

DOI: <https://doi.org/10.46296/gt.v9i17.0374>

FACTORES DE RIESGO EMOCIONALES EN EMBARAZADAS EN UN CENTRO DE SALUD TIPO C DE MACHALA

EMOTIONAL RISK FACTORS PRESENT IN PREGNANT WOMEN ATTENDING A TYPE C HEALTH CENTER IN MACHALA

Morocho-Siguenza Aldahir Guillermo ¹; Carrillo-Zuñiga Anali Mercedes ²;
Vaca-Gallegos Ana Marina ³

¹ Carrera de Enfermería, Universidad Técnica de Machala. Machala, Ecuador.
Correo: amoroch17@utmachala.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-5267-5761>

² Carrera de Enfermería, Universidad Técnica de Machala. Machala, Ecuador.
Correo: acarrillo4@utmachala.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-5346-5672>.

³ Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Técnica de Machala. Machala, Ecuador.
Correo: avaca@utmachala.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7834-5071>.

Resumen

Objetivo: Identificar los factores de riesgo emocionales presentes en mujeres embarazadas que asisten a un Centro de Salud Tipo C de Machala. **Metodología:** Se desarrolló un estudio cuantitativo, no experimental, transversal correlacional, en una muestra de 120 mujeres gestantes que acudieron a controles prenatales. La recolección de datos se realizó mediante cuestionarios estructurados y revisión de registros clínicos. La información fue procesada en IBM SPSS Statistics versión 26, aplicando estadística descriptiva mediante frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. **Resultados:** Predominaron las gestantes de 20 a 24 años con el 38,3 %, seguidas del grupo de 15 a 19 años con el 37,5 %. El 56,7 % presentó nivel educativo de bachillerato y el 39,2 % eran estudiantes. En los antecedentes gineco-obstétricos, el 52,5 % reportó embarazo no planificado, el 49,2 % antecedente de pérdida gestacional y el 44,2 % embarazo de alto riesgo. Respecto a los factores emocionales, el 62,5 % manifestó sentirse emocionalmente sobrecargada, el 59,2 % refirió tristeza o desánimo, el 59,2 % miedo intenso al parto y el 58,3 % indicó que las preocupaciones sobre el embarazo interferían con su vida diaria. **Conclusión:** Las gestantes presentaron factores de riesgo emocionales relevantes asociados con condiciones sociodemográficas, antecedentes obstétricos y percepción de vulnerabilidad emocional. Se recomienda fortalecer el tamizaje psicoemocional y las intervenciones de enfermería durante el control prenatal.

Palabras claves: Embarazo; Estado Emocional; Factores de Riesgo.

Abstract

Objective: To identify the emotional risk factors present in pregnant women attending a Type C Health Center in Machala. **Methodology:** A quantitative, analytical, prospective cohort study was conducted with a sample of 120 pregnant women attending prenatal care appointments. Data collection was carried out through structured questionnaires and review of clinical records. The information was processed using IBM SPSS Statistics version 26, applying descriptive statistics through frequencies, percentages, and measures of central tendency. **Results:** Pregnant women aged 20 to 24 years predominated, representing 38.3%, followed by those aged 15 to 19 years, with 37.5%. A total of 56.7% had completed high school education, and 39.2% were students. Regarding gynecological and obstetric history, 52.5% reported an unplanned pregnancy, 49.2% had a history of pregnancy loss, and 44.2% had a high-risk pregnancy. Concerning emotional factors, 62.5% reported feeling emotionally overwhelmed, 59.2% reported sadness or discouragement, 59.2% expressed intense fear of childbirth, and 58.3% indicated that pregnancy-related worries interfered with their daily life. **Conclusion:** The pregnant women presented relevant emotional risk factors associated with sociodemographic conditions, obstetric history, and

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 09 de febrero de 2026.

Fecha de aceptación: 20 de abril de 2026.

Fecha de publicación: 28 de mayo de 2026.



perceived emotional vulnerability. Strengthening psychoemotional screening and nursing interventions during prenatal care is recommended.

Keywords: Pregnancy; Affect; Risk Factors.

1. Introducción

El embarazo es una etapa fundamental del ciclo vital de la mujer que implica una serie de transformaciones biológicas, emocionales y sociales, las cuales pueden influir de manera directa en su salud integral. Aunque tradicionalmente se concibe como un periodo asociado a bienestar y expectativas positivas, en muchos casos la gestación se acompaña de situaciones de vulnerabilidad emocional que pueden afectar el equilibrio psicológico de la mujer como alteraciones están vinculadas a factores individuales, familiares y sociales que incrementan el riesgo de presentar malestar emocional durante el embarazo (Chin et al., 2020)

Estas condiciones predisponen a las mujeres a sufrir trastornos del estado de ánimo, ansiedad, depresión o estrés crónico durante el proceso gestacional (Gomez, 2024). En efecto, dicha vulnerabilidad se manifiesta a través de factores

emocionales específicos que impactan la salud mental, entre los que destaca la inestabilidad del autoconcepto derivada de la violencia y las limitaciones financieras; en estos escenarios, la gestante pierde la percepción de autoeficacia necesaria para afrontar la maternidad, lo cual genera sentimientos persistentes de insuficiencia y miedo (Morales et al., 2020).

Asimismo, el aislamiento socio-afectivo provocado por la carencia de redes de apoyo trasciende la soledad física para convertirse en una percepción de abandono emocional que incrementa el riesgo de distimia y depresión prenatal. Esta fragilidad se agudiza ante la ambivalencia afectiva, frecuente en embarazos no deseados, donde la coexistencia del rechazo y la aceptación deriva en altos niveles de culpa y una desconexión en el vínculo inicial con el feto (Castillo et al., 2023). Finalmente, la incertidumbre y la ansiedad reactiva ante las barreras de acceso prenatal

y las carencias económicas se manifiestan como un estado de alerta constante que altera patrones fisiológicos como el sueño y el descanso.

