



Autoeficacia en la lactancia materna, comportamiento parental y rol materno de madres con embarazos planeados y no planeados

Destacados: (1) Las madres con embarazos no planeados tienen baja autoeficacia en la lactancia materna. (2) Las madres con embarazos no planeados tienen comportamientos parentales inadecuados. (3) Las madres con embarazos no planeados tienen roles maternos muy inadecuados.


Seyhan Çankaya¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0433-2515>

Bihter Akın¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3591-3630>

Yasemin Erkal Aksoy¹



 <https://orcid.org/0000-0002-7453-1205>

Objetivo: comparar la autoeficacia en la lactancia materna, el comportamiento parental y el rol materno de madres con embarazos planeados y no planeados en el posparto temprano. **Método:** estudio transversal con 414 madres que dieron a luz utilizando una muestra de conveniencia, realizado en la clínica posparto de un hospital universitario. La investigación incluyó a 414 madres. Para la recolección de datos se utilizó un formulario con variables sociodemográficas y obstétricas. la Escala de Conducta Parental Posparto, la Escala Yo como Madre y la Escala de Autoeficacia en la Lactancia Materna - Forma Resumida. **Resultados:** de las 414 madres incluidas en el estudio, 163 (39,4%) tuvieron embarazos no planeados. Las madres con embarazos no planeados obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en autoeficacia en la lactancia materna, comportamiento parental y rol materno que las madres con embarazos planeados ($p < 0,001$). Según el análisis de regresión, el embarazo no planeado es un factor de riesgo que afecta negativamente a la autoeficacia de la lactancia materna, el comportamiento parental y el rol materno de las madres ($p < 0,001$). **Conclusión:** la autoeficacia en la lactancia materna entre las madres con embarazos no planeados fue bastante baja, y sus comportamientos parentales y roles maternos fueron bastante inadecuados. Las enfermeras y las parteras deben apoyar a las madres con embarazos no planeados en lo que respecta a la lactancia materna de sus bebés, tanto durante el embarazo como en el posparto, y en la adaptación al papel de la maternidad y criar a los hijos.

Descriptor: Lactancia Materna; Comportamiento; Madres; Parentalidad; Autoeficacia; Embarazo no Planeado.

¹ Selcuk University, Faculty of Health Science, Midwifery Department, Konya, Turquía.

Cómo citar este artículo

Çankaya S, Akın B, Aksoy YE. Breastfeeding self-efficacy, parenting behavior, and maternal role of mothers with planned and unplanned pregnancies. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2026;34:e4783 [cited ____]. Available from:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7821.4783>  año mes día

Introducción

El embarazo no planeado se define como un embarazo no intencional, inoportuno o no deseado en el momento de la concepción, incluidos aquellos que ocurren antes de lo deseado o que no son deseados en absoluto⁽¹⁻²⁾. A nivel mundial, sigue siendo una gran preocupación de salud pública; según el informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (*United Nations Population Fund – UNFPA*) de 2022, aproximadamente 121 millones de embarazos ocurren de manera no intencional cada año, lo que representa el 48% de todos los embarazos en todo el mundo⁽²⁾. Las tasas son más altas en los países de ingresos bajos y medios, donde el acceso limitado a los servicios de salud reproductiva, el uso inadecuado de anticonceptivos y la falta de educación son factores predominantes⁽³⁻⁴⁾.

Los embarazos no planeados tienen consecuencias médicas, sociales y económicas significativas⁽⁵⁻⁶⁾. En Turquía, a pesar de los esfuerzos de intervención, la prevalencia sigue siendo alta⁽⁷⁾ y se asocia con una atención prenatal inadecuada, abortos espontáneos, bajo peso al nacer, muerte neonatal y aumento de la mortalidad materna y/o neonatal⁽⁷⁻¹¹⁾. El sufrimiento psicológico también es común, lo que perjudica la interacción entre la madre y el bebé, los comportamientos parentales y el desempeño del rol materno⁽¹²⁻¹³⁾.

