

Relación entre la autoeficacia y el miedo al parto en mujeres embarazadas: Una revisión sistemática

Relationship Between Self-Efficacy and Fear of Childbirth in Pregnant Women: A Systematic Review

KAREN LIZBETH ZAPI-ESTRADA^a, ARTURO ENRIQUE OROZCO-VARGAS^a, ADELAIDA ROJAS GARCÍA^b, ROSALINDA GUADARRAMA GUADARRAMA^a, VIRGINIA FLORES PÉREZ^c

a) Instituto de Estudios Sobre la Universidad-UAEMex

b) Facultad de Ciencias de la Conducta, UAEMex

c) Centro Universitario UAEM Ecatepec

Correspondencia: Arturo Enrique Orozco-Vargas (aeorozcov@uaemex.mx)

Recibido: 23/03/2026; aceptado: 22/04/2026

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: El miedo al parto es frecuente durante el embarazo y se asocia con diversos desenlaces maternos y obstétricos. La autoeficacia, entendida como la percepción de la capacidad para afrontar el parto, se ha identificado como un factor relevante en la regulación de este miedo. Esta revisión sistemática analizó principalmente la relación entre miedo al parto y autoeficacia, así como con otros factores, en mujeres embarazadas. Se incluyeron 19 estudios publicados entre 2020 y 2025 obtenidos de las plataformas Web of

Science, Scopus, ProQuest y LILACS. Los estudios, de diseño transversal y longitudinal, utilizaron instrumentos validados y mostraron de forma consistente una relación inversa entre el miedo al parto y la autoeficacia. El miedo al parto se asoció también con peor salud percibida y menor apoyo social, mientras que la autoeficacia se asoció con educación prenatal, bienestar emocional y apoyo de la pareja. Se concluye que es necesario promover enfoques integradores para la prevención y abordaje del miedo al parto.

Palabras clave: Miedo al parto, autoeficacia, embarazo.

Abstract: Fear of childbirth is common during pregnancy and has been associated with various maternal and obstetric outcomes. Self-efficacy, understood as the perceived ability to cope with childbirth, has been identified as an important factor in the regulation of this fear. This systematic review primarily analyzed the relationship between fear of childbirth and self-efficacy, as well as other associated factors, in pregnant women. Nineteen studies published between 2020 and 2025 were included from Web of Science, Scopus, ProQuest, and LILACS databases. The studies, which employed cross-sectional and longitudinal designs, used validated instruments and generally reported an inverse relationship between fear of childbirth and self-efficacy. Fear of childbirth was also associated with poorer perceived health and lower social support, whereas self-efficacy was associated with prenatal education, emotional well-being, and partner support. These findings highlight the need to promote integrative approaches for the prevention and management of fear of childbirth.

Key words: fear of childbirth, self efficacy, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

EL MIEDO AL PARTO ha sido descrito tempranamente desde la psiquiatría perinatal como manifestaciones de miedo, angustia y terror anticipatorio frente al parto. Históricamente, se utilizó el término tocofobia para referirse a un miedo intenso o patológico al parto (1,2). No obstante, en la literatura contemporánea el miedo al parto se conceptualiza como un fenómeno dimensional que puede variar en intensidad, siendo la tocofobia su expresión más severa. Hasta la fecha, la ausencia de una definición uniforme y de criterios claros para delimitar sus niveles ha favorecido su conceptualización como una respuesta de tipo fóbica, lo que ha dado lugar a una heterogeneidad significativa en las estimaciones de prevalencia. Además, aunque existen paralelismos entre la ansiedad generalizada y el miedo al parto, los estudios han demostrado que ambos no son sinónimos y pueden considerarse constructos diferenciados (3).

El miedo entendido como una emoción básica puede representar una respuesta adaptativa ante lo desconocido, particularmente en el contexto del embarazo. En este sentido, cierto grado de miedo puede considerarse normal cuando es transitorio y proporcional a la situación. Sin embargo, cuando el miedo es persistente, intenso o desproporcionado, puede afectar la vivencia del embarazo y del parto, así como la salud mental perinatal. El miedo al parto se ha relacionado con la dificultad de otorgar un significado positivo a la experiencia de dar a luz y con una menor percepción de capacidad para afrontar el proceso. Sus consecuencias no son uniformes, ya que pueden variar en función de las estrategias de afrontamiento disponibles durante la gestación (3,4).

Diversos estudios han documentado que niveles elevados de miedo al parto se asocian con múltiples desenlaces adversos. La prevalencia del miedo al parto varía ampliamente en la literatura debido a la diversidad de instrumentos y puntos de corte empleados. En estudios que utilizan el cuestionario Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) para identificar niveles graves, las tasas reportadas se sitúan aproximadamente entre el 6% y el 15%, mientras que estimaciones de niveles moderados alcanzan porcentajes cercanos o superiores al 30% según el instrumento utilizado (2). Las mujeres con mayor intensidad de miedo presentan mayor probabilidad de solicitar cesáreas programadas o de emergencia, mayor duración en el parto, experiencias negativas del nacimiento y mayor riesgo de depresión posparto, además de dificultades en el vínculo materno-infantil (3,5).

El miedo al parto se ha asociado no solo con consecuencias psicológicas, sino también con desenlaces obstétricos y neonatales adversos. Se ha sugerido que niveles elevados de miedo pueden generar cambios en el entorno uterino, con implicaciones en la frecuencia cardíaca fetal y la reducción del movimiento intrauterino, lo que se ha relacionado con mayor riesgo de parto postérmino, restricción del crecimiento intrauterino y signos de hipoxemia fetal. Asimismo, se han descrito asociaciones con parto prematuro y bajo peso al nacer (6,7).

