

Ansiedad de madres de recién nacidos con malformaciones congénitas en los períodos pre y postnatal*

Fabiola Chaves Fontoura¹
Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso²
Sofia Esmeraldo Rodrigues³
Paulo César de Almeida⁴
Liliane Brandão Carvalho⁵

Objetivo: analizar el nivel de ansiedad de las madres de recién nacidos con malformaciones congénitas que recibieron el diagnóstico en el prenatal y postnatal. Métodos: estudio transversal con 115 madres de 117 recién nacidos con malformaciones congénitas internados en tres unidades neonatales. Se utilizó un cuestionario conteniendo variables maternas y neonatales, y el Inventario de Ansiedad Trazo-Estado. Los datos fueron analizados por los tests *t* de Student y Kolmogorov-Sminorv. El nivel de ansiedad fue categorizado en bajo (percentil <25), moderado (25 a 75) y elevado (>75), con nivel de significancia de 5%. Resultados: la mayoría de las madres presentó niveles moderados de ansiedad. En recibimiento del diagnóstico de la malformación, 57% tuvieron la noticia en el prenatal y 43% en el postnatal. El nivel de ansiedad de quien recibió el diagnóstico en el prenatal fue inferior de aquellas que recibieron en el postnatal, evaluado por el Inventario de Ansiedad Trazo ($p=0,026$). Conclusión: madres de recién nacidos con malformaciones presentan ansiedad moderada y esta fue más elevada cuando el diagnóstico fue dado en el postnatal. El uso del Inventario de Ansiedad Trazo-Estado puede proporcionar direccionamientos a otros estudios y la práctica clínica.

Descriptores: Anormalidades Congénitas; Ansiedad; Madres; Recién Nacido; Unidades de Terapia Intensiva; Atención Prenatal.

* Artículo parte de tesis de doctorado "Evaluation of anxiety in mothers of newborns with congenital malformations in a neonatal unit", presentada en la Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

¹ Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, Mossoró, RN, Brasil.

² Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

³ Hospital Geral de Fortaleza, Unidade Neonatal, Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza, CE, Brasil.

⁵ Universidade de Fortaleza, Departamento de Psicologia, Fortaleza, CE, Brasil.

Cómo citar este artículo

Fontoura FC, Cardoso MVLML, Rodrigues SE, Almeida PC, Carvalho LB. Anxiety of mothers of newborns with congenital malformations in the pre- and postnatal periods. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3080. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2482.3080>.

mes día año

URL

Introducción

La gestación es una fase en la vida de la mujer vivida como una transición cuando desde el momento de la fecundación hasta el nacimiento, la gestante y el bebé pasan por experiencias psicológicas, fisiológicas y sociales únicas, haciendo con que la mujer crie dudas y expectativas en relación al nuevo ser que está por nacer, y el papel al cual deberá asumir⁽¹⁻²⁾.

Sin embargo, la noticia de un feto con malformación congénita es un momento difícil y único, en que la madre vive un período de luto, cuando el bebé idealizado deja de existir⁽³⁾. Cuando la malformación es incompatible con la vida, la situación puede llevar grande sufrimiento e implicaciones para la gestante, su compañero y demás familiares, como sentimientos de frustración, culpa, incapacidad y pérdida, crisis en el sistema familiar y aislamiento social⁽⁴⁾. Puede traer aún el sentimiento de ansiedad, que pasa a lo largo del tiempo. También, la mayoría de los bebés malformados son encaminados para la unidad neonatal, causando separación momentánea del binomio madre-hijo.

En Brasil, los índices estadísticos evidencian que las malformaciones congénitas constituyen la segunda causa de mortalidad neonatal, siendo responsables por 22,8% del total de muertes. Las regiones Sudeste y Norte presentan la mayor proporción de registros de óbitos por esta causa, con 35,9% y 24,5% respectivamente⁽⁵⁾. En un estudio sobre prevalencia de malformaciones en São Paulo, se concluye que, es importante que acontezca el diagnóstico precoz de las malformaciones, para la reducción de la morbilidad y mortalidad, principalmente neonatal precoz, y para la mejora de la calidad de vida y de los índices de sobrevida⁽⁶⁾.

Conseguir lidiar con el pronóstico de la malformación congénita depende de diversos factores: la estructura emocional del matrimonio y de la propia familia, así como de los cuidados de salud especializados y de la asistencia multi-profesional disponible⁽⁷⁾. Para la familia, principalmente la madre, lidiar con esta situación puede desencadenar algún nivel de ansiedad.

