

CATEGORÍA: Innovación y creatividad

TÍTULO

Impacto de un programa digital de salud mental para gestantes de alto riesgo

RESUMEN

Los trastornos mentales perinatales son la complicación más frecuente del embarazo, y el alto riesgo obstétrico (ARO) amplifica esta vulnerabilidad.

Este proyecto presenta un modelo enfermero de cribado e intervención digital desarrollado en una unidad de ARO de un hospital terciario.

En una primera fase observacional (362 gestantes) se determinó la prevalencia de riesgo de depresión perinatal y sus determinantes, e identificó la calidad de la información proporcionada por la matrona como el factor modificable de mayor impacto sobre el bienestar emocional.

En una segunda fase se evaluó MaternityCare, un programa psicoeducativo digital de cuatro sesiones liderado por matronas, en las gestantes con cribado positivo.

El programa logró reducciones clínicamente muy relevantes en ansiedad ($d=1,41$) y depresión perinatal ($d=1,82$), con descenso del riesgo de depresión del 100% al 19%, alta adherencia (91,9%) y excelente satisfacción (NPS=74).

El modelo es replicable en cualquier unidad de ARO sin infraestructura adicional y posiciona a la enfermería obstétrica como agente clave en la salud mental perinatal.

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos mentales perinatales —ansiedad y depresión— constituyen la complicación más frecuente del embarazo en los países de renta alta y afectan aproximadamente a una de cada cinco mujeres¹. En España, la sintomatología depresiva gestacional oscila entre el 14% y el 23,4%, pero solo una minoría de quienes la necesitan recibe atención². El embarazo de alto riesgo obstétrico (ARO) amplifica esta vulnerabilidad al sumar estresores intensos: incertidumbre sobre el desenlace materno-fetal, medicalización del proceso, posible hospitalización prolongada y amenaza percibida sostenida para la propia salud o la del feto. En este subgrupo la prevalencia de depresión perinatal alcanza el 22-44%, muy por encima de la gestación general, y la ansiedad aumenta de forma progresiva con el grado de riesgo gestacional³.

El malestar emocional perinatal no tratado tiene consecuencias clínicas de primer orden: incrementa cerca de un 50% el riesgo de parto pretérmino y de bajo peso al nacer^{4,5} y, a través de la activación crónica del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal materno, reprograma la respuesta al estrés del recién nacido, con efectos sobre el neurodesarrollo documentados hasta la adolescencia⁶. La morbilidad psíquica perinatal genera, además, costes sociosanitarios muy elevados⁷. A ello se añade que la ideación autolítica en la gestación se estima entre el 5% y el 14% y que muchos casos no alcanzan los servicios de salud mental por la ausencia de un cribado activo⁸.

Pese a esta evidencia, el cribado sistemático del malestar emocional en las unidades de ARO sigue siendo la excepción en nuestro medio. La falta de tiempo, la ausencia de circuitos de derivación claros y la escasa formación específica se citan reiteradamente como barreras. La infradetección no es inocua: los cuadros no identificados evolucionan peor, con mayor riesgo de complicaciones obstétricas y mayor impacto sobre el desarrollo infantil que los detectados y tratados de forma temprana. Cuando concurren la prevalencia del daño y la existencia de intervenciones eficaces para prevenirlo, la no detección y la no intervención dejan de ser opciones neutras.

La matrona mantiene el contacto longitudinal más continuado con la gestante y es el profesional de mayor confianza en las conversaciones sobre bienestar emocional. La OMS y la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud reclaman un rol enfermero activo dentro de un modelo escalonado que no requiera derivación especializada en la mayoría de los casos^{9,10}. Faltan, sin embargo, modelos concretos, validados y aplicables sin coste añadido. Este proyecto responde a esa necesidad combinando, por primera vez en nuestro entorno, un cribado integrado con un programa de intervención digital liderado por matronas; incorporando la calidad percibida de la información como variable analítica principal —un determinante apenas estudiado—; y situando la inteligencia emocional (IE) no solo como factor diagnóstico, sino como medida de resultado y mecanismo activo de cambio.

DESARROLLO

El proyecto se articuló en dos fases complementarias desarrolladas en la unidad de alto riesgo obstétrico de un hospital universitario de tercer nivel, con aprobación previa del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del centro y conforme a la Declaración de Helsinki¹⁷ y a la normativa vigente de protección de datos. Ambas fases se ejecutaron por completo —se cribó a 362 gestantes y, sobre las identificadas con riesgo, se implementó el programa con elevada participación—, lo que acredita la viabilidad y el nivel de desarrollo de la propuesta.

Fase 1 — Cribado y determinantes.