La etiología del miedo al parto es multifactorial, hay diversas variables psicológicas, sociales y contextuales que influyen en su desarrollo, incluyendo la falta de información, baja autoconfianza en las capacidades, así como las diversas narrativas de experiencias vividas por las propias mujeres y el limitado apoyo social percibido (8). Estos elementos sugieren que el miedo al parto no puede comprenderse únicamente por medio de variables fisiológicas, sino que también requiere del abordaje de dimensiones cognitivas y relacionales.

Uno de los componentes cognitivos más importantes es la autoeficacia, concepto introducido por Bandura en 1977 y definido como la creencia que tiene una persona sobre su capacidad para realizar conductas específicas, que desempeña un papel central en la manera en que las mujeres afrontan el proceso de parto. En el

ámbito perinatal, se ha asociado con una mayor sensación de control, mejor afrontamiento del dolor y experiencias de parto más positivas. El estudio de Lowe (9) consolidó la autoeficacia como un marco conceptual clave para comprender la confianza en la capacidad para afrontar el trabajo de parto (5,10).

En revisiones previas, como las de Zaman *et al.* (5), Demirci *et al.* (11) y Abdolalipour *et al.* (12), se ha descrito el impacto de intervenciones como la educación prenatal y el *mindfulness* en la autoeficacia y el miedo al parto. Sin embargo, estas revisiones se han centrado principalmente en la efectividad de intervenciones específicas, más que en el análisis sistemático de la interacción entre autoeficacia y miedo al parto como constructos interrelacionados. Aunque diversos estudios individuales han documentado asociaciones significativas entre ambas variables, la evidencia proviene de distintos contextos culturales, con variabilidad en los instrumentos de medición y en los factores psicosociales considerados. Esta diversidad dificulta una comprensión integrada del papel que la autoeficacia desempeña sobre el desarrollo y mantenimiento del miedo al parto. En consecuencia, resulta necesario realizar una revisión sistemática que sintetice la evidencia reciente y permita clarificar la magnitud, consistencia y características de la relación entre autoeficacia y miedo al parto, así como los factores asociados a esta interacción.

Por lo tanto, esta revisión sistemática tiene como objetivo analizar principalmente la relación entre la autoeficacia y el miedo al parto en mujeres embarazadas, así como identificar otros factores psicosociales asociados a esta relación.

MÉTODO

a) Estrategia de búsqueda

Para garantizar un proceso de búsqueda transparente y reproducible, se siguieron las directrices de la declaración PRISMA (13). A partir de estos criterios se realizó la selección de artículos en las bases de datos Web of Science, Scopus, ProQuest y LILACS durante el mes de octubre del 2025. Se utilizaron combinaciones de términos relacionados con miedo al parto y autoeficacia, adaptadas a los descriptores y operadores específicos de cada base de datos. La Tabla 1 presenta el resumen del proceso de búsqueda por cada base de datos.

b) Criterios de elegibilidad

La revisión incluyó: *a)* publicaciones comprendidas entre enero de 2020 y septiembre de 2025; *b)* diseños cuantitativos de tipo transversal o longitudinal; *c)* estudios realizados en mujeres embarazadas nulíparas o multíparas; *d)* escritos en idioma

inglés o español; *e*) investigaciones que evaluaran la relación directa o indirecta entre la autoeficacia y el miedo al parto mediante análisis estadísticos cuantitativos; y *f*) artículos publicados en revistas científicas con arbitraje por pares. Se excluyeron: *a*) estudios cualitativos, editoriales, cartas al editor, estudios de caso, revisiones narrativas, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos; *b*) investigaciones sin acceso a texto completo; y *c*) publicaciones en idiomas distintos a español o inglés.

c) Proceso de selección de estudios

Después de realizar la búsqueda de estudios en las cuatro bases de datos, se obtuvieron 375 artículos, de los cuales se eliminó el 52.8 % por ser duplicados. Posteriormente, se examinaron los títulos y los resúmenes. De los artículos restantes, se eliminó el 90.4 % por no cumplir con los criterios de inclusión, quedando un total de 19 artículos (Figura 1).

d) Evaluación de la calidad metodológica

La calidad metodológica de los estudios incluidos se evaluó mediante la herramienta AXIS (Appraisal Tool for Cross-Sectional Studies) (14), diseñada para la valoración crítica de estudios transversales. Aunque esta herramienta está orientada principalmente a estudios de corte transversal, se aplicó también a los estudios longitudinales, observacionales incluidos, dado que estos compartían características metodológicas propias de diseños no experimentales con análisis predominantemente correlacional.

El instrumento está compuesto por 20 ítems que valoran aspectos como la validez interna, la claridad de los objetivos, la adecuación del diseño, la representatividad de la muestra, los métodos de medición, el análisis estadístico y la transparencia en la presentación de resultados y limitaciones. Asimismo, facilita la evaluación de la pertinencia y relevancia del estudio, considerando la idoneidad para responder la pregunta de investigación y la posible presencia de sesgos o conflictos de interés. Para la presente revisión, se incluyeron únicamente los estudios que cumplieron con al menos el 75% de los criterios establecidos y se representan en la Tabla 2 (15–33).

e) Proceso de extracción de datos

Los autores realizaron la extracción de datos mediante dos formularios elaborados específicamente para esta revisión. Se registraron las características metodológicas de los estudios incluidos, los instrumentos utilizados para medir el miedo al parto y la autoeficacia en la Tabla 3. Además de la relación directa entre miedo al

parto y autoeficacia, se extrajeron los factores psicosociales asociados reportados en los estudios incluidos, con el fin de contextualizar y comprender mejor las características de dicha relación en la Tabla 4.