Según González et al. (2022) en su estudio manifiesta que las experiencias obstétricas previas en mujeres con embarazo de alto riesgo influyen directamente en la percepción del riesgo médico y en el malestar emocional durante la gestación, ya que antecedentes de complicaciones o eventos adversos intensifican sentimientos de miedo y ansiedad y condicionan la vivencia del embarazo actual, por lo que la gravedad de las complicaciones vividas por la madre o el bebé determina la intensidad del sufrimiento emocional y evidencia la necesidad de incorporar el apoyo emocional como parte de la atención integral durante el embarazo.

A nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (2023) estima que cerca de los 40 millones padecen un problema de salud mentales, sobre todo ansiedad y depresión. Así mismo, que en naciones subdesarrolladas el 29.2% de las gestantes y el 24.4% de las

mujeres tras post parto son afectadas por ansiedad. Además, se determinó que el riesgo de padecer trastornos emocionales puede aumentar hasta un 35 % en circunstancias de alta vulnerabilidad en mujeres gestantes.

En América Latina, según Suárez et al., (2025) ha evidenciado que la depresión y la ansiedad durante el embarazo son prevalentes y representan un desafío para la salud pública materna, en México han reportado que aproximadamente el 20,5 % de las gestantes presenta síntomas clínicos de depresión y el 22,2 % de ansiedad durante el segundo trimestre, cifras que reflejan una carga significativa de malestar emocional. Estos resultados muestran que una de cada cinco mujeres embarazadas experimenta afectaciones psicológicas relevantes, con riesgos incrementados por factores como la presencia concurrente de ansiedad o niveles educativos intermedios.

En Ecuador, el estudio realizado por Herrera et al. (2022) determinó que, después del parto, el 32.4 % de las mujeres padeció sufrimiento emocional y que una de cada seis

experimentó síntomas depresivos. Sin embargo, Jiménez et al. (2025) observó que las mujeres que planificaron su embarazo amamantaron y estuvieron con su bebé tras el nacimiento enfrentaron menos riesgos, así mismo, las que tuvieron problemas al amamantar o complicaciones durante el embarazo o el parto tenían hasta ocho veces más riesgo de experimentar dificultades emocionales

En cuanto en la provincia de Ibarra, se detectó que el 35% de las mujeres en estado de gestación sufría depresión. Los factores de riesgo socioeconómico más significativos incluyeron: residir en zonas rurales, no tener trabajo, contar con un empleo inestable, tener una madre mayor de 35 años y poseer un nivel educativo bajo. En el ámbito local, observamos que el 55,3% de las mujeres gestantes son primerizas (Benalcazar Vilatuña, 2023). El 20% que integran esta agrupación no manifestó tristeza, mientras que el 27.6% expresó sentirse triste la mayor parte del tiempo. Mientras que el 1,35% de los afirmó sentirse tan infeliz, y el 6,6% dijo sentirse constantemente triste (Lima et al., 2025).

Por lo tanto, las consecuencias negativas de estas alteraciones emocionales pueden ser severas. En la madre, se percibe una reducción en la calidad de autocuidado, el descuido de las revisiones prenatales, comportamientos peligrosos como el consumo de sustancias y, en situaciones graves, el riesgo de pensar en el suicidio; el estrés y la depresión de la madre están vinculados con el bajo peso al nacer, los partos prematuros, las dificultades para desarrollar el comportamiento y las emociones a largo plazo, así como la restricción del crecimiento intrauterino (Obando, 2023).

La función del profesional de enfermería es crucial en este contexto, como agente de salud cercano y constante a lo largo del ciclo reproductivo, tiene la posibilidad de detectar con anticipación los factores emocionales de riesgo en las embarazadas a través de la observación directa. Asimismo, tiene la capacidad de ofrecer apoyo psicosocial y formación acerca del autocuidado de las emociones (Alvarado et al., 2023).

Teniendo en cuenta, que la salud mental durante la gestación es un elemento esencial de la atención integral a las madres, pero ha sido históricamente infravalorada en los servicios públicos de salud, sobre todo en contextos locales con restricciones estructurales. Las mujeres embarazadas en ciudades como Machala, donde se cruzan factores sanitarios, culturales y socioeconómicos de riesgo, se ven expuestas a diversas tensiones que pueden resultar en cambios emocionales importantes (Calero, 2025).

Esta problemática se intensifica cuando se tiene en cuenta que gran parte de estas emociones son invisibilizadas o normalizadas, no solo por la familia, sino también por los mismos trabajadores de la salud. Asimismo, la falta de información local actualizada dificulta medir con exactitud el efecto que esta situación tiene en la salud pública del cantón. La carencia de protocolos de tamizaje emocional en los controles prenatales impide que el personal de enfermería reconozca síntomas. Por consiguiente, es fundamental generar evidencia científica (Mogan et al., 2023).

En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo emocionales presentes en mujeres embarazadas que asisten a un Centro de Salud Tipo C de Machala. resulta necesario generar evidencia científica que permita comprender los factores de riesgo emocional presentes en mujeres embarazadas que acuden a un Centro de Salud Tipo C de la ciudad de Machala, considerando las particularidades del entorno social y sanitario. El análisis de esta problemática contribuye al fortalecimiento del conocimiento en el ámbito de enfermería, especialmente en lo relacionado con la valoración integral de la gestante durante el control prenatal.

2. Metodología

Se llevó a cabo un estudio con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, corte transversal y alcance correlacional; la población total fue de 258 mujeres gestantes que asistieron a consultas de control prenatal en un centro de salud primaria, independientemente de la etapa gestacional, de las cuáles se obtuvo la muestra de 120

embarazadas participaron de la investigación, que se logró mediante un muestreo por conveniencia no probabilístico, eligiendo a las gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio.

Para la recolección de datos se creó un instrumento que fue revisado y aprobado por juicio de expertos, denominado “Escala de Factores Emocionales en Gestantes del Primer Nivel de Atención” el cual contiene dos dimensiones: 1. Datos generales y obstétricos, 2. Factores emocionales con opciones de respuesta en escala Likert 1. Totalmente en desacuerdo, 2. En desacuerdo, 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4. De acuerdo, 5. Totalmente de acuerdo. Para analizar la consistencia interna del instrumento, se utilizó el Alpha de Cronbach obteniendo un resultado de 0.82.

