodo de lactancia

Factores de riesgo	Embarazadas	Lactantes	χ^2
Consumo de alcohol de convivientes	57,4	67	4,59 ^a
Creencia de la información sobre los efectos alcohol	62,9	71,8	4,25 ^a
Un profesional recomendó explícitamente no beber	37,6	37,7	ns
Familia/amistades recomendaron explícitamente no beber	36,6	28,6	ns
Percepción de riesgo del consumo alcohol en estado actual			
Sin riesgo	4,5	9,5	14,59 ^b
Riesgo bajo	21,2	31,5	
Riesgo moderado	22,3	20,5	
Riesgo alto	37,6	25,3	
Riesgo muy alto	14,4	13,2	
Percepción consumo otras mujeres en mismo estado actual			
Casi ninguna bebe	16,3	12,5	10,96 ^a
Menos de la mitad bebe	23,3	16,5	
La mitad bebe	22,8	18,3	
Más de la mitad bebe	23,3	31,5	
La mayoría bebe	14,4	21,2	
Aprobación consumo alcohol en estado actual			
No lo aprueba	74,8	55,3	20,2 ^c
No aprueba ni desaprueba	19,3	30	
Lo aprueba	5,9	14,7	

^a p<.05, ^b p<.01, ^c p<.001. Todos los valores corresponden al porcentaje de participantes ubicados en cada categoría.

ya sea, por parte de profesionales de la salud, como de familiares y amistades. No se encontraron asociaciones significativas entre estas variables y la condición actual de las mujeres encuestadas.

La percepción de riesgo del consumo de alcohol en su condición actual fue significativamente menor para mujeres en periodo de lactancia que para las embarazadas. El 20% de las embarazadas indicaron que el consumo de alcohol no era riesgoso o tenía un riesgo bajo en su condición, mientras que este porcentaje ascendió al 40% en las lactantes. Finalmente, la percepción del consumo de alcohol en otras mujeres en su misma condición fue superior en lactantes que en embarazadas (el 71% las lactantes y el 60,5% de las embarazadas cree que al menos la mitad de las mujeres en su condición consume bebidas con alcohol) y la aprobación del consumo de alcohol en su condición fue mayor en mujeres lactantes que en embarazadas.

Predictores del consumo de alcohol en embarazadas y lactantes

El modelo de regresión logística binaria que busca explicar el consumo de alcohol en embarazadas mostró un buen ajuste a los datos [$\chi^2 (10)=38,71$, $p<.001$] y permitió explicar entre el 17,4% (R cuadrado de Cox y Snell) y el 44,1% (R cuadrado de Nagelkerke) de la varianza en su consumo de alcohol. La correcta clasificación global de las mujeres embarazadas en función de los predictores incluidos fue del 92,1%. La

Tabla 3 presenta los *odds ratios* (OR) y los intervalos de confianza (IC 95%) para las variables incluidas en el modelo. Sólo la percepción de riesgo del consumo de alcohol durante el embarazo contribuyó significativamente al modelo. La probabilidad de consumir bebidas con alcohol durante el embarazo disminuye para aquellas mujeres que creen que el consumo de alcohol durante el embarazo es riesgoso.

Tabla 3. Regresión logística binaria para explicar el consumo de alcohol en mujeres embarazadas

Predictor	OR	IC (95%)		p
		LI	LS	
Consumo de alcohol convivientes (Sí=1)	5,3	,54	52,33	,153
Creencia información efectos alcohol (Sí=1)	1,00	,17	5,77	1
Profesional recomendó explícitamente no beber (Sí=1)	,58	,06	5,13	,576
Familia/amistades recomendaron explícitamente no beber (Sí=1)	,42	,05	3,68	,422
Percepción riesgo consumo alcohol en estado actual (alto riesgo=1)	,02	,00	,20	,001
Percepción consumo otras mujeres				
Menos de la mitad bebe (1)	,29	,03	2,76	,279
La mitad bebe (2)	,62	,07	5,30	,661
Más de la mitad bebe (3)	,22	,01	3,24	,269
La mayoría bebe (4)	,21	,02	2,28	,200
Aprobación consumo (Si aprueba=1)	,85	,05	13,45	,907

OR= Odds Ratios. IC= Intervalos de Confianza. Los odds ratios estadísticamente significativos se indican en negrita.