La ansiedad es un trastorno mental común en el ciclo grávido-puerperal en consecuencia de los cambios, y de las adaptaciones psicológicas y sociales en la vida de las mujeres. Se trata del tipo de trastorno más frecuente en la población y en general, ocurre en todas las edades⁽⁸⁾. Los trastornos mentales, en el período gestacional, son bastante prevalentes y comunes, y múltiples factores de riesgo están envueltos en su génesis, pero aún son subdiagnosticados⁽⁹⁾. Durante el postparto, investigadores refieren que 11% de las madres de recién nacidos sanos desarrollan síntomas de depresión dentro de 72 horas después del nacimiento⁽¹⁰⁾ y que después de seis

semanas, estas son rastreadas también para síntomas de estrés traumático y/o ansiedad⁽¹¹⁾. En el período postparto es fundamental reconocer que existe un riesgo aumentado de sufrimiento, principalmente entre mujeres con fetos con confirmación de malformaciones, en que estos serán hospitalizados después el nacimiento. Por lo tanto, la identificación precoz de sufrimiento psicológico en ese período y encaminamiento para proveedores de cuidados de salud mental dentro del ambiente obstétrico son esenciales⁽¹²⁾.

Como aliado en la evaluación de la ansiedad y del comportamiento de las gestantes después recibieron el diagnóstico de malformación congénita, un estudio realizado en ambiente hospitalario utilizó instrumentos, del tipo escalas, adecuadamente validados y multidimensionales, adaptados para la población brasilera, con la tentativa de comprender las estrategias de enfrentamiento, así como los pensamientos y las acciones presentados frente a un evento especialmente estresante⁽¹³⁾.

Se observa la escasez de estudios que evalúan el impacto de la noticia de la malformación congénita en los diferentes períodos de la gestación⁽¹⁾, lo que demostró estímulo para el desarrollo de ese estudio, lo cual se muestra relevante debido a la grande valía en investigar el nivel de ansiedad vivido por las madres durante esta fase de transición en sus vidas. Así, profesionales de la salud, en especial los enfermeros, a partir de los resultados, pueden incentivar la práctica de acciones de promoción a la salud, consonante a las necesidades, contribuyendo para el fortalecimiento de las emociones, desengañando fantasías, creando vínculos, y fortificando las relaciones entre la familia y el recién nacido.

La enfermería como profesión, así como las demás áreas de la salud, usufructúa tecnologías para implementar asistencia a sus clientes, y promover autonomía y independencia, sea en instituciones privadas, como hospitales, sea en la educación en salud o en cualquier ambiente⁽¹⁴⁾.

En ese contexto, las preguntas de la investigación son: ¿Cuál es el nivel de ansiedad de las madres de los recién nacidos con malformaciones internados en la Unidad Neonatal de instituciones hospitalarias, conforme el Inventario de Ansiedad Trazo-Estado (IDATE)? Existe diferencia en los niveles de ansiedad materna sobre el momento del diagnóstico del hijo malformado? Siendo así, el objetivo fue analizar el nivel de ansiedad de las madres de recién nacidos con malformaciones congénitas que recibieron el diagnóstico en el prenatal o postnatal.

Método

Se trató de estudio cuantitativo, transversal y comparativo realizado en tres hospitales escuelas

de nivel terciario en Fortaleza (CE), en unidad de internación neonatal y alojamiento conjunto, referencia en atendimento neonatal a la población rural y urbana del Estado. Hicieron parte de la población, puérperas cuyos hijos presentaron malformaciones congénitas diagnosticadas en el prenatal o postnatal, y que estuvieron internados en la unidad de internación neonatal en el período de la recolección de los datos. Se utilizó el tipo de muestras por conveniencia, en la cual inicialmente fueron captados los recién nacidos en las unidades neonatales y posteriormente, localizadas las madres para aplicación de los criterios de elegibilidad de la investigación, totalizando una muestra con 115 madres durante el período de 1º de mayo de 2014 a 30 de abril de 2015.

Los criterios de inclusión fueron: madres de recién nacidos con cualquier tipo de malformación congénita; la malformación del recién nacido fue diagnosticada durante el prenatal, en la evaluación por el neonatólogo en la sala de parto o durante los primeros 7 días de vida, estando el recién nacido aún internado en la unidad neonatal; madres con condiciones físicas y psicológicas para responder a los cuestionarios de investigación; madres acompañadas del recién nacido durante el período de internación en la unidad neonatal; recién nacido que no hubiera muerto antes de la aplicación del instrumento. Se excluyeron madres con antecedentes psiquiátricos, que presentasen signos de delirios y/o alucinaciones, portadoras del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, deficientes auditivas, presentando complicaciones clínicas en el puerperio, en uso de medicamentos psicotrópicos y que recibieron alta hospitalaria antes del cierre del diagnóstico sospechoso de diagnóstico malformación congénita al nacimiento.