Los datos obtenidos a través de los cuestionarios fueron revisados y depurados antes de su análisis, con el fin de garantizar la coherencia y calidad de la información. Posteriormente, se construyó una base de datos, la cual fue exportada

al software IBM SPSS Statistics versión 26 para su procesamiento estadístico. Se aplicaron técnicas de estadística descriptiva para caracterizar a la población estudiada y determinar la frecuencia de los principales factores de riesgo emocionales identificados. Las variables cuantitativas, como la edad, fueron analizadas mediante medidas de tendencia central.

Para el desarrollo de la investigación, se elaboraron los Anexos 1 y 2 establecidos por el Ministerio de Salud Pública, como parte del procedimiento previo para la aplicación de la encuesta. Asimismo, mediante la Coordinación de Carrera, se gestionó la solicitud formal ante el departamento correspondiente, con el propósito de obtener la colaboración de las participantes. Durante todo el proceso investigativo se respetaron los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, confidencialidad y privacidad de la información.

En el caso de las gestantes mayores de edad, se aplicó el consentimiento informado, garantizando su participación voluntaria, libre y

consciente. Para las gestantes menores de edad, se aplicó el asentimiento informado, considerando su condición de población vulnerable y asegurando el respeto a su dignidad, privacidad y decisión de participar en el estudio.

3. Resultados y discusión

En cuanto a la edad, predominó el grupo de 20 a 24 años con el 38,3 %, seguido de las gestantes de 15 a 19 años con el 37,5 %. Respecto al estado civil, la mayor proporción correspondió a mujeres casadas con el 35,0 %, seguido de solteras con el 33,3 % y unión libre con el 30,8 %. En el nivel educativo, predominó el bachillerato con el 56,7 %. Según la ocupación, el grupo más frecuente fue el de estudiantes con el 39,2 %, seguido de amas de casa con el 35,0 %.

En relación con las características obstétricas, el 36,7 % cursaba el primer trimestre, el 33,3 % el segundo trimestre y el 30,0 % el tercer trimestre. Respecto al número de gestaciones, predominó la segunda gestación con el 39,2 %, seguida de la primera gestación con el 37,5 %. Además, el 52,5 % refirió que su embarazo no fue planificado. El 49,2 % presentó antecedente de pérdida gestacional y el 44,2 % indicó embarazo de alto riesgo según criterio profesional. Asimismo, el 61,7 % manifestó vivir con pareja o red de apoyo familiar; sin embargo, el 65,0 % reportó antecedentes personales de ansiedad o depresión. Finalmente, la percepción económica fue principalmente insuficiente en el 35,0 % y regular en el 33,3 %.

Tabla 1. Información sociodemográfica

Variable	Categoría	n	%
Edad	15–19 años	45	37,5
	20–24 años	46	38,3
	25–29 años	22	18,3
	30–34 años	5	4,2
	35–39 años	1	0,8
	≥ 40 años	1	0,8
Estado civil	Soltera	40	33,3
	Casada	42	35,0
	Unión libre	37	30,8
	Separada	1	0,8
Nivel educativo	Básica	16	13,3

	Bachillerato	68	56,7
	Técnico	26	21,7
	Universitario	10	8,3
	Posgrado	0	0,0
	Ama de casa	42	35,0
Ocupación	Estudiante	47	39,2
	Empleada	31	25,8
Vive con pareja o red de apoyo familiar	Sí	74	61,7
	No	46	38,3
Antecedentes personales de ansiedad o depresión	Sí	78	65,0
	No	42	35,0
	Muy insuficiente	3	2,5
	Insuficiente	42	35,0
Percepción de suficiencia económica	Regular	40	33,3
	Suficiente	34	28,3
	Muy suficiente	1	0,8
	Total	120	100,0

Fuente: Elaboración propia.

En relación con los antecedentes gineco-obstétricos, se identificó que la mayor proporción de gestantes se encontraba en el primer trimestre de embarazo, con 44 participantes, equivalente al 36,7 %; seguido del segundo trimestre con 40 gestantes (33,3 %) y del tercer trimestre con 36 gestantes (30,0 %). No se registraron gestantes con embarazo postérmino.

Respecto al número de gestaciones, predominó el grupo de mujeres con dos gestaciones, representado por 47 participantes (39,2 %), seguido de aquellas con una gestación con 45 casos (37,5 %). En menor proporción, 26 gestantes reportaron tres gestaciones (21,7 %) y solo 2 participantes indicaron cuatro o más gestaciones (1,7 %).

En cuanto a la planificación del embarazo, se observó que 63 gestantes manifestaron que su embarazo no fue planificado, lo que corresponde al 52,5 %, mientras que 57 participantes indicaron que sí fue planificado (47,5 %). Sobre el antecedente de pérdida gestacional, los resultados fueron similares entre ambos grupos, con 59 gestantes que reportaron este antecedente (49,2 %) y 61 que no lo presentaron (50,8 %).

Finalmente, en relación con el embarazo de alto riesgo indicado por un profesional de salud, 53 gestantes señalaron haber recibido esta indicación, equivalente al 44,2 %, mientras que 67 participantes no fueron clasificadas como embarazo de alto riesgo (55,8 %).

Tabla 2. Antecedentes gineco-obstétricos

Variable	Categoría	n	%
Semanas de gestación	Primer trimestre (1–12 semanas)	44	36,7
	Segundo trimestre (13–27 semanas)	40	33,3
	Tercer trimestre (28–40 semanas)	36	30,0
	≥ 41 semanas (postérmino)	0	0,0
Número de gestaciones	1	45	37,5
	2	47	39,2
	3	26	21,7
	4 o más	2	1,7
Embarazo planificado	Sí	57	47,5
	No	63	52,5
Antecedente de pérdida gestacional	Sí	59	49,2
	No	61	50,8
Embarazo de alto riesgo indicado por profesional	Sí	53	44,2
	No	67	55,8
Total		120	100,0

Fuente: Elaboración propia.

En los ítems seleccionados de los factores emocionales, se evidenció una presencia importante de factores psicoemocionales durante el embarazo. La mayor proporción de acuerdo se observó en la afirmación “Me siento emocionalmente sobrecargada por las demandas de este embarazo”, con el 62,5 %, lo que refleja una carga emocional relevante en las gestantes. Asimismo, el 59,2 % manifestó sentirse triste o desanimada durante el embarazo, y el mismo porcentaje refirió miedo intenso al momento del parto.