El modelo para explicar el consumo de alcohol en mujeres lactantes también mostró un buen ajuste a los datos [$\chi^2 (10) = 133,9, p < ,001$], pues explicó entre el 38,8% (R cuadrado de Cox y Snell) y el 54,3% (R cuadrado de Nagelkerke) de la varianza en su consumo de alcohol y permitió clasificar correctamente al 84,2% de las mujeres lactantes. La Tabla 4 presenta los *odds ratios* (OR) y los intervalos de confianza (IC 95%) para las variables incluidas en el modelo. Cuatro de los siete predictores incluidos en el modelo contribuyeron a la explicación del consumo de alcohol en mujeres lactantes. Estos predictores fueron: el consumo del/de la conviviente, la recomendación de no beber durante

la lactancia por parte de familiares y amistades, la percepción de riesgo del consumo de alcohol durante la lactancia y la aprobación del consumo de alcohol durante la lactancia. La probabilidad de consumir bebidas con alcohol durante la lactancia es casi 14 y 8 veces mayor para aquellas mujeres expuestas al consumo de alcohol de sus convivientes y para quienes aprueban el consumo de alcohol durante la lactancia. Además, la probabilidad de consumir alcohol durante la lactancia disminuye en las mujeres que recibieron la indicación de no consumir alcohol durante la lactancia por parte de familiares y amistades que creen que el consumo de alcohol durante la lactancia es riesgoso.

Tabla 4. Regresión logística binaria para explicar el consumo de alcohol en mujeres en periodo de lactancia

Predictor	OR	IC (95%)		p
		LI	LS	
Consumo de alcohol convivientes (Sí=1)	13,98	4,65	42,02	<,001
Creencia información efectos alcohol (Sí=1)	1,94	,82	4,6	,132
Profesional recomendó explícitamente no beber (Sí=1)	,2	,25	1,55	,310
Familia/amistades recomendaron explícitamente no beber (Sí=1)	,27	,10	,71	,008
Percepción riesgo consumo alcohol en estado actual (alto riesgo=1)	,20	,10	,43	<,001
Percepción consumo otras mujeres				
Menos de la mitad bebe (1)	4,32	,97	19,22	,055
La mitad bebe (2)	1,62	,37	7,03	,522
Más de la mitad bebe (3)	3,49	,91	13,39	,068
La mayoría bebe (4)	1,41	,35	5,69	,630
Aprobación consumo (Sí aprueba=1)	8,55	2,86	25,55	<,001

OR=Odds Ratios. IC=Intervalos de Confianza. Los odds ratios estadísticamente significativos se indican en negrita.

Cambios en la aprobación del consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia

Tanto en la submuestra de mujeres embarazadas ($p = ,01$), como en la de mujeres lactantes ($p < ,001$) se encontró una disminución significativa en la aprobación del consumo de alcohol luego de leer la recomendación oficial de alcohol cero durante el embarazo y la lactancia. La aprobación del consumo bajó de 5,9% a 1,5% en embarazadas y de 14,7% a 5,1% en lactantes.

DISCUSIÓN

La ocurrencia del consumo de alcohol en esta muestra de mujeres embarazadas y lactantes fue notablemente inferior a la reportada en trabajos locales previos (5) y de otros países (4,15-18). En general, observamos un perfil más riesgoso en mujeres lactantes. Más específicamente, el consumo de alcohol fue significativamente mayor en mujeres lactantes, al mismo tiempo que exhibieron una mayor ocurrencia de algunos de los factores de riesgo explorados (a saber, menor percepción de riesgo y mayor aprobación del consumo de alcohol).

Trabajos previos ya han señalado una mayor ocurrencia de consumo de alcohol en mujeres lactantes que en embarazadas (14-15). Este mayor consumo

podría deberse, al menos parcialmente, a la falta de información. Si bien los efectos nocivos del alcohol durante el embarazo están bien establecidos (1), las consecuencias del consumo de alcohol durante la lactancia han sido menos estudiadas y la información disponible es confusa (4,19). Por ejemplo, aun cuando ya ha sido demostrado que el alcohol reduce la producción de leche (4), es común que algunas mujeres creen que el consumo de cerveza facilita la lactancia (13,20).