RESULTADOS

Se incluyeron 19 estudios cuantitativos, de los cuales diecisiete fueron transversales y dos longitudinales, realizados entre enero de 2020 y septiembre de 2025 en países como China (15,18–20,23,26,28,32), Irán (17,22,29,33), Turquía (16,25,30), Suecia (24), Egipto (27), Indonesia (21) y Escocia (31).

El estudio con la muestra más grande fue el de Hildingsson *et al.* (24), con 1419 participantes, mientras que el de menor tamaño muestral fue el de Forbes-McKay *et al.* (31). Las participantes incluidas en los estudios fueron primigestas o multigestas, sin complicaciones de salud y con embarazos de bajo riesgo obstétrico. Todos los estudios se realizaron en contextos hospitalarios (15–33).

Se utilizaron instrumentos validados para medir el miedo al parto, como el Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) (16,21,22,25,26,29–31). Asimismo, se utilizó el Childbirth Attitude Questionnaire (CAQ) (15,18–20,23,27,28,32,33). Otros instrumentos empleados fueron la Delivery Fear Scale (DFS) (17) y la Fear of Birth Scale (FOBS) (24).

Para medir la autoeficacia en el parto se utilizó principalmente el Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI-C32 versión completa o CBSEI versión corta) (15,16,18–22,25,26,28,31,32). También se utilizó el Childbirth Self-Efficacy Inventory desarrollado por Lowe (17), la Self-Efficacy Regarding Vaginal Birth Scale (SEVB) (30) y la General Self-Efficacy Scale (GSES) (23,24).

a) Relación entre miedo al parto y autoeficacia

Los diecinueve estudios incluidos evaluaron la relación entre el miedo al parto y la autoeficacia mediante distintos enfoques estadísticos, incluyendo análisis de correlación, regresión lineal múltiple, modelos de mediación, comparación de grupos y análisis longitudinales de trayectorias (15–33). En la mayoría de los estudios se identificó una relación inversa estadísticamente significativa entre ambas variables, de modo que mayores niveles de miedo al parto se asociaron con menores niveles de autoeficacia.

En los estudios que emplearon análisis correlacional, se reportaron asociaciones negativas significativas entre el miedo al parto y la autoeficacia (15–23,27,30,31). Asimismo, diversos estudios señalaron que la autoeficacia se mantuvo como predictor significativo de menores niveles de miedo al parto en modelos de regresión ajustados por variables sociodemográficas y psicosociales (26,29,30). En modelos

de mediación, la autoeficacia mostró un papel relevante dentro de estructuras más amplias que incluían apoyo social, resiliencia o bienestar psicológico (16,18,25).

El estudio longitudinal identificó que menores niveles de autoeficacia incrementaron la probabilidad de pertenecer a un grupo con miedo persistente durante el tercer trimestre del embarazo, evidenciando que esta relación puede mantenerse y evolucionar a lo largo del tiempo (32). Además, se observó que las tasas de miedo al parto fueron significativamente mayores en mujeres primíparas en comparación con multíparas (17,28), y que el nivel más alto de miedo se presentó entre las semanas 36 y 37 de gestación en el estudio longitudinal (32). Asimismo, se reportó que niveles más altos de autoeficacia y la participación en educación prenatal se asociaron con una menor duración del trabajo de parto (21).

b) Diversos factores asociados al miedo al parto y la autoeficacia

Los factores asociados con mayores niveles de miedo al parto incluyeron niveles bajos de autoeficacia y bajo estado de salud autopercebido (15). También se reportaron asociaciones significativas con la edad, edad gestacional, paridad, apoyo de la pareja, resiliencia, nivel educativo, mayores ingresos mensuales del hogar y menor apoyo familiar (16,18,23,26), así como con el uso de aplicaciones móviles relacionadas con el embarazo y con preferencias alimentarias como el gusto por la comida ácida o disgusto por la comida grasosa (15,23). Otros factores asociados fueron el número de cesáreas previas, la experiencia previa con una cesárea (19) y el nivel de apoyo social (19,23,25,27). Asimismo, se reportó una asociación significativa entre la comunicación médico-paciente y el miedo al parto (23), y entre la educación prenatal y menores niveles de miedo al parto (21).

En relación con la autoeficacia, se reportaron asociaciones significativas con el nivel educativo propio y del cónyuge, así como con la satisfacción paterna respecto al sexo fetal (22). Por otro lado, niveles más altos de ansiedad, síntomas de depresión, preocupaciones y miedo al parto se asociaron con niveles más bajos de autoeficacia (23,24). También se reportó que niveles altos de autoeficacia y bienestar espiritual o mental positivo se asociaron con un menor nivel de miedo al parto (29,31). Por su parte, en otro estudio, la autoeficacia no se mantuvo como predictor independiente del miedo al parto en el modelo final, aunque ambas variables fueron evaluadas dentro del mismo marco analítico (33).

DISCUSIÓN

La mayoría de los estudios incluidos identificaron una relación inversa entre el miedo al parto y la autoeficacia en mujeres embarazadas (15–33). Esta asociación

fue observada en diversos contextos culturales y mediante instrumentos heterogéneos, aunque con matices según el tipo de análisis realizado. En términos generales, mayores niveles de miedo se vincularon con menores niveles de autoeficacia; sin embargo, en algunos modelos ajustados la autoeficacia no se mantuvo como predictor independiente, lo que sugiere que su influencia puede estar modulada por otras variables psicosociales.