También se identificó que el 58,3 % expresó que las preocupaciones sobre el embarazo interfieren con su vida diaria, mientras que el 55,0 % señaló preocupación frecuente de que algo malo pueda pasarle al bebé. En cuanto a la soledad emocional, el 55,8 % indicó sentirse sola aun estando acompañada y el 52,5 % manifestó sentir que enfrenta el embarazo sola. Respecto al apoyo emocional, el 57,5 % refirió contar con apoyo suficiente cuando se siente mal emocionalmente, lo que representa un factor protector importante.

Tabla 3. Factores emocionales

Dimensión	Afirmación	1	2	3	4	5	n total	% total
Ansiedad/preocupación gestacional	Me preocupa con frecuencia que algo malo pueda pasarle a mi bebé.	11	15	28	46	20	66	55

Sobrecarga y estrés emocional	Siento que me cuesta controlar las preocupaciones relacionadas con mi embarazo.	10	18	34	37	21	58	48,3
	Las preocupaciones sobre mi embarazo interfieren con mi vida diaria.	14	17	19	40	30	70	58,3
	Me siento emocionalmente sobrecargada por las demandas de este embarazo.	6	15	24	41	34	75	62,5
	Me resulta difícil relajarme durante el embarazo.	15	19	22	26	38	64	53,3
	Me he sentido tensionada o irritable la mayor parte del tiempo.	12	23	22	38	25	63	52,5
Estado afectivo/depresivo	Me he sentido triste o desanimada durante este embarazo.	10	17	22	37	34	71	59,2
	Me he sentido sola aun cuando estoy acompañada.	12	12	29	40	27	67	55,8
Soledad y apoyo emocional	Cuando me siento mal emocionalmente, cuento con apoyo suficiente.	7	17	27	36	33	69	57,5
	Siento que enfrente este embarazo sola.	12	23	22	29	34	63	52,5
Miedo al parto	Tengo miedo intenso al momento del parto.	12	20	17	41	30	71	59,2
Incertidumbre futura	La incertidumbre sobre el futuro me genera malestar emocional importante.	8	22	24	38	28	66	55

Fuente: Elaboración propia. Nota: Se codifica las opciones de respuesta como 1. Totalmente en desacuerdo, 2. En desacuerdo, 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4. De acuerdo, 5. Totalmente de acuerdo.

Se observa que las gestantes con antecedente de pérdida gestacional presentaron mayor proporción de alta ansiedad/preocupación gestacional (Tabla 4) con el 33,9 %, en comparación con aquellas sin antecedente, donde esta categoría representó el 16,4 %. En cambio, en las gestantes sin antecedente de

pérdida gestacional predominó la ansiedad/preocupación moderada con el 68,9 %. Estos resultados sugieren que el antecedente de pérdida gestacional puede relacionarse con mayor intensidad de preocupación durante el embarazo actual, especialmente por el bienestar fetal, posibles

complicaciones y evolución del embarazo.

Tabla 4. Relación entre antecedente de pérdida gestacional y ansiedad/preocupación gestacional

Antecedente de pérdida gestacional	Baja ansiedad	Ansiedad moderada	Alta ansiedad	Total
Sí	12 (20,3 %)	27 (45,8 %)	20 (33,9 %)	59 (100 %)
No	9 (14,8 %)	42 (68,9 %)	10 (16,4 %)	61 (100 %)
Total	21 (17,5 %)	69 (57,5 %)	30 (25,0 %)	120 (100 %)

Fuente: Elaboración propia.

Los problemas emocionales se presentaron principalmente en nivel moderado en los tres trimestres de gestación. El segundo trimestre concentró el mayor porcentaje de problemas emocionales moderados, con 82,5 %. Sin embargo, el nivel alto fue ligeramente mayor en el tercer trimestre con 13,9 %, seguido

del primer trimestre con 11,4 %. Esto sugiere que, aunque el malestar emocional moderado está presente durante todo el embarazo, la intensidad alta puede incrementarse hacia el final de la gestación, posiblemente por el temor al parto, la incertidumbre y la preocupación por el bienestar materno-fetal.

Tabla 5. Relación entre semanas de gestación y problemas emocionales

Semanas de gestación	n	Bajo n (%)	Moderado n (%)	Alto n (%)
Primer trimestre	44	6 (13,6)	33 (75,0)	5 (11,4)
Segundo trimestre	40	5 (12,5)	33 (82,5)	2 (5,0)
Tercer trimestre	36	4 (11,1)	27 (75,0)	5 (13,9)
Total	120	15 (12,5)	93 (77,5)	12 (10,0)

Fuente: Elaboración propia.

Los problemas emocionales se concentraron principalmente en nivel moderado en todos los grupos de edad. El grupo de 15 a 19 años presentó una proporción importante de problemas emocionales moderados, con 82,2 %, y un nivel alto de 11,1 %. En términos absolutos, este grupo adolescente concentró más casos de problemas emocionales altos que los grupos

adultos. En el grupo de 20 a 24 años, también predominó el nivel moderado con 73,9 %, seguido del nivel bajo con 17,4 %.

Aunque el grupo de ≥ 40 años presentó 100 % en nivel alto, debe interpretarse con cautela porque corresponde solo a una gestante, por lo que no permite establecer una tendencia poblacional sólida.