Las tasas de lactancia materna a nivel mundial y en Turquía se ven afectadas por varios factores, entre los que destaca el embarazo no planeado. El éxito de la lactancia materna depende no solo de la salud física, sino también del bienestar psicológico de la madre y de su autoeficacia en la lactancia, es decir, su creencia en su capacidad para amamantar eficazmente. Las emociones negativas derivadas de un embarazo no planeado pueden perjudicar el vínculo emocional y las prácticas de lactancia, lo que lleva a una interrupción prematura⁽¹³⁻¹⁵⁾, aunque algunos estudios no reportan ninguna asociación significativa⁽¹⁶⁾.

Las madres emocionalmente preparadas y sensibles a las necesidades de sus bebés tienen más posibilidades de establecer un vínculo saludable^(7,15), mientras que aquellas con embarazos no planeados pueden enfrentar mayores desafíos de adaptación y crisis posparto^(15,17) y pueden tener una interacción madre-bebé de menor calidad⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. El desarrollo de la identidad materna comienza durante el embarazo y continúa durante los primeros meses después del parto⁽¹⁹⁻²⁰⁾, y los embarazos planeados se asocian con una adaptación más exitosa al rol⁽²¹⁾. Los embarazos inoportunos o no deseados pueden retrasar este proceso⁽²²⁻²⁴⁾.

A pesar de la evidencia existente, los estudios sobre los efectos del embarazo no planeado en la autoeficacia de

la lactancia materna, los comportamientos parentales y la adaptación al rol materno son limitados e inconsistentes. En Turquía, donde la tasa de embarazos no planeados es del 26%⁽²⁵⁾, se necesita más investigación. El período posparto, marcado por nuevas responsabilidades, puede ser especialmente difícil para estas madres. Comprender cómo la planificación del embarazo afecta a los resultados maternos es esencial para desarrollar programas de apoyo y mejorar las tasas de lactancia materna. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo comparar la autoeficacia en la lactancia materna, los comportamientos parentales y la adaptación al papel materno en madres con embarazos planeados y no planeados durante el inicio del posparto.

Método

Diseño y lugar del estudio

Este es un estudio transversal. El estudio se llevó a cabo en la clínica posparto de un hospital público en Anatolia Central, Turquía. El hospital atiende a unas 4.000 personas al mes. El hospital fue seleccionado por ser una institución pública, por el elevado número de mujeres embarazadas de pueblos y ciudades de los alrededores que acuden a la maternidad para dar a luz (aproximadamente 1.000 embarazadas al mes) y por poseer el certificado de hospital Amigo de los Niños.

Periodo del estudio

El estudio se llevó a cabo entre septiembre de 2022 y febrero de 2023.

Participantes

Las madres voluntarias que habían dado a luz recientemente y se encontraban en la clínica posparto del hospital fueron incluidas en el estudio y entrevistadas sobre sus embarazos y bebés en sus propias habitaciones. Se incluyeron en el estudio tanto las madres que habían concebido de forma no planificada como las que habían concebido de forma planificada. El embarazo no planeado se define como un embarazo que ocurre antes del momento deseado o como un embarazo no deseado. La concepción planeada se define como un embarazo que ocurre en el momento deseado o un embarazo que era deseado antes de la concepción⁽⁶⁾.