En embarazadas y lactantes, una menor percepción de riesgo se asoció a una mayor probabilidad de consumir alcohol, siendo este efecto superior en lactantes. Si bien no se han encontrado datos en lactantes, una baja percepción de riesgo ha sido asociada a un mayor consumo de alcohol en embarazadas (9,21). Además, datos con otras poblaciones, han señalado que, en general, una menor percepción de riesgo se asocia a un mayor consumo de múltiples sustancias (22-23). Estos resultados destacan la necesidad de brindar información clara sobre los riesgos asociados al consumo de alcohol durante el embarazo y, especialmente, durante la lactancia, trabajando fuertemente sobre las percepciones distorsionadas y erradas acerca de estos riesgos.

En mujeres lactantes, la exposición a convivientes consumidores/as de alcohol resultó ser uno de los

factores explicativos de su consumo. No existen, dentro de nuestro conocimiento, trabajos que analicen el efecto del consumo de alcohol por parte de convivientes en un sentido amplio (i.e., no pareja), ni en mujeres lactantes. Sin embargo, este resultado coincide con los hallazgos de trabajos previos que analizan el efecto del consumo de alcohol por parte de la pareja (hombre) en mujeres gestantes (5, 10). Estos trabajos muestran que el consumo de alcohol es mayor en aquellas mujeres embarazadas cuyas parejas consumen alcohol habitualmente. Incluso, se ha señalado que el apoyo de la pareja contribuye a la decisión de abstenerse de consumir alcohol durante el embarazo (6). Asimismo, haber recibido la indicación explícita de no consumir alcohol durante la lactancia por parte de familiares y amistades se asoció a una menor probabilidad de consumir bebidas con alcohol en mujeres lactantes. Si bien la información respecto a los riesgos asociados al consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia brindada por familiares y amistades ha sido señalada en algunos casos como poco confiable y muy general (11,13), en otros casos (21) las experiencias respecto a los efectos del alcohol en el/la bebé transmitidas por familiares se asociaron a un menor consumo de alcohol durante el embarazo.

La aprobación del consumo de alcohol también mostró estar relacionada con el consumo de alcohol en mujeres lactantes. Si bien no hemos encontrado antecedentes en esta población, los resultados hallados coinciden con los reportados en mujeres gestantes. Más específicamente, se ha reportado un menor consumo de alcohol (12-13) y una menor probabilidad de tener un trastorno relacionado con el consumo de alcohol (24) en quienes desaprobaban el consumo de alcohol en embarazadas y tenían una actitud negativa hacia el consumo de alcohol durante el embarazo.

Llamativamente, poseer información acerca de los efectos del alcohol durante el embarazo/lactancia y haber recibido la indicación de no beber durante el embarazo/lactancia por parte de un profesional de la salud no permitieron explicar el consumo de alcohol en esta muestra. Estudios previos (7,11,20) han mostrado que las mujeres embarazadas y lactantes saben que beber alcohol afecta su salud y la de su bebé y que la recomendación oficial es alcohol cero. Sin embargo, la mayoría expresa que la información recibida es muy vaga y carente de detalles sobre los riesgos reales para ellas y su bebé (19,21). Por ello, muchas reportan no confiar en los mensajes recibidos por los profesionales de la salud y otros medios (11), lo que genera que, a pesar de tener información, no abandonen el consumo de alcohol. De hecho, tener información respecto a los efectos negativos del consumo de alcohol durante el embarazo no se ha relacionado con el

consumo de alcohol (13), ni con la percepción de riesgo del consumo de alcohol en el embarazo (12,25).

Cabe destacar que, en estas situaciones, se espera que los profesionales de la salud sean la principal fuente de información. Sin embargo, al igual que en esta muestra, muy pocas mujeres reciben la indicación de no beber por parte de un profesional de la salud (13,19,26). Incluso, recibir más información de parte de profesionales de la salud es una demanda común en mujeres embarazadas y lactantes (12,21). Al respecto, se ha señalado que muchas veces los conocimientos de los profesionales de la salud son escasos (27) y es por ello que algunos profesionales prefieren no discutir de estos temas con sus pacientes, lo que deja un vacío en la información brindada.