La Teoría Social Cognitiva de Bandura (34,35) proporciona un marco útil para comprender esta dinámica. La autoeficacia no constituye un rasgo fijo, sino una creencia sobre la propia capacidad para realizar una tarea específica o alcanzar una meta, a través de experiencias de dominio, aprendizaje vicario, persuasión verbal y la interpretación de los propios estados fisiológicos y emocionales. En el contexto perinatal, considerando a muchas mujeres que no han experimentado un parto, la experiencia de dominio no está presente, otorgando mayor peso a las fuentes vicarias y relacionales. Sin embargo, lo anterior no se limita a la vivencia directa del parto, sino que puede construirse de manera simbólica o anticipatoria al navegar con éxito en situaciones emocionalmente demandantes durante la gestación, tales como la regulación del miedo, la tolerancia a la incertidumbre, la toma de decisiones informadas y la participación en su atención prenatal.

Considerando que el parto es un evento ampliamente narrado a nivel social, los discursos tanto de la familia, pareja, del personal sanitario y de las experiencias de otras mujeres contribuyen a la formación de expectativas sobre la propia capacidad para afrontar este proceso (35,36). En este sentido, la persuasión adquiere mayor relevancia en contextos de alta asimetría de poder. Por ejemplo, en la atención obstétrica, los mensajes alarmistas, paternalistas o centrados exclusivamente en el riesgo pueden debilitar la confianza y reforzar interpretaciones de vulnerabilidad tanto en la fisiología del cuerpo como en el aspecto emocional. De esta manera, la calidad de la comunicación médico-paciente es un factor significativo en el desarrollo de la autoeficacia, donde las habilidades interpersonales y la profesionalidad del personal de salud son aspectos que pueden guiar una relación recíproca que implique presencia, afirmación, disponibilidad y participación (37). Además, la falta de comunicación sobre la preparación del parto debilita la toma de decisiones y el ejercicio de la autonomía durante el trabajo de parto incentivando el incremento de cesáreas (38). Se ha identificado que lo importante para las mujeres es poder opinar sobre lo que sucede y tener cuidadores que respondan a los deseos expresados (39). Por lo tanto, la relevancia para las mujeres no es el control absoluto, más bien se trata de la posibilidad de participar en la toma de decisiones, sentirse escuchadas y contar con cuidadores sensibles a sus necesidades.

Los hallazgos indican que el miedo al parto es más elevado en mujeres primíparas y tiende a intensificarse cuando existe baja autoeficacia conforme avanza la gestación, alcanzando su punto máximo entre las semanas 36 y 37 (17,28,32). Estos hallazgos sugieren que la autoeficacia no solo se asocia con el nivel de miedo en un

momento puntual, sino que puede influir en su estabilidad y evolución temporal. Asimismo, la implementación de estrategias preventivas y de intervención pueden fortalecer la autoeficacia al disminuir la percepción del parto como un evento amenazante.

Desde esta perspectiva, algunas revisiones sugieren que intervenciones orientadas al fortalecimiento de la autoeficacia, como la educación prenatal y programas basados en *mindfulness*, han mostrado reducciones significativas en los niveles de miedo al parto (5,11). No obstante, el valor clínico de estas estrategias no reside exclusivamente en la técnica utilizada, sino en su potencial para fortalecer la confianza de la mujer en sus recursos personales y en su posibilidad de participar activamente en el proceso de parto. Asimismo, parecen ser especialmente relevantes cuando se implementan de manera temprana y preventiva.

En relación con otros factores asociados, los estudios identificaron que niveles bajos de autoeficacia, peor salud percibida, baja resiliencia, edad gestacional elevada y menor apoyo familiar se vinculan con mayor miedo al parto (15,16,23,26). Igualmente, experiencias obstétricas previas, como cesáreas anteriores, y una comunicación deficiente con el personal sanitario se asociaron con mayor temor (19,40). Estos resultados refuerzan la idea de que el miedo al parto no se configura únicamente a partir de variables individuales, sino que también es producto de una fuerte interacción con experiencias relacionales y contextuales.

Los hallazgos sobre la relación entre nivel educativo, nivel socioeconómico y miedo al parto no son consistentes en la literatura, en algunos estudios se han reportado mayores niveles de miedo al parto en mujeres con menor nivel educativo y económico (22,25,28). Sin embargo, en otros estudios como los de Qiu *et al.* (15) y Xu *et al.* (26), sobre mujeres rurales chinas, los hallazgos mostraron que, por el contrario, dentro de un contexto estructuralmente vulnerable, un mayor nivel educativo y mayores ingresos familiares se asocian con mayores niveles de miedo al parto. Esta aparente contradicción puede explicarse por la interacción entre factores individuales y contextuales. En entornos rurales con recursos sanitarios limitados, una mayor educación puede incrementar la consciencia de riesgos obstétricos y la percepción de discrepancia entre las expectativas de atención y las condiciones reales del sistema de salud, lo que favorece una mayor percepción de amenaza.

Siguiendo la misma línea, Hildingsson *et al.* (24) reportan cómo los síntomas de ansiedad, depresión, preocupaciones y miedo al parto se asociaron con menores niveles de autoeficacia. En paralelo, en otro estudio se identificó que el bienestar mental positivo fue el predictor más sólido de menores niveles de miedo al parto en el análisis ajustado, incluso por encima de la autoeficacia (31). Este hallazgo sugiere que la relación entre autoeficacia y miedo podría estar modulada por dimensiones afectivas más amplias, como el bienestar psicológico general. De la misma manera, en uno de los estudios incluidos en esta revisión, la autoeficacia no se mantuvo como

predictor independiente del miedo al parto en el modelo final ajustado (33), lo que sugiere que su influencia puede depender del peso relativo de variables obstétricas como el método preferido de parto. Este hallazgo refuerza la necesidad de comprender la autoeficacia dentro de un entramado contextual más amplio, y no como un determinante aislado. Aunque en la mayoría de los estudios revisados la autoeficacia actúa como dimensión psicológica vinculada al miedo al parto, su influencia también puede depender del contexto obstétrico y sociodemográfico. En otras palabras, el miedo al parto no se explica solo por la creencia de capacidad, sino por la interacción entre distintas variables psicosociales.