Criterios de elegibilidad

En este estudio, los criterios de inclusión para las madres fueron tener 18 años o más, haber completado

al menos la educación primaria, haber dado a luz por parto vaginal y no haber tenido abortos espontáneos, pérdidas fetales o mortinatos en gestaciones anteriores. Los criterios de inclusión para los bebés fueron haber nacido a término (37-42 semanas), ser únicos, pesar entre 2.500 y 4.000 g y no presentar anomalías congénitas. Las mujeres que desearon retirarse del estudio después de participar, que fueron dadas de alta del hospital antes de la finalización de la recopilación de datos o que desarrollaron algún problema de salud agudo en el posparto temprano fueron excluidas del estudio. Las madres menores de 18 años no fueron incluidas en la muestra por razones éticas y legales. En Turquía, los menores de 18 años no son considerados legalmente competentes por la legislación nacional, y su participación en la investigación requeriría permisos legales adicionales y supervisión ética, incluido el consentimiento de los padres o tutores. Además, las madres adolescentes (menores de 18 años) pueden presentar características de desarrollo, psicosociales y legales diferentes en comparación con las madres adultas, lo que podría generar una variabilidad significativa y confundir potencialmente los resultados del estudio, por lo que fueron excluidas. Se excluyeron los partos por cesárea y los partos instrumentales, así como las madres con pérdidas perinatales (por ejemplo, mortinatos o muertes neonatales). Por lo tanto, la muestra del estudio estuvo compuesta por madres sanas que tuvieron partos vaginales a término y participaron activamente en el rol materno posparto, lo que permitió analizar la autoeficacia en la lactancia materna, el comportamiento parental y el rol materno en condiciones más homogéneas y comparables.

Universo del estudio, tamaño de la muestra y estrategia de muestreo

La población del estudio incluyó a madres que fueron hospitalizadas en la clínica posparto del hospital y que cumplían con los criterios de la investigación. El tamaño de la muestra se calculó con el programa G*Power-3.1.9.2, considerando una diferencia de una unidad, un poder del 90%, un margen de error de 0,05 y un tamaño del efecto de 0,16, y se determinó que debían incluirse 414 madres⁽²⁶⁾. Las madres que cumplían los criterios de inclusión fueron incluidas en el estudio utilizando el método de muestreo por conveniencia.

Recopilación de datos

La recopilación de datos se llevó a cabo entre septiembre de 2022 y febrero de 2023. Los datos fueron recopilados por los investigadores mediante observación

y entrevistas presenciales, utilizando el formulario de información personal de las madres, la Escala de Conducta Parental Posparto (PPBS), la Escala Yo como Madre (MMS) y la Escala de Autoeficacia en la Lactancia Materna - Forma Resumida (BSES-SF)⁽²⁷⁾. El llenado de los cuatro instrumentos, que incluían un total de 44 preguntas, tomó en promedio de 15 a 20 min. Durante la cumplimentación de los formularios, se atendió cualquier malestar que sintieran las madres, se les proporcionó la atención obstétrica adecuada y se respondieron sus preguntas. Las entrevistas con las madres se realizaron de forma individual, en sus propias habitaciones de la clínica. En primer lugar, se identificó a las mujeres que habían tenido un embarazo planificado y no planificado mediante visitas a las salas de parto. Después del parto, se colocó a la madre y al bebé juntos para permitir el contacto ininterrumpido. Las entrevistas se realizaron durante la primera media hora después del parto. Se observó su comportamiento hacia el bebé y se registraron el PPBS y el MMS. Se permitió a la madre amamantar a su bebé, se completó la escala BSES-SF y se proporcionó atención posparto.

Instrumentos de recolección de datos

Formulario con variables sociodemográficas y obstétricas

El formulario con variables sociodemográficas y obstétricas fue elaborado por los investigadores^(9,28). El formulario incluía 13 preguntas sobre las variables sociodemográficas y obstétricas de las mujeres y otros datos independientes sobre el estudio. Este formulario incluía preguntas sobre algunas características sociodemográficas de las mujeres y sus maridos, tales como edad, nivel educativo, situación profesional, años de matrimonio, tipo de familia, nivel de ingresos, datos sobre el embarazo y el proceso de parto (número de hijos vivos, problemas de salud durante el embarazo, conocimientos sobre el cuidado infantil) y características del bebé (sexo, peso al nacer y situación de lactancia).