Finalmente, se analizó el efecto de una intervención en la aprobación del consumo de alcohol. Contrariamente a lo reportado previamente (19,21), recibir información clara y concisa sobre los efectos perjudiciales del alcohol en la salud de la madre (gestante/lactante) y su bebé genera una disminución en la aprobación del consumo.

Algunas limitaciones deberían ser consideradas. Al respecto, la técnica de muestreo no probabilística empleada y el diseño transversal del estudio limita la generalización de los resultados y no permite establecer relaciones temporales y causales entre las variables implicadas. Además, los datos se basaron en el autorreporte del consumo de alcohol, lo que puede llevar a estimaciones sesgadas.

Más allá de estas limitaciones, este trabajo examinó la ocurrencia de consumo de alcohol en mujeres embarazadas y lactantes de la provincia de Córdoba y permitió identificar factores de riesgo/protección que explican este consumo. En mujeres embarazadas solo la percepción de riesgo se relacionó con su consumo de alcohol, aunque, posiblemente, esto se deba a la baja cantidad de mujeres embarazadas que reportaron consumir alcohol. En lactantes, se le sumó el consumo de alcohol de convivientes, la aprobación del consumo y la recomendación de no consumir por parte de familiares a los factores explicativos de su consumo.

Además, si bien hacen falta más trabajos al respecto, los presentes resultados indican que recibir información clara y concisa respecto a los efectos del alcohol durante el embarazo y la lactancia parece ser suficiente para generar cambios en las actitudes hacia el consumo de alcohol. Futuros estudios deberían indagar si estos cambios se mantienen en el tiempo y si se traducen, a su vez, en cambios conductuales (i.e., menor consumo de alcohol). En conjunto, los resultados del presente trabajo ponen en evidencia la necesidad de brindar información clara, precisa y con fundamento científico sobre los riesgos asociados al consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia y la necesidad de trabajar fuertemente con

cuatro actores sociales en las campañas preventivas: los profesionales de la salud, las personas que conviven con la mujer gestante/lactante, la familia y las amistades de la mujer gestante/lactante ♠