Tabla 6. Relación entre edad y problemas emocionales

Edad	n	Bajo n (%)	Moderado n (%)	Alto n (%)
15–19 años	45	3 (6,7)	37 (82,2)	5 (11,1)
20–24 años	46	8 (17,4)	34 (73,9)	4 (8,7)
25–29 años	22	4 (18,2)	16 (72,7)	2 (9,1)
30–34 años	5	0 (0,0)	5 (100,0)	0 (0,0)
35–39 años	1	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)
≥ 40 años	1	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)
Total	120	15 (12,5)	93 (77,5)	12 (10,0)

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Al analizar la información sociodemográfica, la presente investigación evidenció que la mayor proporción de gestantes se ubicó en el grupo etario de 20 a 24 años (38,3 %); además, predominó el estado civil casada (35,0 %), el nivel educativo de bachillerato (56,7 %) y la ocupación de estudiante (39,2 %). Estos resultados difieren de lo reportado por Jacovides et al., (2024) quienes identificaron una población con mayor edad, predominando gestantes de aproximadamente 34 años, con 41,0 % de educación secundaria, 69,9 % casadas, 38,1 % con situación económica media y 71,0 % empleadas. De manera similar, los hallazgos también contrastan con Best et al., (2024) quienes describieron una mayor concentración de participantes entre 31 y 32 años (57,5 %) y un predominio de nivel educativo superior (61,1%), lo que evidencia

diferencias importantes en el perfil sociodemográfico entre estudios.

En cuanto a la convivencia con pareja o red de apoyo familiar, el presente estudio evidenció que el 61,7 % de las gestantes contaba con este soporte, mientras que el 38,3 % no lo tenía. Este resultado se relaciona con lo descrito por Martín-Vázquez et al. (2024), quienes identificaron que el 80,9% viven con su pareja y tienen el apoyo familiar. Por otro lado, Romero et al. (2025) puntualiza que el 89,2% recibió apoyo de su pareja. Por tanto, aunque en esta investigación la mayoría refirió apoyo familiar o de pareja, el porcentaje de gestantes sin soporte cercano representa un grupo clínicamente relevante para el seguimiento prenatal integral.

Los resultados en el segundo trimestre concentraron el mayor porcentaje de problemas emocionales moderados, con 82,5 % según esa edad gestacional, por otro

lado, el nivel alto fue ligeramente mayor en el tercer trimestre con 13,9 %. Tarafa et al. (2022) en su estudio reportó que la ansiedad en el embarazo fue de 32,7% y que constituye una condición específica que incluye preocupaciones sobre el bienestar fetal, el parto, la salud materna y la capacidad para ejercer el rol materno. Estos hallazgos permiten interpretar que la presencia de gestantes en etapas tempranas del embarazo puede asociarse con mayor necesidad de detección precoz de factores psicoemocionales, especialmente cuando coexisten antecedentes obstétricos o sociales de vulnerabilidad.

En cuanto al número de gestaciones, predominó el grupo con dos embarazos con el 39,2 %, seguido de las primigestas con el 37,5 %. Este resultado muestra una población con experiencia obstétrica previa, pero también con una proporción importante de mujeres que cursan su primer embarazo. Asimismo, los resultados coinciden con el estudio de Romero et al. (2025) donde abordaron los antecedentes obstétricos se

encontró que el 64.7% era multigesta y el 35.3% era primípara.

Respecto a la planificación del embarazo, el 52,5 % de las gestantes refirió que su embarazo no fue planificado, proporción que adquiere importancia clínica y psicosocial. Este hallazgo coincide con estudios recientes que describen el embarazo no planificado como un factor asociado con mayor riesgo de ansiedad, depresión, estrés y menor adaptación prenatal. Ayele et al. (2023) , en su estudio, encontró que el 40,7 % de los embarazos no tuvieron una planificación previa. Esto relacionado a las investigaciones de Molla et al. (2022) y Yohannes et al. (2022) que en sus investigaciones reportaron que la gestación no intencionada continúa siendo un problema frecuente en mujeres que acuden a controles prenatales, asociado con condiciones socioeconómicas, acceso limitado a anticoncepción, edad materna y apoyo familiar insuficiente. De forma complementaria, Nelson et al. (2022) documentaron que el embarazo no intencionado se relaciona con resultados maternos y perinatales adversos, mientras que Carlander et

al. (2023) observaron asociación entre embarazo no planificado y vulnerabilidad en la salud materna. Estos antecedentes respaldan que el porcentaje encontrado en el presente estudio debe analizarse no solo como dato obstétrico, sino como un posible determinante de malestar emocional durante la gestación.

La relación entre embarazo no planificado y factores emocionales se observaron niveles importantes de preocupación, sobrecarga emocional, tristeza e incertidumbre. En particular, el 62,5 % de las gestantes manifestó sentirse emocionalmente sobrecargada, el 59,2 % refirió tristeza o desánimo y el 58,3 % indicó que las preocupaciones sobre el embarazo interfieren con su vida diaria. Estos hallazgos son coherentes con Ahmed et al. (2022), quienes reportaron asociación entre embarazo no planificado y síntomas de ansiedad/depresión antenatal.

Los resultados sobre antecedente de pérdida gestacional estuvieron presentes en el 49,2 % de las participantes, proporción considerablemente alta desde el punto de vista clínico y emocional. Atik et al. (2023), en la actualización

de la guía ESHRE sobre pérdida gestacional recurrente, enfatizaron la necesidad de organizar la atención desde una perspectiva clínica y de acompañamiento integral. A su vez, Genovese y McQueen (2023) abordaron la prevalencia de pérdida gestacional esporádica y recurrente identificando un 30% a 45%, mientras que Koert et al. (2023) el 25%, Kulshreshtha et al. (2023) 29% y Luo et al. (2022) evidenciaron que las mujeres con pérdidas previas presentan mayor ansiedad, depresión, estrés o distrés psicológico (1,10–1,81) en embarazos posteriores.

En relación con el embarazo de alto riesgo indicado por un profesional de salud, el 44,2 % de las gestantes reportó esta condición. Esta proporción es clínicamente significativa y comparable con estudios recientes realizados en población gestante atendida en servicios prenatales. Gomindes et al. (2022) identificaron que el 48,5% de mujeres que acudían a los controles prenatales presentan un embarazo de alto riesgo, mientras que Mogan et al. (2023) reportaron un porcentaje del 34,3 % en mujeres con perfil clínico-epidemiológico de alto riesgo.

En comparación, el valor observado en este estudio se ubica en un rango intermedio-alto, lo que refuerza la necesidad de integrar valoración obstétrica, tamizaje psicoemocional y seguimiento por enfermería en el primer nivel de atención.