La recolección de los datos fue realizada por la investigadora en el período diurno, por ser el momento en que la familia disponía de mayor atención y visitaba al recién nacido en las unidades, favoreciendo la invitación a las madres para participar. Los instrumentos fueron aplicados en la primera semana después del nacimiento (hasta 7 días), siendo este período el más propicio para la realización de esta colecta por el hecho de que el recién nacido aún estaba internado en la unidad neonatal⁽¹⁵⁾.

Se realizaron contactos telefónicos diarios con las enfermeras de las unidades investigadas, así como visitas periódicas a las instituciones para localización de estos recién nacidos y de sus madres. Posteriormente, se aplicaron los instrumentos utilizados en el estudio: un cuestionario que contenía variables sociodemográficas, maternas y neonatales; y el Inventario de Ansiedad Traza-Estado (IDATE).

El IDATE es un cuestionario de autoevaluación para adultos⁽¹⁶⁾ adaptada para el portugués⁽¹⁷⁾. Se compone de dos escalas, elaboradas para medir dos conceptos distintos de ansiedad: estado de ansiedad (IDATE-Estado), que evalúa cómo el individuo se siente en el momento de la entrevista, y el rasgo de ansiedad (IDATE-Traza), que es como la persona generalmente se siente⁽¹⁸⁾. Los puntos de corte de la escala IDATE se definieron a partir de los percentiles (25 y 75), ya que el autor de la escala no define los intervalos y puntos de corte para determinar los diferentes niveles de ansiedad. Por lo tanto, la ansiedad baja correspondió al percentil <25; moderada, de 25 a 75; y elevada a la percentil > 75.

Los datos fueron procesados en el Statistical Package for the Social Sciences, versión 20.0, licencia número 10101131007. Se utilizaron las estadísticas descriptivas promedio, desviación estándar y percentiles de las escalas IDATE-Traza e IDATE-Estado. La existencia de la normalidad de los puntajes de estas escalas fue verificada por medio de la prueba de Kolmogorov-Sminorv. Los niveles de ansiedad de las madres que recibieron el diagnóstico durante el prenatal y aquellas que recibieron en el postnatal fueron comparadas por el t de Student para datos independientes. Se consideraron estadísticamente significativos los análisis con $p < 0,05$.

Para formalizar la inclusión de las madres en el estudio, después de la aceptación en participar de la investigación, se solicitó la firma del Consentimiento Libre y Esclarecido. Si la madre presentaba edad inferior a 18 años, el responsable fue contactado para firmar el término. La investigación fue aprobada con el parecer 618.031, de 16 de abril de 2014 y respetó los principios éticos de la resolución 466/12 del Consejo Nacional de Ética en Salud de Brasil para investigación envolviendo seres humanos.

Resultados

En el caso de las madres estudiadas, 50% presentaron edad entre 19 y 29 años, el 47% eran procedentes de Fortaleza, el 50% vivía en una unión consensual con el compañero, el 52% estudió durante 6 a 10 años, el 93% se auto-designaron pardas, el 41% eran primigestas, el 83% fueron sometidas a la cesárea y el 4% usaron drogas lícitas y/o ilícitas durante la gestación. Se observó variación en cuanto a la ansiedad presentada, dependiendo de la aplicación del IDATE, conforme a la Tabla 1.

La mayoría de las madres presentó puntajes totales insertados en el intervalo de percentil entre 25 y 75, caracterizando niveles moderados de ansiedad.

En cuanto a la recepción del diagnóstico de la malformación congénita del hijo, entre el 99% de

madres que realizaron prenatal, el 57% tuvo la noticia durante ese período, más prevalente en el quinto y sexto mes, y el 43% solamente en el posnatal (Figura 1).

La comparación del nivel de ansiedad entre las madres que recibieron el diagnóstico en el pre o postnatal es presentada en la Figura 2.

Antes de analizar las medias de las escalas, se hizo el test Kolmogorov-Smirnov, el cual indicó que no presentaron normalidad: IDATE - Traza ($p < 0,0001$) e IDATE - Estado ($p=0,001$). A pesar de ello, se empleó la prueba t de Student para ese análisis, ya que el tamaño de la muestra era suficientemente grande ($n=115$) para hacerlo, conforme el Teorema del Límite Central⁽¹⁹⁾.

Solamente las medias del IDATE - Trazo presentaron diferencias estadísticamente significantes ($p=0,026$), cuando la media del nivel de ansiedad de quien recibió el diagnóstico de la malformación congénita en el prenatal

(37,4, DE=7,034) fue menor que de las madres que recibieron en el período posnatal (41,27, DE=11,135). En el caso de las mujeres que se enteraron de la malformación en el prenatal fueron mayores (47,76, DE=8,298) que las mujeres que fueron informadas en el posnatal (45,49, DE=9,310), pero sin significancia estadística ($p = 0,172$).