Conflictos de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

- DeJong K, Olyaei A, LOJO. Alcohol use in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. 2019; 62(1):142-55. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000414>.
- Mennella JA, Pepino MY, Teff KL. Acute alcohol consumption disrupts the hormonal milieu of lactating women. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005; 90(4):1979-85. <https://doi.org/10.1210/jc.2004-1593>.
- Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017; 5(3):290-9. <https://dx.doi.org/10.1016/>.
- Haastrop MB, Pottegård A, Damkier P. Alcohol and breastfeeding. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2014; 114(2):168-73. <https://doi.org/10.1111/bcpt.12149>.
- López MB, Arán-Filippetti V, Cremonte M. Consumo de alcohol antes y durante la gestación en Argentina: prevalencia y factores de riesgo. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 37:211-7.
- Franco R, Charro B, Xavier, MR. Perspectivas y experiencias sobre el consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo: estudio cualitativo con embarazadas de España, Francia y Portugal. *ex aequo*. 2020; 41:107-21. <https://doi.org/10.22355/exaequo.2020.41.07>.
- Jones SC, Telenta J. What influences Australian women to not drink alcohol during pregnancy? *Aust J Prim Health*. 2012; 18(1):68-73. <https://dx.doi.org/10.1071/PY10077>.
- Meurk CS, Broom A, Adams J, Hall W, Lucke J. Factors influencing women's decisions to drink alcohol during pregnancy: findings of a qualitative study with implications for health communication. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; 14(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-246>.
- Nordeng H, Ystrøm E, Einarson A. Perception of risk regarding the use of medications and other exposures during pregnancy. *Eur J Clin Pharmacol*. 2010; 66(2):207-14. <https://doi.org/10.1007/s00228-009-0744-2>.
- Bakhireva LN, Wilsnack SC, Kristjanson A, Yevtushok L, Onishenko S, Wertelecki W, et al. Paternal drinking, intimate relationship quality, and alcohol consumption in pregnant Ukrainian women. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011; 72(4):536-44. <https://doi.org/10.15288/jsad.2011.72.536>.
- Watt MH, Eaton LA, Dennis AC, Choi KW, Kalichman SC, Skinner D, et al. Alcohol use during pregnancy in a South African community: Reconciling knowledge, norms, and personal experience. *Matern Child Health J*. 2016; 20(1):48-55. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1800-4>.
- Kesmodel U, Schiøler Kesmodel P. Drinking during pregnancy: attitudes and knowledge among pregnant Danish women, 1998. *Alcohol Clin Exp Res*. 2002; 26(10):1553-60. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2002.tb02455.x>.
- López MB. Saber, valorar y actuar: relaciones entre información, actitudes y consumo de alcohol durante la gestación. *Salud y Drogas* [Internet]. 2013 [cited 2021 Mar 2]; 13(1):35-46. <https://bityl.co/DMRW>.
- Dumas A, Toutain S, Simmat-Durand L. Alcohol use during pregnancy or breastfeeding: A national survey in France. *J Womens Health*. 2017; 26(7):798-805. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6130>.
- Maloney E, Hutchinson D, Burns L, Mattick RP, Black E. Prevalence and predictors of alcohol use in pregnancy and breastfeeding among Australian women. *Birth*. 2011; 38(1):3-9. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00445.x>.
- Blasco-Alonso M, González-Mesa E, Montes MG, Bravo IL, Galdón FM, Campos FC, et al. Exposición a tabaco, alcohol y drogas de abuso en gestantes. Estudio de prevalencia en gestantes de Málaga (España). *Adicciones*. 2015; 27(2):99-108. <https://doi.org/10.20882/adicciones.695>.
- Smith L, Savory J, Couves J, Burns E. Alcohol consumption during pregnancy: cross-sectional survey. *Midwifery*. 2014; 30(12):1173-8. <https://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.04.002>.
- Yang Tay R, Wilson J, McCormack C, Allsop S, Najman J, Burns L, et al. Alcohol consumption by breastfeeding mothers: Frequency, correlates and infant outcomes. *Drug Alcohol Rev*. 2017; 36(5):667-76. <https://doi.org/10.1111/dar.124733>.
- Giglia R, Binns C. Alcohol and breastfeeding: what do Australian mothers know? *Asia Pacific journal of clinical nutrition*. 2006; 16(1):473-7. <https://doi.org/10.6133/apjcn.2007.16.s1.87>.
- Dumas A, Toutain S, Hill C, Simmat-Durand L. Warning about drinking during pregnancy: lessons from the French experience. *Reproductive health*. 2018; 15(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0467-x>.
- Raymond N, Beer C, Glazebrook C, Sayal K. Pregnant women's attitudes towards alcohol consumption. *BMC Public Health*. 2009; 9(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-175>.
- Merrill RM. Use of marijuana and changing risk perceptions. *Am J Health Behav*. 2015; 39(3):308-17. <https://doi.org/10.5993/AJHB.39.3.3>.
- Parker MA, Anthony JC. Population-level predictions from cannabis risk perceptions to active cannabis use prevalence in the United States, 1991-2014. *Addict Behav*. 2018; 82:101-4. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.02.030>.
- López MB, Lichtenberger A, Cremonte M. Predictors of alcohol use disorders in Argentinean pregnant women. *J Fetal Alcohol Spec Risk Prev*. 2019; 2(1):23-8. <https://doi.org/10.22374/jfasrp.v2i1.4>.
- Dossou G, Gallopel-Morvan K, Diouf JF. The effectiveness of current French health warnings displayed on alcohol advertisements and alcoholic beverages. *Eur J Public Health*. 2017; 27(4):699-704. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw263>.
- López MB, Arán-Filippetti V. Consecuencias de la exposición prenatal a alcohol: desarrollo histórico de la investigación y evolución de las recomendaciones. *Rev Colomb Obstet Gineco*. 2014; 65(2):162-73. <https://doi.org/10.18597/rcog.64>.
- Crawford-Williams F, Steen M, Esterman A, Fielder A, Mikocka-Walus A. "If you can have one glass of wine now and then, why are you denying that to a woman with no evidence": knowledge and practices of health professionals concerning alcohol consumption during pregnancy. *Women Birth*. 2015; 28(4):329-35. <https://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.04.003>.