Mediante un diseño observacional transversal (directrices STROBE¹¹) se evaluaron 362 gestantes de ARO sin restricción por patología ni por trimestre. Se aplicó una batería integrada de instrumentos validados en población española: la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDS)^{12,13}, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)¹⁴ y la Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24)¹⁵ para inteligencia emocional, junto con un cuestionario propio de 41 variables sociodemográficas, habitacionales e informativas, revisado por un panel de expertas y pilotado previamente. El ítem 10 del EPDS (ideación autolítica) se analizó de forma independiente como disparador de derivación urgente. La novedad metodológica reside en incorporar la calidad percibida de la información del seguimiento como variable analítica principal y en emplear el diferencial intraindividual STAI-Estado/Rasgo como estimador del impacto emocional situacional del ARO, sin necesidad de comparadores externos.

Fase 2 — Intervención digital MaternityCare.

Las gestantes con cribado positivo (EPDS ≥ 12 y/o STAI-Estado elevado) fueron invitadas a un programa psicoeducativo digital liderado por matronas con formación acreditada en terapia cognitivo-conductual perinatal y mindfulness. MaternityCare es la aportación innovadora central del proyecto: cuatro sesiones grupales online sincrónicas (75-90 minutos; grupos de 8-10 gestantes agrupadas por trimestre), de periodicidad semanal, complementadas con materiales asíncronos de acceso permanente (folleto psicoeducativo, audios de relajación guiada de 5-10 minutos para uso antes de los controles médicos, hojas de registro semanal con retroalimentación y una ficha de bolsillo con un protocolo de regulación en tres pasos para la alta ansiedad situacional). El contenido se fundamenta en tres marcos con evidencia perinatal —reducción de estrés basada en mindfulness adaptada al ARO, terapia cognitivo-conductual perinatal¹⁶ y el modelo TMMS de inteligencia emocional¹⁵— y se estructura de forma progresiva en cuatro bloques: educación en salud mental perinatal, regulación emocional, afrontamiento cognitivo y tolerancia a la incertidumbre clínica, y soporte social y reparación emocional, con preparación para el parto y el puerperio (Anexo 2, Tabla D).

El carácter innovador del modelo se sustenta en cuatro elementos diferenciales:

Primero, está liderada íntegramente por matronas —enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología—, sin requerir derivación a otros profesionales. Su carácter de práctica avanzada no deriva de la condición de especialista, sino de la competencia experta combinada en alto riesgo obstétrico y en salud mental perinatal que el modelo exige: la matrona asume el cribado, la valoración del perfil de vulnerabilidad y la intervención psicoeducativa con elevada autonomía clínica, lo que redefine y amplía el ámbito competencial de la profesión.

Segundo, su formato híbrido digital sincrónico-asíncrono penetra en la vida cotidiana de la gestante y resulta especialmente adecuado para una población con elevada carga asistencial.

Tercero, está diseñado a medida de los estresores propios del ARO —controles médicos repetidos, comunicación con el equipo sanitario, incertidumbre sobre el desenlace—, lo que aumenta su relevancia ecológica frente a los programas genéricos.

Cuarto, incorpora el entrenamiento explícito de la claridad y la reparación emocional y mide su evolución, identificando el mecanismo activo de cambio en lugar de limitarse a constatar el resultado.

Un protocolo activo de gestión del riesgo, operativo en todas las evaluaciones, escalonó la respuesta clínica en tres niveles —derivación urgente ante ideación autolítica o EPDS ≥ 16 , derivación preferente en 24-48 horas ante EPDS 13-15 y seguimiento reforzado ante EPDS 12-13 sin mejora—, garantizando la seguridad de las participantes; se activó en cinco gestantes, garantizando en todos los casos la atención especializada. El análisis principal de la Fase 2 se realizó por protocolo, con análisis de sensibilidad por intención de tratar modificado, y el tamaño del efecto (d de Cohen¹⁸) se utilizó como estimador de relevancia clínica con independencia del valor p.

DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

Resultados de la Fase 1.

El cribado identificó a un 26,8% de las gestantes (97 de 362; flujo muestral completo en Anexo 2, Tabla A) con riesgo de depresión perinatal (EPDS ≥ 12) y detectó dos casos de ideación autolítica que habrían pasado inadvertidos en la práctica habitual. El diferencial intraindividual entre ansiedad estado y rasgo (5,9 puntos; $p < 0,001$) cuantificó el impacto emocional atribuible al propio seguimiento. El determinante modificable de mayor impacto sobre los tres parámetros de salud mental fue la calidad de la información recibida —gradiente de 9 puntos en ansiedad estado entre los extremos de adecuación ($p < 0,0001$)—, por encima de las variables sociodemográficas; las subescalas de claridad y reparación emocional mostraron correlaciones protectoras (Anexo 2, Tabla B).