En los tipos de malformaciones de los recién nacidos de las madres que compusieron la muestra de esta investigación, éstos fueron agrupados en las siguientes categorías: malformaciones del aparato osteomuscular (30,1%), del sistema nervioso central (20,4%), del aparato circulatorio(7,5%), hendidura labial y/o palatina (7,5%), del ojo, oído, cara y cuello (5,9), de los órganos genitales (4,8%), otras malformaciones del aparato digestivo (4,3%), del aparato urinario (4,3%), anomalías cromosómicas (2,7%), otras malformaciones (2,7%) y las del aparato respiratorio (0,5).

Tabla 1 – Niveles de ansiedad de las madres de recién nacidos con malformaciones congénitas internadas en unidades neonatales, según la escala IDATE*. Fortaleza, CE, Brasil, 2015

Intervalos de percentiles	n†	%	Media (DE)‡
IDATE - Trazo§			39,06 (9,16)
Percentil < 25 (ansiedad baja)	31	27,0	
Percentil 25 - 75 (ansiedad moderada)	62	53,9	
Percentil >75 (ansiedad elevada)	22	19,1	
IDATE - Estado			46,79 (8,77)
Percentil < 25 (ansiedad baja)	33	28,7	
Percentil 25 - 75 (ansiedad moderada)	54	47,0	
Percentil >75 (ansiedad elevada)	28	24,3	

*IDATE – Inventario de Ansiedad Traza-Estado; †n - número absoluto; ‡DP - desviación estándar; §IDATE-Traza – Inventario de Ansiedad Trazo; ||IDATE-Estado – Inventario de Ansiedad Estado

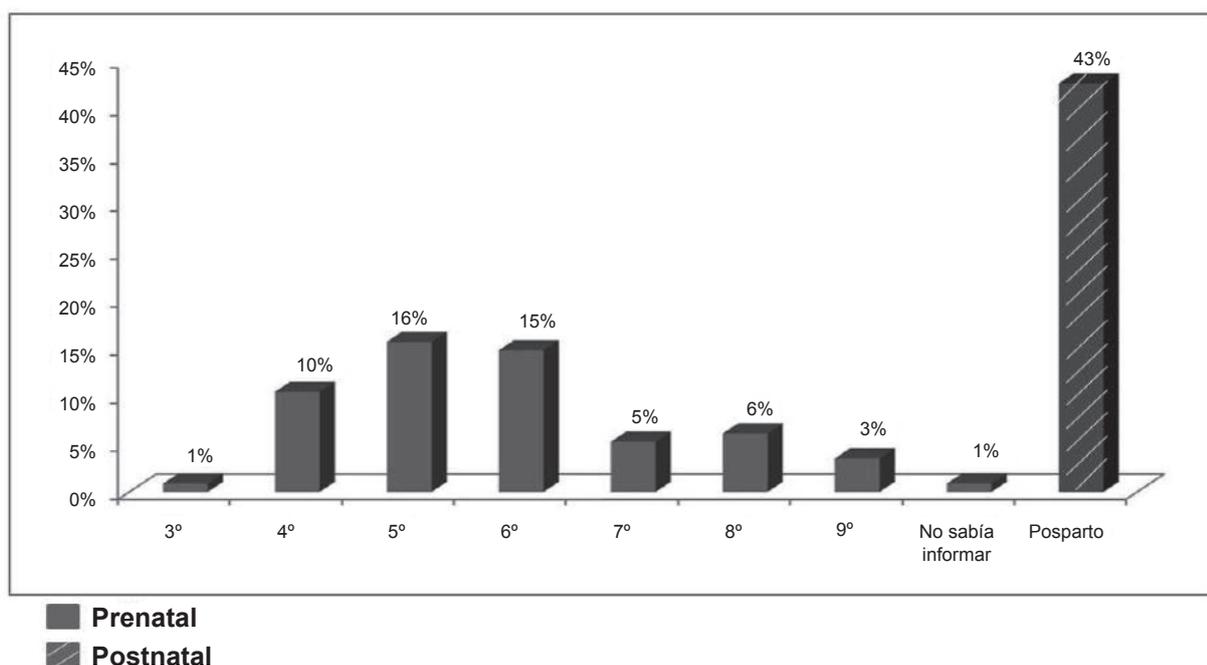
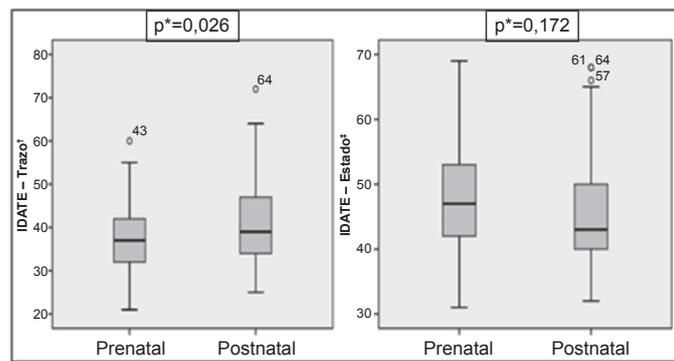