En conjunto, los hallazgos permiten conceptualizar el miedo al parto no como una respuesta individual aislada, sino como un fenómeno sociocognitivo construido a partir de las creencias personales, experiencias relacionales, prácticas de atención sanitaria y narrativas socioculturales en torno al nacimiento. Comprender la autoeficacia como un proceso dinámico, relacional y contextual permite trascender modelos reduccionistas del miedo al parto y avanzar hacia una atención perinatal que no solo busque reducir síntomas, sino fortalecer la vivencia subjetiva de capacidad, agencia y confianza de las mujeres frente al nacimiento.

Una de las limitaciones identificadas es que la mayoría son diseños transversales, lo que dificulta establecer relaciones causales entre las variables estudiadas. Una excepción a esto son los estudios longitudinales realizados por Xu *et al.* (26) y Ji *et al.* (32); no obstante, aunque aportan información relevante sobre la evolución de estas variables, no es suficiente para identificar la direccionalidad. Así mismo, aunque la mayoría de las investigaciones reportan una justificación del tamaño muestral, en muchos casos se utilizaron muestras por conveniencia, lo cual limita la representatividad y la posibilidad de generalizar los hallazgos. A ello se suma la falta de diversidad geográfica y cultural en las poblaciones estudiadas, lo que constituye una limitación señalada de manera recurrente en la literatura (15–33).

Se recomienda que futuras investigaciones incorporen diseños longitudinales y muestras más diversas que permitan evaluar la direccionalidad de la relación entre autoeficacia y miedo al parto y explorar diferencias interculturales. También es importante considerar la integración de dimensiones psicológicas, sociales, culturales y obstétricas, ya que se configura como un imperativo para transformar la atención perinatal hacia prácticas más humanizadas y centradas en el bienestar integral de la mujer.

CONCLUSIONES

Esta revisión sistemática integró la evidencia de diecinueve estudios cuantitativos que analizaron la relación entre el miedo al parto y la autoeficacia mediante

diversos enfoques estadísticos e instrumentos validados. En conjunto, los hallazgos muestran una tendencia predominante hacia una relación inversa entre ambas variables, aunque con variaciones según el modelo analítico empleado.

El miedo al parto se incrementa principalmente en presencia de baja autoeficacia, peor salud percibida, antecedentes obstétricos negativos, escaso apoyo social o familiar y una comunicación deficiente con el personal de salud. A su vez, la baja autoeficacia se asocia con mayores niveles de ansiedad y depresión experimentados durante el embarazo. No obstante, la confianza de las mujeres en su capacidad para afrontar los desafíos del parto tiende a fortalecerse cuando existe un mayor nivel educativo, bienestar emocional y apoyo por parte de la pareja. En este sentido, el fortalecimiento emocional, la educación prenatal y el acompañamiento adecuado se consolidan como elementos clave para la reducción del miedo al parto y para el incremento de la confianza de las mujeres en su capacidad de dar a luz.

Estos resultados respaldan la necesidad de promover modelos integradores que contemplen dimensiones psicológicas, sociales y obstétricas en la atención perinatal. El fortalecimiento de la autoeficacia, a través de intervenciones educativas y relacionales, podría contribuir a disminuir el miedo al parto dentro de un enfoque preventivo y contextualizado.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

La primera autora agradece a la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) la concesión de la beca 2145546, para la realización de estudios de posgrado en la Maestría en Psicología y Salud en el Centro Universitario UAEM Ecatepec de la Universidad Autónoma del Estado de México.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Kalok A, Kamisan Atan I, Sharip S, Safian N, Shah SA. Psychosocial determinants of childbirth fear among Asian women: A scoping review. *Healthcare (Basel)*. 2025;13(13).
- (2) Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1): 28.

- (3) Slade P, Balling K, Sheen K, Houghton G. Establishing a valid construct of fear of childbirth: Findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1): 96.
- (4) O'Connell MA, Khashan AS, Leahy-Warren P, Stewart F, O'Neill SM. Interventions for fear of childbirth including tocophobia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;7(7): CD013321.
- (5) Zaman A, Fadlalmola HA, Ibrahim SE, Ismail FH, Abdelwahed HH, Ali AM, et al. The role of antenatal education on maternal self-efficacy, fear of childbirth, and birth outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Midwifery*. 2025;9(13):1–16.
- (6) Han L, Bai H, Lun B, Li Y, Wang Y, Ni Q. The Prevalence of fear of childbirth and its association with intolerance of uncertainty and coping styles among pregnant chinese women during the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatr*. 2022;13:935760.
- (7) Nieminen K, Wijma K, Johansson S, Kinberger EK, Ryding EL, Andersson G, et al. Severe fear of childbirth indicates high perinatal costs for Swedish women giving birth to their first child. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(4):438–46.
- (8) Dencker A, Nilsson C, Begley C, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, et al. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth*. 2019;32(2):99–111.
- (9) Lowe NK. Maternal confidence for labor: development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Res Nurs Health*. 1993;16(2):141–9.
- (10) Tilden EL, Caughey AB, Lee CS, Emeis C. The effect of childbirth self-efficacy on perinatal outcomes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016;45(4):465–80.
- (11) Demirci AD, Kochan M, Kabukcuoglu K. Effect of antenatal education on childbirth self-efficacy: A systematic-review and meta-analysis. *Curr Psychol* 2023; 42(14):11367–77.
- (12) Abdolalipour S, Mohammad-Alizadeh Charandabi S, Mashayekh-Amiri S, Mirghafourvand M. The effectiveness of mindfulness-based interventions on self-efficacy and fear of childbirth in pregnant women: A systematic review and meta-analyses. *J Affect Disord*. 2023;333:257–70.
- (13) Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372: n71.
- (14) Downes MJ, Brennan ML, Williams HC, Dean RS. Development of a critical appraisal tool to assess the quality of cross-sectional studies (AXIS). *BMJ Open*. 2016;6(12):e011458.
- (15) Qiu L, Sun N, Shi X, Zhao Y, Feng L, Gong Y, et al. Fear of childbirth in nulliparous women: A cross-sectional multicentre study in China. *Women and Birth*. 2020;33(2):136–41.
- (16) Bilgin N, Coskun H, Coskuner Potur D, Ibar Aydın E, Uca E. Psychosocial predictors of the fear of childbirth in Turkish pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2021;42(2):123–31.
- (17) Shakarami A, Mirghafourvand M, Abdolalipour S, Jafarabadi MA, Iravani M. Comparison of fear, anxiety and self-efficacy of childbirth among primiparous and multiparous women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(642):1–9.