Escala de Conducta Parental Posparto (Postpartum Parenting Behavior Scale - PPBS)

La PPBS se desarrolló para evaluar el comportamiento de los padres hacia su bebé durante el primer encuentro con él después del nacimiento⁽²⁹⁾. La escala solo se puede aplicar a los padres en los primeros minutos después del nacimiento. Se verificó la validez y fiabilidad de la escala en turco, y el valor del coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach fue de 0,97⁽³⁰⁾. La escala consta de seis ítems y se evalúa en forma de puntuación binaria,

marcando los ítems como presentes/ausentes. A los comportamientos observados se les asignó un (1) punto y a los no observados, cero (0). La puntuación total de la escala es la suma de los números obtenidos en cada ítem. La puntuación mínima es 0 y la máxima es 6. Una puntuación total más alta indica que el padre tiene comportamientos parentales más positivos hacia su bebé. En este estudio, el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para la PPBS fue de 0,90.

Escala Yo como Madre (Myself as Mother Scale - MMS)

La escala se desarrolló en 1986 y su fiabilidad de consistencia interna se situó entre 0,81 y 0,85⁽³¹⁾. La validez y fiabilidad de la escala en turco se evaluaron en 2003, y el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach fue de 0,73⁽³²⁾. La escala semántica de once ítems y siete puntos consta de 11 pares de adjetivos contrastantes. Estos 11 ítems se distribuyeron entre los 22 pares de adjetivos contrastantes de la escala. Había tres ítems con codificación inversa. Los ítems tercero, séptimo y octavo se evaluaron con una puntuación de «uno» en lugar de «siete». Las puntuaciones totales altas en la escala indican una autoevaluación materna positiva. La puntuación más baja es de 11 puntos y la más alta es de 77 puntos. En este estudio, el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach del MMS fue de 0,88.

Escala de autoeficacia en la lactancia materna - Forma Breve (Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form - BSES-SF)

La BSES-SF se desarrolló en 2003⁽³³⁾. Se ha demostrado su validez y fiabilidad en turco, y el coeficiente alfa de Cronbach de la escala fue de 0,86⁽³⁴⁾. La escala consta de catorce ítems tipo Likert de 5 puntos, todos positivos. La puntuación de la escala varía de 70 a 14. Las puntuaciones altas indican un alto nivel de autoeficacia en la lactancia materna. En este estudio, el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para la BSES-SF se calculó en 0,89.

Ética de la investigación

El comité de ética local aprobó el estudio antes de su realización (autorización ética nº 2022/877). Tras explicar el objetivo y el método del estudio a las madres, se obtuvo el consentimiento informado por escrito de aquellas que aceptaron participar. También se informó a las participantes de que podían abandonar el estudio en cualquier momento sin dar ninguna razón, que su participación era totalmente voluntaria y que sus identidades permanecerían confidenciales. Todos los

procedimientos se llevaron a cabo de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki. La participación en el estudio fue voluntaria y no se ofreció ningún incentivo a las participantes.

Análisis estadístico

Los datos se analizaron con el paquete de programas SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EE. UU.). Dado que los valores de asimetría y curtosis de todas las escalas se encontraban entre -1,50 y +1,50 en el análisis de normalidad, se realizaron pruebas *t* para muestras independientes entre las pruebas paramétricas. Se utilizaron estadísticas descriptivas, como frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar (DE), para resumir las características sociodemográficas y obstétricas de las madres. Para comparar las variables edad, edad del cónyuge y años de matrimonio entre madres con embarazos planificados y no planificados, se realizaron pruebas *t* para muestras independientes. Además, para las variables categóricas relacionadas con las características sociodemográficas y obstétricas, se utilizó la prueba de chi cuadrado de Pearson cuando la frecuencia esperada era superior a 25, y se aplicó la prueba de chi cuadrado con corrección de continuidad de Yates cuando la frecuencia esperada estaba entre 5 y 25. Para comparar las puntuaciones medias de autoeficacia en la lactancia materna, el comportamiento parental y el rol materno entre madres con embarazos planificados y no planificados, también se realizaron pruebas *t* para muestras independientes. Se utilizó el análisis de regresión lineal múltiple para evaluar los efectos del embarazo no planeado en la autoeficacia en la lactancia materna, el comportamiento parental y la función del rol materno. El nivel de significación considerado en la evaluación estadística fue $p < 0,05$.