La presencia de embarazo de alto riesgo puede explicar parcialmente el comportamiento de los factores emocionales, el 55,0 % de las gestantes manifestó preocupación frecuente de que algo malo pueda ocurrirle al bebé y el 59,2 % reportó miedo intenso al momento del parto. Estos hallazgos guardan relación con la evidencia que describe la ansiedad prenatal como un fenómeno asociado con percepción de amenaza materno-fetal, complicaciones obstétricas y temor al parto. Zhang et al. (2023) reportaron que el miedo al parto en gestantes del tercer trimestre se relaciona con factores personales, obstétricos y psicosociales. Asimismo, Azúa y Carvajal et al. (2024) observaron que la ansiedad durante el embarazo puede asociarse con menor duración gestacional, incluso después de ajustar por edad materna, educación, paridad y riesgo

obstétrico. Por tanto, el miedo al parto y la preocupación por el bienestar fetal no deben interpretarse como respuestas aisladas, sino como indicadores de riesgo emocional que requieren intervención educativa y apoyo continuo.

Otro hallazgo relevante fue que el 55,8 % manifestó sentirse sola aun estando acompañada y el 52,5 % refirió sentir que enfrenta el embarazo sola; sin embargo, el 57,5 % indicó contar con apoyo suficiente cuando se siente mal emocionalmente. Esta aparente coexistencia entre apoyo disponible y percepción de soledad sugiere que la calidad del apoyo puede ser más determinante que su sola presencia. Al-Mutawtah et al. (2023) encontraron que el apoyo social durante el embarazo tiene valor emocional, físico e informacional para el bienestar materno-fetal. De forma similar, Wang et al. (2023) reportaron que el apoyo social y la resiliencia median la relación con el estrés prenatal, mientras que García-Fernández et al. (2022) describieron que el apoyo social puede actuar como factor protector frente a ansiedad, miedo y estrés

durante el embarazo, especialmente en el primer trimestre.

En conjunto, los resultados permiten inferir que los antecedentes gineco-obstétricos estudiados embarazo no planificado, pérdida gestacional previa y embarazo de alto riesgo configuran un perfil de vulnerabilidad emocional en las gestantes evaluadas. Esta interpretación se fortalece al relacionar dichos antecedentes con los resultados psicoemocionales, donde predominaron sobrecarga emocional, tristeza, miedo al parto, preocupación por el bebé e incertidumbre. Răchită et al. (2023) reportaron prevalencia importante de depresión y ansiedad en mujeres durante el último trimestre de embarazo, mientras que Ahmed et al. (2022), Tarafa et al. (2022) y Huang et al. (2022) coinciden en que los factores obstétricos no actúan de manera aislada, sino en interacción con apoyo social, funcionalidad familiar, estrés percibido, nivel económico y antecedentes de salud mental.

En cuanto con la relación entre semanas de gestación y problemas emocionales, se observa que los problemas emocionales moderados

fueron predominantes en los tres trimestres; sin embargo, el porcentaje fue mayor en el segundo trimestre con 82,5 %, superando al primer y tercer trimestre, ambos con 75,0 %. Este hallazgo es superior a lo reportado por Aziz et al. (2025), quienes identificaron que el segundo trimestre concentró las prevalencias más elevadas de depresión y ansiedad, aunque con porcentajes menores 30 % para depresión y 28 % para ansiedad. Asimismo, Adina et al. (2022), en gestantes de segundo y tercer trimestre en Kenia, encontraron una prevalencia global de 16,2 % de síntomas depresivos y 6,6 % de ansiedad, cifras considerablemente inferiores al 77,5 % de problemas emocionales moderados observado en esta investigación. Por otra parte, el nivel alto de problemas emocionales fue más frecuente en el tercer trimestre con 13,9 %, porcentaje que, aunque menor que el nivel moderado, se aproxima parcialmente a lo descrito por Răchită et al. (2023), quienes reportaron en gestantes del tercer trimestre una frecuencia de 37,6 % de síntomas depresivos sugestivos en estudios comparativos previos.

En la relación entre edad y problemas emocionales, se evidencia que el grupo de 15–19 años concentró el mayor porcentaje de afectación moderada, con 82,2 %, seguido de las gestantes de 20–24 años con 73,9 % y de 25–29 años con 72,7 %. Estos porcentajes son superiores a lo reportado por Jalal et al. (2024), quienes identificaron en gestantes prevalencias menores de depresión moderada (9,2 %) y severa (1,2 %), y también superan lo informado por Aziz et al. (2025), cuyo metaanálisis estimó prevalencias globales de depresión (27 %) y ansiedad (37 %) durante el embarazo. El nivel alto fue más frecuente en adolescentes de 15–19 años con 11,1 %, cercano al grupo de 25–29 años con 9,1 %.

4. Conclusiones

Se concluye que la población estudiada presenta un perfil relevante de vulnerabilidad psicoemocional durante la gestación. Los hallazgos evidenciaron predominio de gestantes jóvenes, principalmente entre 15 y 24 años, con nivel educativo de bachillerato, ocupación

estudiantil o ama de casa, y una percepción económica mayoritariamente insuficiente o regular, condiciones que pueden incrementar la susceptibilidad frente al estrés, la ansiedad y el malestar emocional durante el embarazo.

Asimismo, los antecedentes gineco-obstétricos mostraron una proporción importante de embarazos no planificados, antecedentes de pérdida gestacional y embarazos clasificados como de alto riesgo, elementos que constituyen factores asociados a mayor preocupación materna, temor al parto, tristeza, incertidumbre y sobrecarga emocional. En este sentido, los resultados reflejan que más de la mitad de las gestantes manifestó sentirse emocionalmente sobrecargada, triste o desanimada, con miedo intenso al parto y preocupación frecuente por el bienestar del bebé.

Por tanto, los factores emocionales identificados no deben ser abordados de manera aislada, sino como parte de un perfil integral de riesgo materno que combina condiciones sociodemográficas, antecedentes obstétricos y

percepción subjetiva de apoyo emocional.