Resultados de la Fase 2 (Tabla 1).

MaternityCare produjo reducciones clínicamente muy relevantes en ansiedad estado ($d=1,41$) y depresión perinatal ($d=1,82$): la proporción con EPDS ≥ 12 descendió del 100% al 19,0% tras la intervención y se mantuvo en el 16,9% en el posparto. La claridad y la reparación emocional mejoraron de forma marcada ($d=1,18$ y $1,31$) y se mantuvieron en el seguimiento. La adherencia fue excelente (91,9%; satisfacción 4,7/5; NPS=74) y la relación dosis-respuesta resultó significativa ($p=0,003$), reforzando la plausibilidad causal del efecto.

Tabla 1. Resultados principales de MaternityCare (medias; n=79). T0 basal, T1 postintervención, T2 posparto.

Variable resultado	T0	T1	T2	d de Cohen
Ansiedad estado (STAI-E)	34,8	22,4	26,1	1,41
Depresión perinatal (EPDS)	13,6	7,8	7,4	1,82
Riesgo depresión EPDS ≥ 12	100%	19,0%	16,9%	-81 pp
IE — Claridad (TMMS-24)	23,4	29,2	28,9	1,18
IE — Reparación (TMMS-24)	22,1	28,7	28,4	1,31

Todas las comparaciones T0→T1, $p < 0,001$. d de Cohen: $\geq 0,8$ efecto grande. Diferencias T1→T2 sin significación clínica.

El peso de la calidad informativa se ancla en el modelo de Mishel sobre la incertidumbre en la enfermedad¹⁹: la incapacidad de asignar significado a los eventos de salud, amplificada por información insuficiente o contradictoria, genera el mayor impacto sobre el bienestar; como la matrona fue la principal informante (28,7%), optimizar su comunicación es la intervención de salud mental perinatal con mayor retorno por unidad de inversión. Los tamaños del efecto del programa superan ampliamente los descritos en los metaanálisis de referencia ($d \approx 0,50-0,65$)^{20,21}, atribuible a su diseño a medida de los estresores propios del ARO y al alcance cotidiano del formato híbrido.

La mejora sostenida de la inteligencia emocional confirma su entrenamiento como mecanismo activo de cambio, y que las gestantes con mayor déficit basal obtengan las mayores ganancias refuerza su valor para reducir desigualdades en salud. Los resultados deben interpretarse con cautela —centro único y ausencia de grupo control aleatorizado, éticamente justificada—, si bien la magnitud del efecto y la relación dosis-respuesta son difícilmente atribuibles a la regresión a la media y el análisis de sensibilidad confirmó su robustez (Anexo 2, Tabla C).

Mejoras en la práctica asistencial.

El modelo aporta beneficios tangibles y de aplicación inmediata: incorpora la salud mental al circuito habitual del ARO sin añadir consultas, personal ni infraestructura, y dota a la matrona de una herramienta estructurada y reproducible de cribado, derivación e intervención. Su facilidad de aplicación y la ausencia de coste adicional permiten replicarlo en cualquier unidad de ARO del Sistema Nacional de Salud e integrarlo en las guías de práctica clínica, en los programas de educación maternal y en la cartera de servicios de la enfermería obstétrica de atención especializada y primaria.

Repercusión para la paciente.

El beneficio para la gestante es directo y medible: reducción de la ansiedad y la depresión perinatal, recuperación de la capacidad de regular las emociones ante los controles médicos y prevención del malestar en el posparto —principal factor de riesgo de alteraciones del vínculo materno-filial y del neurodesarrollo infantil—. A ello se suma una vía de apoyo accesible desde el domicilio, ajustada a su carga asistencial, que mejora su experiencia y su calidad de vida durante el embarazo y le aporta competencias emocionales que conserva para el parto y la crianza.

Conclusiones.

Este proyecto demuestra que la salud mental de las gestantes de ARO puede abordarse de forma eficaz desde la práctica enfermera mediante un modelo integrado, accesible y centrado en la paciente. Sus aportaciones principales son tres: un cribado sistemático que detecta casos graves invisibles a la práctica habitual; la identificación de la calidad informativa de la matrona como la palanca modificable de mayor impacto sobre el bienestar emocional; y una intervención digital, MaternityCare, con tamaños del efecto excepcionales y beneficio sostenido en el posparto. El modelo es replicable en cualquier unidad de ARO del Sistema Nacional de Salud sin infraestructura ni coste adicional, lo que facilita su escalabilidad inmediata, y posiciona a la enfermería obstétrica como agente clave en la detección e intervención sobre la salud mental perinatal. Su consolidación como estándar asistencial requerirá confirmación mediante ensayo clínico aleatorizado multicéntrico.