Resultados

La Tabla 1 presenta la comparación entre madres con embarazos planeados y no planeados en relación con las características sociodemográficas y obstétricas. De las 414 madres que participaron en nuestro estudio, 163 (39,4 %) tuvieron embarazos no planeados. La edad media de las madres era de 29,6 años (DE 5,6) y todas estaban casadas. Las madres cuyos maridos no trabajaban, que tenían bajos ingresos, que tenían familias numerosas, que tenían tres o más hijos, que tuvieron problemas de salud durante el embarazo y que amamantaron a sus bebés tardíamente después del parto (después de 60 minutos) tuvieron embarazos no planeados ($p < 0,05$, Tabla 1).

Tabla 1 - Comparación entre madres con embarazo planeado y no planeado según variables sociodemográficas y obstétricas. Turquía, 2022-2023

Variables	Madres con embarazos planeados n* = 251	Madres con embarazos no planeados n* = 163	t [‡]	Valor de p [§]
	Media (DE) [†]	Media (DE) [†]		
Edad (años), media (DE) [†]	29,4 (5,2)	30 (6,2)	0,950	0,343
Edad del esposo (años), media (DE) [†]	32,6 (5,6)	33,1 (6,3)	0,758	0,449
Años de matrimonio	6,8 (5,1)	7,8 (6,1)	1,788	0,075
	n* (%)	n* (%)	χ ² [¶]	Valor de p [§]
Educación				
Educación primaria	42 (51,9)	39 (48,1)	3,855	0,146
Educación secundaria	107 (60,8)	69 (39,2)		
Licenciatura/Maestría	102 (65)	55 (35)		
Situación laboral				
Ama de casa	160 (62,3)	97(35,7)	0,753	0,385
Trabaja fuera de casa	91 (58)	66 (42)		
Situación laboral del esposo				
Empleado	240 (63,8)	136 (36,2)	17,592	< 0,001
Desempleado	11 (28,9)	27 (71,1)		
Nivel de ingresos				
Bueno	86 (69,4)	38 (30,6)	18,675**	< 0,001
Moderado	157 (62,1)	96 (37,9)		
Mal ^{††}	8 (21,6)	29 (78,4)		
Tipo de familia				
Nuclear	210 (66,9)	104 (33,1)	21,280	< 0,001
Extendida	41 (41)	59 (59)		
Número de hijos vivos				
1	124 (66,7)	62 (33,3)	12,851	0,002
2	99 (61,5)	62 (38,5)		
3 o más ^{††}	28 (41,8)	39 (58,2)		
Tuvo problemas de salud durante el embarazo				
Si	60 (49,2)	62 (50,8)	9,496	0,002
No	191 (65,4)	101 (34,6)		
Recibió información sobre el cuidado infantil				
Si	174 (61,7)	108 (38,3)	0,427	0,513
No	77 (58,3)	55 (41,7)		
Sexo del bebé				
Femenino	132 (65,3)	70 (34,7)	3,679	0,055
Masculino	119 (56,1)	93 (43,9)		
Peso del recién-nacido (g)				
2.500-2.999	51 (51,5)	48 (48,5)	5,296	0,071
3.000-3.499	155 (64,9)	84 (35,1)		
3.500-4.000	45 (59,2)	31 (40,8)		
Situación de lactancia del recién nacido				
Amamantó en los primeros 60 min	202 (65,2)	108 (34,8)	10,624	0,001
Amamantó > 60 min o después	49 (47,1)	55 (52,9)		