Además se pudo identificar que entre el antecedente de pérdida gestacional y ansiedad/preocupación las gestantes estudiadas tuvieron un nivel moderado, lo que se traduce a que estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer el tamizaje psicoemocional durante el control prenatal, incorporando intervenciones de enfermería orientadas a la educación, acompañamiento emocional, detección temprana de ansiedad y depresión, fortalecimiento de redes de apoyo y derivación oportuna a salud mental cuando sea necesario. De esta manera, el cuidado prenatal en el primer nivel de atención puede contribuir a mejorar el bienestar materno-fetal y prevenir complicaciones emocionales durante el embarazo y el puerperio.

Bibliografía

Adina, J., Morawska, A., Mitchell, A., Haslam, D., & Ayuku, D. (2022). Depression and anxiety in second and third trimesters among pregnant women in Kenya: A hospital-based prevalence study.

Journal of Affective Disorders Reports, 10(1), 100447. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100447>

Ahmed, M., Amin, F., Taj, A., & Durrani, N. (2022). Antenatal anxiety and depression: Frequency and correlates during the COVID-19 pandemic in Pakistan. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(10), 6407-6415. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_911_22

Al-Mutawtah, M., Campbell, E., Kubis, H., & Erjavec, M. (2023). Women's experiences of social support during pregnancy: a qualitative systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(782), 1. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06089-0>

Alvarado, R., Vilema, E., Guevara, V., & Cuello, F. (2023). Rol del personal de enfermería en el cuidado a la gestante adolescente. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 27(6). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942023000700028&lng=es&tlng=es.

Atik, R., Ole, B., Elson, J., Kolte, A., Lewis, S., & Middeldorp, S. (2023). ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss: an

- update in 2022. *Human Reproduction Open*, 2023(1), 1.
<https://doi.org/10.1093/hropen/hoad002>
- Ayele, A., Abdurashid, N., Hailu, M., & Tefera, B. (2023). Unintended Pregnancy and Associated Factors among Pregnant Women Attending Antenatal Care Unit in Public Health Facilities of Dire Dawa City, Eastern Ethiopia, 2021. *Obstetrics and Gynecology International*, 2023(1), 8100462.
<https://doi.org/10.1155/2023/8100462>
- Aziz, H., Binte, H., Wei, W., & Lau, Y. (2025). Global prevalence of depression, anxiety, and stress symptoms in different trimesters of pregnancy: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Psychiatric Research*, 181(1), 528-546.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.11.070>
- Azúa, M., & Carvajal, B. (2024). Actualización del trastorno de ansiedad durante el embarazo. *Revista Médica Sinergia*, 9(02), 1.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=118429>
- Benalcazar Vilatuña, K. E. (2023). Frecuencia de la depresión y factores de riesgo en Embarazadas atendidas en Centros de Salud de Ibarra, 2021. *La U Investiga*, 9(32), 19-32.
<https://doi.org/https://doi.org/10.53358/lauinvestiga.v9i2.638>
- Best, C., Ayers, S., Sinesi, A., Meades, R., Cheyne, H., Maxwell, M., . . . Shakespeare, J. (2024). Socioeconomic deprivation and perinatal anxiety: an observational cohort study. *BMC public health*, 24(1), 3183.
<https://doi.org/10.1186/s12889-024-20608-4>
- Calero, Y. A. (2025). Apoyo social y Depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima Norte, 2024. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, Asunción, Paraguay*, 6(2), 1-10.
<https://doi.org/https://doi.org/10.56712/latam.v6i2.3869>
- Carlander, A., Niemeyer, J., Reuterwall, I., Jonsson, M., Tydén, T., & Merit, K. (2023). Unplanned pregnancy and the association with maternal health and pregnancy outcomes: A Swedish cohort study. *PLoS ONE*, 18(5), e0286052.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286052>

- Castillo, L., Delgado, G., Briones, B., & Santana, M. (2023). La gestión de la calidad de cuidados en enfermería y la seguridad del paciente. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 7(13), 40-49. <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i13.2417>
- Chin, L. G., Roldan, J., Cobos, M., Vizuela, J., & Rivera, P. (2020). Factores asociados al trato humanizado del personal de enfermería a usuarios ingresados en el hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. *Killkana Salud Y Bienestar*, 4(4), 99-106. <https://doi.org/10.26871/killcanasalud.v4i4.756>
- García-Fernández, R., Liébana-Presa, C., Marqués-Sánchez, P., Martínez-Fernández, M., Calvo-Ayuso, N., & Hidalgo-Lopezosa, P. (2022). Anxiety, Stress, and Social Support in Pregnant Women in the Province of Leon during COVID-19 Disease. *Healthcare*, 10(5), 791. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050791>
- Genovese, H., & McQueen, D. (2023). The prevalence of sporadic and recurrent pregnancy loss. *American Society for Reproductive Medicine*, 120(5), 934-936. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.08.954>
- Gomez, P. K. (2024). Cuidado humanizado del profesional de enfermería y satisfacción del usuario externo: Humanized care of the nursing professional and satisfaction of the external user. *Advances in Science and Innovation*, 3(1), 38-49. <https://doi.org/10.61210/asi.v3i1.94>
- Gomindes, A., Bhakthavalsalan, R., Sharma, U., Johnston, S., & Naushad, A. (2022). Prevalence of High-Risk Pregnancy Among Pregnant Women Attending Antenatal Care Camps in Primary Health Centres in Kinaye and Vantamuri and Their Sub-Centres. *Cureus*, 14(7), e27355. <https://doi.org/10.7759/cureus.27355>
- González, F., Paredes, S., Rios, C., Saldaña, J., Paredes, S., & N., A. (2022). Ocurrencia y factores asociados a violencia física y psicológica en mujeres embarazadas atendidas en un hospital materno infantil. *Ginecol Obstet Mex*, 90(7), 569-578. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i7.7518>
- Herrera, E., Carriel, M., & García, A. (2022). Factores de riesgo relacionados con la depresión postparto. *Revista Vive*,