- (18) Huang J, Huang J, Li Y, Liao B. The prevalence and predictors of fear of childbirth among pregnant Chinese women: a hierarchical regression analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021; 21(643):1–10.
- (19) Hou Y, Zhou X, Yao M, Liu S. Fear of childbirth and its predictors in re-pregnant women after cesarean section: a cross-sectional multicenter study in China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(293):1–8.
- (20) Huang Y, Zhong Y, Deng Y, Zheng J, Zou H, Chen Q. Correlation between fear of childbirth and childbirth self-efficacy during labor. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2022;49(11); 258.
- (21) Dwiariini M, Chou HF, Gau ML, Liu CY. Relationship between fear of childbirth, self-efficacy, and length of labor among nulliparous women in Indonesia. *Midwifery*. 2022;105.
- (22) Effati-Daryani F, Mohammadi A, Mirghafourvand M. Childbirth self-efficacy and fear of childbirth and their predictors in adolescent and adult pregnant women referring to health centres of Urmia-Iran: A cross-sectional study. *BMJ Open*. 2023;13(10):1–10.
- (23) Zhang T, Liu M, Min F, Wei W, Liu Y, Tong J, et al. Fear of childbirth and its determinants in pregnant women in the third trimester: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2023; 23(574):1–12.
- (24) Hildingsson I, Nordin-Remberger C, Wells MB, Johansson M. Cluster analysis of fear of childbirth, anxiety, depression, and childbirth self-efficacy. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs*. 2024;53(5):522–33.
- (25) Bilgin NC, Coskun H, Tunc GC, Boyuk M, Deger HS. Predictive power of self-efficacy on the fear of childbirth in pregnant women: Underlying mechanisms of social support as a mediator and the COVID-19 fear as a moderator. *Niger J Clin Pract*. 2024;27(3):330–7.
- (26) Xu R, Wang J, Li Y, Chen Y, Zhang W, Pan X, et al. Pre- and postpartum fear of childbirth and its predictors among rural women in China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(394):1–12.
- (27) Elsharkawy NB, Alruwaili MM, Mohamed Elsayed Ramadan O, Alruwaili AN, Ouda MMA, Oraby FA, et al. Prevalence and determinants of fear of childbirth among pregnant women in Egypt: A cross-sectional study. *Midwifery*. 2024;136.
- (28) Huang Y, Zhong Y, Chen Q, Zhou J, Fu B, Deng Y, et al. A comparison of childbirth self-efficacy, fear of childbirth, and labor pain intensity between primiparas and multiparas during the latent phase of labor: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(400):1– 10.
- (29) Nasiri F, Mohammadi S, Miryan S, Abbaspoor Z. Association between spiritual health, fear of childbirth, and self-efficacy in Iranian primiparous women. *J Relig Health*. 2025;1–16.
- (30) Gürsoy B, Palas KP. The relationship between fear of birth and prenatal attachment and childbirth self-efficacy perception in primigravida women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025; 25(462):1–10.
- (31) Forbes-McKay KE, Tabib M, Humphrey T. Predicting fear of childbirth during pregnancy, the positive role of self-efficacy and mental well-being: a cross-sectional study. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2025;46(1):1–6.

- (32) Ji KM, Li ZZ, Min H, Sun L, Zhao Y. The trajectory and influencing factors of fear of childbirth in third trimester primiparas: A prospective longitudinal study. *J Adv Nurs*. 2025; 81(8):4712–22.
- (33) Rashidi F, Hesari N, Shariatnia S, Razi A, MohammadiAubi SM, Gorji F, et al. Regression model of fear of childbirth in pregnant women. *BMC Public Health*. 2025;25(1): 2782.
- (34) Girardi P, Pardo R, Rivas V, Trueba A, Mur DA, Andrés J, et al. Autoeficacia: una revisión aplicada a diversas áreas de la psicología. *Revista Ajayu: Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología* 2018; 16(2): 299-325.
- (35) Egele VS, Klopp E, Stark R. An empirical ranking of the importance of the sources of self-efficacy for physical activity. *Health Psychol Behav Med*. 2025;13(1):2567322.
- (36) Çiçek Ö, Aypar Akbag NN, Durmazoflu G, Oztürk Ç. The relationship between fear of childbirth and birth self-efficacy in low and high-risk pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2025; 25(1):1181.
- (37) Lyberg A, Dahl B, Haruna M, Takegata M, Severinsson E. Links between patient safety and fear of childbirth—A meta-study of qualitative research. *Nurs Open*. 2018;6(1):18.
- (38) Paes LB de O, Salim NR, Toso BRG de O, Bussadori JC de C, Wernet M, Silveira AO, et al. Communication between healthcare professionals and parturients during the childbirth experience: a mixed-methods study. *Rev Bras Enferm*. 2025;78(3):e20240341.
- (39) Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, Kazmierczak M, Karlsdottir SI, Spyridou A, et al. Women's psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis. *BMJ Open*. 2018;8(10).
- (40) Zhou X, Liu H, Li X, Zhang S. Fear of childbirth and associated risk factors in healthy pregnant women in northwest of china: A cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag*. 2021;14:731–41.