Figura 1 – Período que las madres investigadas recibieron diagnóstico de la malformación congénita. Fortaleza, CE, Brasil, 2015



*Test t de Student ($p < 0,05$); †IDATE-Trazo – Inventario de Ansiedad Trazo; ‡IDATE-Estado – Inventario de Ansiedad Estado

Figura 2 – Comparación entre las medias (desviación estándar) de los niveles de ansiedad materna, de acuerdo con el período del diagnóstico del hijo malformado y las escalas aplicadas. Fortaleza, CE, Brasil, 2015

Discusión

En general, los resultados mostraron que las madres de recién nacidos con malformaciones presentan ansiedad en diferentes niveles, y durante el pre y postnatal. Para los padres, la noticia de un diagnóstico de anomalía congénita en el recién nacido puede desencadenar una diversidad de reacciones parentales, así como su variabilidad en función, por ejemplo, desde el momento en que el diagnóstico es conocido⁽²⁰⁾.

Algunas investigaciones afirman que la admisión y la hospitalización en la unidad de terapia intensiva neonatal de recién nacidos prematuros gravemente enfermos, pequeño para la edad gestacional o con malformaciones congénitas, pueden ser eventos causantes de estrés para los padres. El aparato tecnológico presente en la unidad, la apariencia del bebé y el sentimiento de pérdida de los papeles paterno y materno contribuyen al nivel de estrés entre esos padres. Sin embargo, las mayores fuentes estresantes para estos son los siguientes factores: experiencia pre y postnatal, diagnóstico clínico del recién nacido, preocupaciones por la recuperación de los bebés, pérdida del papel materno o paterno y ser proveedores de cuidados⁽²¹⁾.

Experimentar hospitalización, separación, procedimientos y cirugías necesarias para los hijos interfiere en el equilibrio emocional de las madres y desencadena altos niveles de estrés y ansiedad, seguidos de dudas y preguntas. Es responsabilidad de los profesionales de la salud proporcionar apoyo técnico y emocional a estas madres, lo que significa promover la asistencia humanizada, la audición y el diálogo simple y claro para reducir el estrés, la ansiedad y los comportamientos inadecuados⁽³⁾.

Buscando conocer estas reacciones vividas por las madres como consecuencia del diagnóstico de la malformación congénita en el hijo, una revisión sistemática analizó estudios epidemiológicos que

investigaron la prevalencia y la asociación entre trastornos mentales maternos y malformaciones congénitas del bebé. Los resultados evidenciaron que la prevalencia de los trastornos mentales difería bastante de un estudio a otro, siendo la ansiedad y el sufrimiento psíquico los trastornos más investigados y con alta frecuencia, ambos variando de 13 a 60%, seguido por la depresión, con frecuencia entre 13 a 60, 27%, y altos niveles de estrés (13%)⁽²²⁾.

Un estudio brasilero que evaluó el impacto del momento del diagnóstico de malformación congénita en la salud mental de gestantes en atención prenatal demostró que todos presentaron ansiedad y el 78% tuvo depresión, siendo ambos trastornos destacados en niveles leves, con el 38% y el 62% respectivamente. La noticia de la malformación en el primer trimestre mostró asociación con la ansiedad. El número de mujeres embarazadas con signos de ansiedad leve (23%) también merece ser destacado⁽¹⁾, lo que corrobora los hallazgos de este estudio, en el que el 53,9% y el 47% de las madres encuestadas mostraron el nivel de ansiedad moderada tanto en la evaluación por medio del IDATE-Trazo como del IDATE-Estado. Otra investigación realizada en dos ciudades del interior de São Paulo (SP), para evaluar cómo se establecen el apego materno-fetal, los modos de enfrentamiento, los indicadores clínicos, la ansiedad y la depresión en la fase prenatal en gestantes que recibieron la enfermedad la noticia de la malformación congénita, mostró que los puntajes para la ansiedad se presentaron elevados. Entre las gestantes, tres (13,7%) manifestaron ansiedad mínima; (36,4%) con ansiedad leve, siendo que dos de ellas presentaron también indicadores para depresión; otras ocho (36,4%), ansiedad moderada, entre las cuales una de ellas presentó también indicador para depresión, y tres (13,6%) gestantes con ansiedad grave⁽²³⁾.