- 5(15), 679–687. .
<https://doi.org/https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i15.179>
- Huang, J., Xu, L., Luo, Y., Liao, B., Li, Y., & Shi, Y. (2022). The relationship among pregnancy-related anxiety, perceived social support, family function and resilience in Chinese pregnant women: a structural equation modeling analysis. *BMC women's health*, 22(1), 546.
<https://doi.org/10.1186/s12905-022-02145-7>
- Jacovides, C., Papadopoulou, S., Pavlidou, E., Dakanalis, A., Alexatou, O., Vorvolakos, T., . . . Chrysafi, M. (2024). Association of Pregnant Women's Perinatal Depression with Sociodemographic, Anthropometric and Lifestyle Factors and Perinatal and Postnatal Outcomes: A Cross-Sectional Study. *J. Clin. Med*, 13(7), 2096.
<https://doi.org/10.3390/jcm13072096>
- Jalal, S., Alsebeiy, S., & Alshealah, N. (2024). Stress, Anxiety, and Depression During Pregnancy: A Survey Among Antenatal Women Attending Primary Health Centers. *Healthcare*, 12(22), 2227.
<https://doi.org/10.3390/healthcare12222227>
- Jiménez, S., Martínez, E., & Chaparro, L. (2025). Asociación entre la Depresión Posparto en Mujeres y el Tipo de Riesgo Reproductivo, en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 1 Pachuca, Hidalgo. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(4), 2379-2400.
https://doi.org/https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i4.18854
- Koert, E., Hartwing, T., Hviid, G., Schmidt, L., & Nielsen, H. (2023). You're never pregnant in the same way again': prior early pregnancy loss influences need for health care and support in subsequent pregnancy. *Human Reproduction Open*, 2023(3), 1.
<https://doi.org/10.1093/hropen/hoad032>
- Kulshreshtha, S., Siwatch, S., Aggarwal, N., Rohilla, M., & Grover, S. (2023). Mental health issues in antenatal women with prior adverse pregnancy outcomes: Unmasking the mental anguish of rainbow pregnancy. *Practice: Short Paper*, 158(2), 190.
https://doi.org/10.4103/ijmr.ijmr_1241_21
- Lima, P., Pereira, F., Silva, C., Andrade, S., & Costa, S. (2025). Ansiedad y depresión entre las mujeres

- embarazadas atendidas en unidades de salud familiar: estudio transversal. . *Cogitare Enfermagem*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.96201es>
- Luo, Y., Zhang, K., Huang, M., & Qiu, C. (2022). Risk factors for depression and anxiety in pregnant women during the COVID-19 pandemic: Evidence from meta-analysis. *PLoS ONE*, 17(3), e0265021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265021>
- Martín-Vázquez, C., Urchaga-Litago, J., García-Fernández, R., Calvo-Ayuso, N., Quiroga-Sánchez, E., & Liébana-Presa, C. (2024). Quality of life and social support during pregnancy in Spanish population. A longitudinal study. *Midwifery*, 137(1), 104119. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104119>
- Mogan, K., Venkatesh, U., & Richa, K. (2023). Clinico-epidemiological profile of women with high-risk pregnancy utilizing antenatal services in a rural primary health center in India. *Journal of Rural Medicine*, 18(1), 15-20. <https://doi.org/10.2185/jrm.2022-018>
- Molla, W., Hailemariam, S., & Ayele, G. (2022). Unintended pregnancy and associated factors during COVID-19 pandemic in Ethiopia: Community-based cross-sectional study. *Women's health (London, England)*, , 18(1), 1. <https://doi.org/10.1177/17455057221118170>
- Morales, L., Gracia, Y., & Landeros, E. (2020). Relación de la inteligencia emocional con el cuidado otorgado por enfermeras/os. *Revista Cuidarte*, 11(3). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.989>
- Nelson, H., Darney, B., Ahrens, K., Burgess, A., Jungbauer, R., & Cantor, A. (2022). Associations of Unintended Pregnancy With Maternal and Infant Health Outcomes. *JAMA*, 328(17), 1714-1729. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.19097>
- Obando, O. F. (2023). Factores de riesgo asociados al embarazo en niñas y adolescentes. . *Revista De Investigación*, 4(7), 772–786. <https://doi.org/https://doi.org/10.55813/gaea/ccri/v4/n1/144>
- Organizacion Mundial de la Salud. (23 de diciembre de 2023). Más de un tercio de las mujeres padecen problemas de salud de larga duración tras el parto, según una nueva investigación: <https://www.who.int/es/news/item/07-12-2023-more-than-a>

third-of-women-experience-lasting-health-problems-after-childbirth

- Răchită, A., Strete, G., Salcudean, A., Ghiga, D., Radalescu, F., Calinescu, M., . . . Marginean, C. (2023). Prevalence and Risk Factors of Depression and Anxiety among Women in the Last Trimester of Pregnancy: A Cross-Sectional Study. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 59(6), 1009. <https://doi.org/10.3390/medicina59061009>
- Romero, M., Vergara, L., & Fernández, M. (2025). Factores de riesgo de depresión perinatal en gestantes adultas en un Hospital de segundo nivel. *JÓVENES EN LA CIENCIA*, 37(1), 1-8. <https://doi.org/10.15174/jc.2025.4991>
- Suárez, B., González, I., Mendoza, J., Estrada, G., de Abiega, P., Espino y Sosa, S. H., . . . Camacho, I. (2025). Depresión y ansiedad durante el embarazo en mujeres mexicanas: prevalencia y factores asociados en el estudio de cohorte OBESO. . *Revista de Medicina Clínica*, 14(23), 8364. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/jcm14238364>
- Tarafa, H., Alameyuhu, Y., & Nigussie, M. (2022). Factors associated with pregnancy-related anxiety among pregnant women attending antenatal care follow-up at Bedelle general hospital and Metu Karl comprehensive specialized hospital, Southwest Ethiopia. *Frontiers in psychiatry*, 13(1), 938277. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.938277>
- Wang, Y., Gu, J., Zhang, F., & Xu, X. (2023). The mediating role of social support and resilience between self-efficacy and prenatal stress: a mediational analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(866), 1. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06184-2>
- Yohannes, E., & Balis, B. (2022). Unintended Pregnancy and Associated Factors among Women Who Live in Ilu Gelan District, Western Ethiopia, 2021. *International Journal of Reproductive Medicine*, 2022(1), 1. <https://doi.org/10.1155/2022/8646724>
- Zhang, T., Liu, M., & Min, F. (2023). Fear of childbirth and its determinants in pregnant women in the third trimester: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 23(1), 574. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05070-7>