TABLA I
Estrategia de búsqueda por base de datos

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Filtros
Web of Science	(Title) Fear of Childbirth AND (Topic) self-efficacy	Todas las bases de datos Fuente: artículo, artículo de revisión Idioma: inglés
ProQuest	Title (fear of childbirth) AND All fields (self-efficacy)	Fuente: Revistas académicas arbitradas Tipo de documento: artículo y artículo principal Idioma: inglés y español
Scopus	Article title (fear of childbirth) AND Article title, abstract, Keywords (self-efficacy)	Idioma: inglés y español
LILACS	(title:(fear of childbirth)) AND (self-efficacy)	Idioma: inglés y español

TABLA 2

*Evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos mediante
 AXIS (síntesis por apartados)*

Estudio	Introducción	Método	Resultados	Discusión	Otros	Puntuación total
Qiu <i>et al.</i> (15)	1	8	4	2	1	16
Bilgin <i>et al.</i> (16)	1	9	5	2	1	18
Shakarami <i>et al.</i> (17)	1	8	5	2	1	17
Huang <i>et al.</i> (18)	1	6	4	2	2	15
Hou <i>et al.</i> (19)	1	9	4	2	1	17
Huang <i>et al.</i> (20)	1	7	4	2	1	15
Dwiarini <i>et al.</i> (21)	1	8	5	2	1	17
Effati-Daryani <i>et al.</i> (22)	1	10	5	2	1	19
Zhang <i>et al.</i> (23)	1	9	5	2	1	19
Hildingsson <i>et al.</i> (24)	1	7	5	2	2	17
Bilgin <i>et al.</i> (25)	1	10	5	2	2	20
Xu <i>et al.</i> (26)	1	10	5	2	1	19
Elsharkawy <i>et al.</i> (27)	1	9	4	2	2	18
Huang <i>et al.</i> (28)	1	10	5	2	1	19
Nasiri <i>et al.</i> (29)	1	10	5	2	1	19
Gürsoy <i>et al.</i> (30)	1	8	5	2	2	18
Forbes <i>et al.</i> (31)	1	7	2	2	2	15
Ji <i>et al.</i> (32)	1	9	5	1	2	18
Rashidi <i>et al.</i> (33)	1	9	5	2	2	19

Los valores corresponden al número de criterios cumplidos en cada apartado del instrumento AXIS (Appraisal Tool for Cross-Sectional Studies).
 La puntuación total representa la suma de los criterios cumplidos.

TABLA 3

Características metodológicas de los estudios incluidos
en la revisión sistemática

Autor/a (país)	Diseño	Muestra (n; tipo)	Edad (Media±DE)	Instrumento FOC	Instrumento autoeficacia
Qiu <i>et al.</i> (15) (China)	Transversal	1039; primíparas	16-42 (27,06± 3,62)	CAQ	CBSEI-C32
Bilgin <i>et al.</i> (16) (Turquía)	Transversal	624; primíparas y multíparas	19-42 (28,37± 5,07)	W-DEQ	CBSIE-C32
Shakarami <i>et al.</i> (17) (Irán)	Transversal	200; primíparas y multíparas	24-30 (29,51± 17,59)	DFS	CBSE
Huang <i>et al.</i> (18) (China)	Transversal	646; primíparas y multíparas	18-42 (28,7 ± 3,8)	CAQ	CBSEI-C32
Hou <i>et al.</i> (19) (China)	Transversal	358; primíparas y multíparas	22-44 (33,60± 4,02)	CAQ	CBSEI-C32
Huang <i>et al.</i> (20) (China)	Transversal	369; primíparas y multíparas	20-35	CAQ	CBSEI-C32
Dwiarini <i>et al.</i> (21) (Indonesia)	Transversal	112; primíparas	18-35 (25,9 ± 3,3)	W-DEQ	CBSIE
Effati-Daryani <i>et al.</i> (22) (Irán)	Transversal	360; primíparas	15-20 (17,45± 1,59)	W-DEQ	CBSEI
Zhang <i>et al.</i> (23) (China)	Transversal	535; primíparas y multíparas	18-41 (29,39± 4,47)	CAQ	GSES-6
Hildingsson <i>et al.</i> (24) (Suecia)	Transversal	1419; primíparas y multíparas	19-53	FOBS	GSE-6