En otro estudio, el 45,5% de la población de madres de recién nacidos con malformaciones investigadas y

el 18,2% de las madres del grupo de recién nacidos normales presentaron síntomas clínicos de ansiedad-estado. En relación a la ansiedad-rasgo, el 36,4% de las madres del grupo presentaron síntomas clínicos, pero el mismo resultado no ocurrió en madres de recién nacidos sin malformaciones. Como los autores también investigaron síntomas de depresión asociados, el 22,7% de madres de los malformados y el 4,5% de las madres de bebés normales obtuvieron puntajes indicativos, tanto para síntomas de depresión, como de ansiedad⁽¹⁵⁾.

El hecho de que la madre sea primípara también se presenta como fuerte indicativo de asociación con la ansiedad, como muestra otro estudio brasilero que analizó ansiedad y *coping* materno en presencia de una anomalía congénita, identificando la asociación entre variables maternas e indicadores emocionales. Los resultados mostraron una fuerte asociación entre la madre ser primípara y el nivel mínimo de ansiedad ($p=0,019$), así como la mayoría de las madres recibieron la noticia del diagnóstico de malformación antes del nacimiento⁽²⁴⁾.

Las consultas de acompañamiento de bebés con diagnóstico de malformaciones también se muestran como factor desencadenante de efectos psicológicos en las gestantes. En la primera consulta, 45,60 (DE=8,40) en la segunda, 44,00 (DE=7,55) en la primera consulta, 45,60 (DE=8,40) en la segunda, 44,00 (DE=7,55) en la tercera y 38,00 (DE=5,90) en la cuarta, es decir, la ansiedad de las madres en la primera consulta presentó la mayor media de puntuación total, ya que éstas aún no sabían si el hijo iba a ser diagnosticado con anomalías⁽²⁵⁾.

La ansiedad generalmente está asociada a otros tipos de cambios mentales y/o sentimientos. Una investigación realizada en Irán describió la ansiedad y la depresión como trastornos asociados que fueron investigados en madres durante el período postnatal que tuvieron gestaciones de alto riesgo. La prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad moderada fue mayor entre las mujeres que tuvieron un embarazo de alto riesgo en relación a aquellas con gestaciones normales. Sin embargo, la ansiedad fue más prevalente que la depresión en ambos grupos⁽²⁶⁾.

Cuando compararon los niveles de ansiedad entre las madres que recibieron el diagnóstico de la malformación del hijo en el prenatal y aquellas en el posnatal, sólo las medias de la escala IDATE-Trazo presentaron diferencias estadísticamente significantes ($p=0,026$), cuando la media y la desviación estándar de los puntajes que remiten a la ansiedad de quien recibió el diagnóstico en el prenatal fueron menores que de las madres que recibieron en el período posnatal.

Diferente de tales datos, un estudio que analizó las reacciones emocionales de los padres, estando

incluidas las madres, y la intensidad de cada emoción cuando el diagnóstico de la malformación congénita es divulgado en el período prenatal o postnatal, verificó que el momento de la divulgación del diagnóstico (prenatal y postnatal) no presentó asociación estadísticamente significativa con los patrones de reacciones emocionales maternas, con $p=0,235$ (Chi-cuadrado de 1,41), estando incluida la ansiedad. Al asociar esos momentos con la intensidad de las diferentes emociones, se encontró significancia estadística en relación sólo con la rabia y la tristeza. Sólo las madres que recibieron el diagnóstico de la malformación en su bebé durante el período prenatal presentaron significancia estadística para el sentimiento de rabia, siendo más intensa ($p=0,004$), y para la tristeza ($p=0,044$), que las madres con divulgación de la malformación congénita después del nacimiento⁽²⁷⁾.

Un estudio que evaluó el ajuste individual (síntomatología psicopatológica y calidad de vida) y el impacto familiar (sobrecargas global y financiera) de padres y madres de niños con un diagnóstico de malformación congénita y la influencia de los determinantes del niño en el ajuste individual y sobrecarga parental tuvo una prevalencia del 67,7% de los casos como habiendo sido diagnosticados en el prenatal, siendo las uropatías (33,9%) como las malformaciones más frecuentes⁽²⁸⁾. En relación a la sintomatología psicopatológica, verificada por el *Brief Symptom Inventory* (BSI-18) es constituida por 18 ítems, organizados en tres dimensiones; ansiedad, depresión, somatización, además de un píndice de gravidez general) fueron percibidos, a partir de tests univariados, efectos significativos en las tres dimensiones ($\eta^2_p=0,23; 0,09; 0,07$, respectivamente) y en el índice de gravidez general ($\eta^2_p=0,17$), verificándose que las madres presentaron valores elevados de las sintomatologías.