*n = Número de muestras; †DE = Desviación estándar; ‡t = Prueba t independiente; §valor de p = Probabilidad de significación; ||% = Porcentaje; ¶χ² = Prueba de chi cuadrado de Pearson; **Prueba de chi cuadrado con corrección de Yates, DE: 1 (5<valor observado< 25); ††El grupo del que se originó la diferencia

La comparación entre madres con embarazos planeados y no planeados, según las puntuaciones medias de autoeficacia en la lactancia materna, el comportamiento parental y el rol materno, se presenta en la Tabla 2. Se

observó que las madres con embarazos no planeados presentaban una menor autoeficacia en la lactancia materna, el comportamiento parental y el rol materno que las madres con embarazos planeados ($p < 0,001$, Tabla 2).

Tabla 2 - Comparación de las puntuaciones medias en cuanto a la autoeficacia en la lactancia materna, el comportamiento parental y el rol materno entre madres con embarazo planeado y no planeado. Turquía, 2022-2023

Medida	Madres con embarazos planeados n* = 251	Madres con embarazos no planeados n* = 163	t [‡]	Valor de p [§]
	Media (DE) [†]	Media (DE) [†]		
BSES-SF	55,1 (9)	50,6 (10)	-4,558	<0,001
PPBS [¶]	5,5 (0,8)	4,9 (1,2)	-5,168	<0,001
MMS ^{**}	86,5 (9)	76,8 (11,4)	-9,132	<0,001

*n = Número de muestras; †DE = Desviación estándar; ‡t = Prueba t independiente; §valor de p = Probabilidad de significación; ||BSES-SF = *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (Escala de autoeficacia en la lactancia materna - Forma Breve); ¶PPBS = *Postpartum Parenting Behavior Scale* (Escala de Conducta Parental Posparto); **MMS = *Myself as Mother Scale* (Escala Yo como Madre)

El análisis de regresión lineal múltiple según el factor del embarazo no planeado que afecta negativamente a la autoeficacia de la lactancia materna, el comportamiento parental y el rol materno se presenta en la Tabla 3. El modelo de regresión para el factor de riesgo del embarazo no planeado que puede afectar a la autoeficacia de la lactancia materna fue significativo ($F=21,681$, $p < 0,001$) y explicó el 4,8 % de la varianza. El modelo de regresión para el factor de riesgo de embarazo no planeado que puede afectar al comportamiento parental materno fue

significativo ($F=31,355$, $p < 0,001$) y explicó el 6,9 % de la varianza. El modelo de regresión para el factor de riesgo de embarazo no planeado que puede afectar al papel materno fue significativo ($F=92,165$, $p < 0,001$) y explicó el 18 % de la varianza (Tabla 3). A la luz de los resultados de nuestro análisis de regresión, el embarazo no planeado se consideró un factor de riesgo que afectaba negativamente a la autoeficacia en la lactancia materna, el comportamiento parental y el rol materno ($p < 0,001$, Tabla 3).

Tabla 3 - Análisis de regresión lineal múltiple para el factor del embarazo no planeado que afecta negativamente a la autoeficacia en la lactancia materna, el comportamiento parental y el rol materno. Turquía, 2022-2023

Variable	B [†]	EE [‡]	$\beta^§$	t	p [¶]	95% IC ^{**}	
						Valor Bajo	Valor Alto
						BSES-SF*	
Embarazo no planeado	4,439	0,953	0,224	4,656	< 0,001	2,565	6,313
n ^{††} = 414; R ^{2††} = 0,050; R ² ajustado = 0,048, Durbin-Watson=1,357							
PPBS^{§§}							
Embarazo no planeado	0,572	0,102	0,267	5,627	< 0,001	0,372	0,772
n ^{††} = 414; R ^{2††} = 0,071; R ² ajustado = 0,069, Durbin-Watson=1,720							
MMS							
Embarazo no planeado	9,737	1,014	0,428	9,600	<0,001	7,743	
n ^{††} = 414; R ^{2††} = 0,183; R ² ajustado = 0,181, Durbin-Watson=1,878							