Autor/a (país)	Diseño	Muestra (n; tipo)	Edad (Media±DE)	Instrumento FOC	Instrumento autoeficacia
Bilgin <i>et al.</i> (25) (Turquía)	Transversal	422; primíparas y multíparas	18-45 (28,6 ± 4,7)	W-DEQ-A	CBSIE
Xu <i>et al.</i> (26) (China)	Longitudinal	569 prenatal / 477 posparto	≥18 (26,8 ± 5,0)	W-DEQ A/B	CBSEI-C32
Elsharkawy <i>et al.</i> (27) (Egipto)	Transversal	460; primíparas y multíparas	18-25 (26,71± 6,40)	CAQ	CBSEI
Huang <i>et al.</i> (28) (China)	Transversal	347; primíparas y multíparas	20-40	CAQ	CBSIE-C32
Nasiri <i>et al.</i> (29) (Irán)	Transversal	240; primíparas	18-35 (20,84± 2,68)	W-DEQ	CBSEI
Gürsoy <i>et al.</i> (30) (Turquía)	Transversal	255; primigestas	NR (27,29 ± 6,82)	W-DEQ-A	SEVB
Forbes-McKay <i>et al.</i> (31) (Escocia)	Transversal	57; primíparas y multíparas	21-41 (31,00± 3,60)	W-DEQ-A	CBSEI-C32
Ji <i>et al.</i> (32) (China)	Longitudinal	226; primíparas	≥20	CAQ	CBSEI-C32
Rashidi <i>et al.</i> (33) (Irán)	Transversal	152; primíparas y multíparas	≥18 (28,7 ± 5,98)	CAQ	CBSEI

CAQ: Childbirth Attitude Questionnaire; W-DEQ: Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (version A-B); DFS: Delivery Fear Scale; FOBS: Fear of Birth Scale; CBSEI: Childbirth Self-Efficacy Inventory; CBSEI-C32: versión china de 32 ítems del CBSEI; GSE-6: General Self-Efficacy Scale; SEVB: Self-Efficacy Regarding Vaginal Birth Scale; NR: no reportado.

TABLA 4

Relación entre miedo al parto-autoeficacia y otros factores psicosociales en los estudios incluidos

Autor/a (país)	Relación miedo al parto–autoeficacia	Variables asociadas relevantes
Qiu <i>et al.</i> (15) (China)	Menor autoeficacia se asoció significativamente con mayores niveles de miedo al parto	Salud autopercibida, nivel de educación alto, uso de aplicaciones móviles
Bilgin <i>et al.</i> (16) (Turquía)	Asociación negativa significativa entre autoeficacia y miedo al parto; apoyo conyugal como mediador parcial	Edad, nivel educativo, ingresos, ansiedad rasgo, embarazo no planificado, apoyo conyugal
Shakarami <i>et al.</i> (17) (Irán)	Las mujeres primíparas presentaron mayor miedo al parto y menor autoeficacia en comparación con multiparas	Paridad
Huang <i>et al.</i> (18) (China)	La autoeficacia se asoció significativamente con miedo al parto y mostró un efecto mediador parcial entre resiliencia y FOC	Edad, edad gestacional, paridad, resiliencia, apoyo de pareja
Hou <i>et al.</i> (19) (China)	Asociación negativa significativa entre autoeficacia y miedo al parto	Cesárea previa, apoyo social
Huang <i>et al.</i> (20) (China)	Correlación negativa significativa entre autoeficacia y miedo al parto	—
Dwiarini <i>et al.</i> (21) (Indonesia)	Correlación negativa significativa entre autoeficacia y miedo al parto; asociadas con duración del parto	Duración del trabajo de parto, Educación prenatal
Effati-Daryani <i>et al.</i> (22) (Irán)	Correlación inversa significativa entre miedo al parto y autoeficacia en ambos grupos	Edad, nivel educativo de la participante y su cónyuge, satisfacción paterna con el sexo fetal

Autor/a (país)	Relación FOC–autoeficacia	Variables asociadas relevantes
Zhang <i>et al.</i> (23) (China)	Correlación negativa significativa entre autoeficacia general y FOC	Comunicación médico–paciente, funcionamiento familiar, apoyo social.
Hildingsson <i>et al.</i> (24) (Suecia)	Los grupos con mayor miedo al parto presentaron menor autoeficacia	Ansiedad, depresión
Bilgin <i>et al.</i> (25) (Turquía)	Asociación negativa significativa entre autoeficacia y miedo al parto; apoyo social mediador	Apoyo social, COVID-19
Xu <i>et al.</i> (26) (China)	La autoeficacia prenatal se asoció inversamente con miedo al parto prenatal y posparto, y con menor probabilidad de miedo al parto grave	Mayor nivel educativo, paridad, mayores ingresos mensuales, apoyo familiar
Elsharkawy <i>et al.</i> (27) (Egipto)	Correlación negativa significativa entre miedo al parto y autoeficacia	Apoyo social
Huang <i>et al.</i> (28) (China)	La autoeficacia y el miedo al parto se asociaron significativamente con la intensidad del dolor de parto	Edad avanzada, apoyo familiar, nivel educativo, intensidad del dolor
Nasiri <i>et al.</i> (29) (Irán)	La autoeficacia fue predictor significativo de menores niveles de miedo al parto	Bienestar espiritual
Gürsoy <i>et al.</i> (30) (Turquía)	Correlación negativa significativa entre miedo al parto y autoeficacia	Apego prenatal, paridad
Forbes-McKay <i>et al.</i> (31) (Escocia)	El miedo se correlacionó negativamente con la autoeficacia; el bienestar mental fue el predictor más sólido de menor miedo al parto	Bienestar mental

Autor/a (país)	Relación FOC–autoeficacia	Variables asociadas relevantes
Ji <i>et al.</i> (32) (China)	Menor autoeficacia incrementó el riesgo de pertenecer al grupo con miedo estable (incremento del 2% por cada punto de disminución)	Edad gestacional
Rashidi <i>et al.</i> (33) (Irán)	La autoeficacia mostró diferencias significativas según el método de parto preferido; no se identificó como predictor significativo del miedo al parto en el modelo final	Edad, educación mujer, educación cónyuge, método de parto preferido

FIGURA I

Selección de estudios con diagrama de flujo PRISMA 2020