Se debe ser bastante cauteloso al hablar con las gestantes y sus acompañantes sobre sospechas y confirmaciones de diagnósticos de malformación fetal. En casos sospechosos, que se refieren a la posibilidad de que el niño tenga o no una malformación, así como ser pasible o no de corrección, tal vez el equipo pudiera cuestionarse sobre la real necesidad de esta acción. Debido a los posibles impactos negativos derivados de esta noticia, especialmente cuando se refiere a la relación de apego materno-fetal y en el proceso de parentalización, se puede pensar en cuestionar la prudencia de proporcionar informaciones sólo cuando haya la confirmación de diagnósticos más definidos⁽⁴⁾.

Esta investigación tuvo algunas limitaciones, entre ellas el hecho de no acompañar a esas madres después del alta hospitalaria, pues la ansiedad vivenciada en aquel momento podría disminuir o aumentar a lo largo del tiempo, como consecuencia de posibles

morbilidades desencadenadas por la malformación del hijo o hasta óbitos en casos más graves o incompatibles con la vida. Además, también se resalta la dificultad en encontrar los registros completos de los diagnósticos de los recién nacidos, pues, debido a que las malformaciones no son de notificación obligatoria, en determinados prontuarios no fue posible obtener la información completa, necesitando de ayuda de los recién nacidos, profesionales actuantes en el sector para aclaraciones.

Como sugerencia para otros estudios, se aconseja el acompañamiento longitudinal de estas madres, de manera a contribuir a una mejor adaptación a la situación vivida, en el intento de minimizar o prevenir el acometimiento de otros trastornos mentales comunes a esa población.

Conclusión

Después de la aplicación del IDATE, se identificó que las madres de recién nacidos con malformaciones presentaron ansiedad moderada. La noticia de la malformación del hijo, recibida por las madres en el período postnatal, desencadenó niveles más elevados de ansiedad, que en las que recibieron el diagnóstico en el prenatal. Sin embargo, esa diferencia ocurrió solamente en la evaluación por medio de la escala IDATE-Trazo. El uso de tecnologías, como el IDATE, puede proporcionar directrices a otros estudios ya la práctica clínica.

Referencias

1. Cunha AC, Pereira JP Jr, Caldeira CL, Carneiro VM. Diagnosis of congenital malformations: Impact on the mental health of pregnant women. *Estud Psicol.* 2016; 33(4):601-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752016000400004>
2. Hammonds M. Linking early healthy attachment with long-term mental health. *Nurs N Z* [Internet]. 2012 [Cited Aug 9, 2017]; 18(2):12-4. Available from: <https://www.thefreelibrary.com/Linking+early+healthy+attachment+with+long-term+mental+health%3A..-a0284753713>
3. Pinheiro JA, Pessoa VL, Machado MM, Moreira TM, Salles DL. Experiences of Mothers of Children with Congenital Heart Disease. *Int Arch Med.* 2017; 10(131):1-5. doi: <https://doi.org/10.3823/2401>
4. Santos MM, Böing E, Oliveira ZA, Crepaldi MA. Prenatal diagnosis of malformations incompatible with life: psychological implications and possibilities of intervention. *Rev Psicol Saúde.* [Internet]. 2014 [Cited Ago 9 2017]; 6(1):64-73. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v6n1/v6n1a09.pdf>

5. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al . Birth in Brazil survey: neonatal mortality profile, and maternal and child care. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30(Suppl 1):S192-207. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>
6. Cosme HW, Lima LS, Barbosa LG. Prevalence of congenital anomalies and their associated factors in newborns in the city of São Paulo from 2010 to 2014. *Rev Paul Pediatr.* 2017; 35(1):33-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;1;00002>.
7. Oliveira JV, Westphal F, Abrahão AR. Neonatal outcome impact in puerperal mothers of newborns with congenital anomaly. *Cogitare Enferm.* 2015; 20(2):360-7. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i2.39740>
8. Gourounti K, Lykeridou K, Taskou C, Kafetsios K, Sandall J. A survey of worries of pregnant women: reliability and validity of the Greek version of the Cambridge Worry Scale. *Midwifery.* 2012; 28(6):746-53. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.09.004>
9. Fonseca-Machado MO, Monteiro JC, Haas VJ, Abrão AC, Gomes-Sponholz F. Intimate partner violence and anxiety disorders in pregnancy: the importance of vocational training of the nursing staff in facing them. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015; 23(5):855-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0495.2624>
10. Elisei S, Lucarini E, Murgia N, Ferranti L, Attademo L. Perinatal depression: a study of prevalence and of risk and protective factors. *Psychiatr Danub.* [Internet]. 2013 [Cited 5 jun 2018]; 25(Suppl 2):S258-62. Available from: http://www.hdbp.org/psiquiatria_danubina/pdf/dnb_vol25_sup2/dnb_vol25_sup2_258.pdf
11. Cherry AS, Blucker RT, Thornberry TS, Hetherington C, McCaffree MA, Gillaspay SR. Postpartum depression screening in the neonatal intensive care unit: Program development, implementation, and lessons learned. *J Multidiscip Healthc.* 2016; 9:59-67. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S91559>
12. Cole JCM, Olkkola M, Zarrin HE, Berger K, Moldenhauer JS . Universal postpartum mental health screening for parents of newborns with prenatally diagnosed birth defects. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2018; 47(1):84-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2017.04.131>
13. Nunes TS, Abrahão AR. Maternal repercussions of fetal anomaly pre-natal diagnosis. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(5):565-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600078>
14. Oliveira PM, Pagliuca LM. Assessment of an educational technology in the string literature about breastfeeding. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47(1):205-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100026>