*BSES-SF = Escala de Autoeficacia en la Lactancia Materna - Forma Breve; †B = El valor que muestra cuánto cambiará la variable dependiente cuando la variable independiente aumente en 1 unidad; ‡EE = Error Estándar; § β = Coeficiente de regresión; ||t = Prueba t independiente; ¶valor de p = Probabilidad de significación; **IC = Intervalo de Confianza; ††n = número de muestras; ††R² = Coeficiente de determinación; §§PPBS = Escala de Conducta Parental Posparto; ||||MMS = Escala Yo como Madre

Discusión

En este estudio, encontramos que el 39,4 % de las madres tuvieron un embarazo no planeado. La prevalencia de los embarazos no planeados muestra diferencias regionales notables en algunos estudios realizados en todo el mundo. Entre las 5.110 mujeres incluidas en una investigación realizada en Brasil, el 68,1% informó haber tenido embarazos no planeados, mientras que, en Etiopía, el 31% de las 3.894 mujeres embarazadas informó haber tenido embarazos no planeados⁽³⁵⁻³⁶⁾. En Turquía, según datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de Turquía (*Turkish Demographic and Health Survey, TDHS*), la tasa de embarazos no deseados se reportó en un 26%⁽⁶⁾. En este estudio, la prevalencia ligeramente mayor de embarazos no planeados, en comparación con los resultados del TDHS, puede atribuirse a diferencias regionales y socioculturales. Además, se observó que las mujeres cuyos maridos estaban desempleados, las que tenían una percepción baja de los ingresos, las que vivían en familias extensas y las que tenían tres o más hijos presentaban tasas más altas de embarazos no planeados. En un estudio realizado en la India, en el que se investigaron los determinantes de los embarazos no deseados, la prevalencia fue del 11,1% entre las familias más pobres y del 7% entre las familias ricas, del 14 % entre las madres con tres o más hijos y del 3,8% entre las madres con un solo hijo, y del 10,4% en familias con más de ocho miembros en el núcleo familiar, lo que indica tasas relativamente altas⁽³⁷⁾. Los resultados de estos estudios realizados en diferentes países indican que las características demográficas de las mujeres que tienen embarazos no planeados son muy similares.

En el presente estudio, las madres con embarazos no planeados mostraron una autoeficacia en la lactancia significativamente menor que aquellas con embarazos planeados. Además, según nuestro análisis de regresión, tener un embarazo no planeado fue un factor de riesgo negativo que afectó la autoeficacia de las madres en la lactancia materna. Se ha informado que las madres que tuvieron un embarazo no planeado y no amamantaron en la primera hora destetaron a sus bebés más temprano⁽¹⁴⁾. Además, las mujeres con embarazos no planeados tuvieron problemas para amamantar a sus bebés después del nacimiento⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Se ha informado que las madres con embarazos no planeados comenzaron a amamantar a sus bebés más tarde que las madres con embarazos planeados y que, en estos casos, la duración de la lactancia materna fue menor⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Teniendo en cuenta los beneficios de la leche materna tanto para la madre como para el bebé, se ha informado de que la entrevista motivacional tiene un efecto significativamente positivo

en el aumento de la autoeficacia y en el mantenimiento de la lactancia materna⁽³⁸⁾.