15. Perosa GB, Canavez IC, Silveira FC, Padovani FH, Peraçoli JC. Depressive and anxious symptoms in mothers of newborns with and without malformations. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31(9):433-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009000900003>
16. Spielberger CD. State-Trait Anxiety Inventory for Adults [Internet]. [Cited March 7 2018]. Available from: <http://www.mindgarden.com/145-state-trait-anxiety-inventory-for-adults>
17. Biaggio AMB, Natalício L, Spielberger CD. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), de Spielberger. *Arq Bras Psic.* [Internet]. 1977 [Cited March 7 2018]; 29(3):31-44. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/viewFile/17827/16571>
18. Rodrigues OM, Nogueira SC. Educational practices and indicators of anxiety, depression and maternal stress. *Psic Teor Pesq.* 2016; 32(1):35-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722016012293035044>
19. Armitage P, Berry G, Matthews JNS. *Statistical methods in medical research.* 4th ed. New York: Wiley-Blackwell; 2001.
20. Fonseca A, Canavarro MC. Parental reactions to perinatal congenital anomaly diagnosis of the baby: Implications for the intervention of health professionals. *Psic Saúde Doenças.* [Internet]. 2010 [Cited 9 ago 2017]; 11(2):283-97. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862010000200009
21. Cano Giménez E, Sánchez-Luna M. Providing parents with individualised support in a neonatal intensive care unit reduced stress, anxiety and depression. *Acta Paediatr.* 2015; 104(7):300-5. doi: [10.1111/apa.12984](https://doi.org/10.1111/apa.12984)
22. Pereira PK, Lima LA, Legay LF, Santos JF, Lovisi GM. Infant's congenital malformation and risk of maternal mental disorders during pregnancy and puerperium: a systematic review. *Cad Saúde Coletiva.* [Internet]. 2011 [Cited 9 ago 2017]; 19(1):2-10. Available from: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_1/artigos/CSC_v19n1_2-10.pdf
23. Vasconcelos L, Petean EB. The impact of fetal malformation: pregnant women affective gauges and coping strategies. *Psic Saúde Doenças.* [Internet]. 2009 [Cited 9 ago 2017]; 10(1):69-82. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v10n1/v10n1a06.pdf>
24. Vicente SR, Paula KM, Silva FF, Mancini CN, Muniz SA. Maternal stress, anxiety, depression and coping in congenital anomaly. *Estudos Psicol.* 2016; 21(2):104-16. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20160011>
25. Titapant V, Chuenwattana P. Psychological effects of fetal diagnoses of non-lethal congenital anomalies on the experience of pregnant women during the remainder of their pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015 Jan; 41(1):77-83. doi: [10.1111/jog.12504](https://doi.org/10.1111/jog.12504)
26. Akbarzadeh M, Khajehei M. High-risk pregnancy: effects on postpartum depression and anxiety. *Br J Midwifery.* 2012; 20(2):104-13. doi: <https://doi.org/10.12968/bjom.2012.20.2.104>
27. Fonseca A, Nazaré B, Canavarro MC. Clinical determinants of parents' emotional reactions to the disclosure of a diagnosis of congenital anomaly. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013; 42(2):178-90. doi: [10.1111/1552-6909.12010](https://doi.org/10.1111/1552-6909.12010)
28. Albuquerque S, Pereira M, Fonseca A, Canavarro MC. Family impact and individual adjustment of parents of children with a diagnosis of congenital anomaly: the influence of the child's determinants. *Rev Psiquiatr Clín.* 2012; 39(4):136-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832012000400004>

Recibido: 29.09.2017

Aceptado: 01.09.2018

Autor correspondiente:

Fabiola Chaves Fontoura

E-mail: fabi_fontoura@yahoo.com.br

 <https://orcid.org/0000-0002-5254-526X>

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.