De acuerdo con los resultados del análisis de regresión, se constató que los comportamientos parentales de las madres con embarazos no planeados se vieron afectados negativamente y que sus comportamientos parentales eran inadecuados. Además, en este estudio se observó que, en las mujeres con embarazos no planeados, en comparación con las mujeres con embarazos planeados: sus maridos estaban desempleados, tenían bajos ingresos, tenían una familia numerosa (tres o más hijos), tuvieron problemas de salud durante el embarazo y amamantaron a sus bebés tardíamente después del nacimiento. En estudios similares, se ha informado que la interacción entre las mujeres que quedan embarazadas sin haberlo planeado y sus bebés es menos satisfactoria que la de las mujeres que quedan embarazadas habiéndolo planeado, y que el nivel educativo, los ingresos familiares percibidos, el número de embarazos y los métodos que fortalecen los lazos entre la familia y el bebé afectan la interacción entre la madre y el bebé^(13,15,24). Otro estudio informó que el estado de planificación del embarazo afectó la puntuación del comportamiento parental, y las mujeres que planearon sus embarazos obtuvieron puntuaciones altas en el comportamiento parental, es decir, demostraron comportamientos parentales positivos hacia sus bebés⁽²⁷⁾. Otro estudio mostró que el embarazo no planeado se asociaba con un mayor riesgo de malos resultados en la relación padre-hijo⁽³⁹⁾.

En este estudio, se observó que el papel materno de las madres con embarazos no planeados era significativamente menor que el de las madres con embarazos planeados, y que los embarazos no planeados eran un factor de riesgo negativo para el papel materno de las mujeres. Las mujeres que atraviesan un embarazo no planeado están expuestas a problemas como el aumento de los problemas mentales y emocionales durante el embarazo y después del parto, lo que compromete la interacción positiva entre la madre y el bebé y la adquisición del papel materno^(8,12,24). Los programas de capacitación sobre el papel de la maternidad pueden ser útiles para las madres con embarazos no planeados o las madres que rechazan el papel de madre. Capacitar a las madres para que cuiden de sí mismas y de sus bebés ha demostrado ser eficaz para reducir la ansiedad de las madres y aumentar su sentido de competencia⁽⁴⁰⁾.

Basándose en los resultados obtenidos en este estudio, se recomienda que las parteras y enfermeras proporcionen el asesoramiento necesario a las mujeres y sus parejas sobre la planificación del embarazo, con el fin de ayudarles a tener hijos en el momento deseado y en el número que puedan cuidar. Es importante que

las parteras y enfermeras identifiquen a las mujeres con embarazos no deseados en la etapa más temprana, averigüen cuáles son sus necesidades y, en particular, apoyen la adaptación a la maternidad y la autoeficacia en la lactancia materna de estas mujeres. Además, se recomienda que las parteras y enfermeras dediquen más tiempo y ofrezcan apoyo a las mujeres cuyos maridos están desempleados, aquellas con bajos niveles de ingresos percibidos, aquellas con un número elevado de hijos, aquellas que han tenido problemas de salud durante el embarazo y aquellas que tardan en iniciar la lactancia o se muestran reacias a amamantar. Además, las parteras deben elaborar intervenciones educativas destinadas a desarrollar habilidades cognitivas, resolución de problemas y entrenamiento en autoeficacia para ayudar a las madres con embarazos no planeados a adquirir las habilidades necesarias para superar los retos relacionados con la lactancia materna, el comportamiento parental y el papel materno.

Este estudio abarcó una amplia población de madres en el periodo posparto inicial y observó la prevalencia de embarazos no planeados. Además, al identificar las diferencias entre las características de las mujeres con embarazos planeados y no planeados, se destaca, hasta donde sabemos, como el primer estudio en Turquía que evalúa el comportamiento parental, el papel materno y la autoeficacia en la lactancia materna que muestran estas madres durante el primer contacto con sus bebés recién nacidos.

Dado que las participantes fueron reclutadas en un solo hospital, los resultados no pueden generalizarse a todo el país; sin embargo, dado que el hospital es uno de los más grandes de la provincia en la que se encuentra y muchas mujeres embarazadas y madres de provincias y distritos vecinos acuden a la maternidad, nuestros resultados pueden generalizarse a nivel provincial. Además, el elevado número de mujeres procedentes de pueblos y ciudades vecinas que acuden al hospital para dar a luz puede haber influido en los resultados a través de características sociodemográficas, como la raza/etnia y el estatus socioeconómico. Además, dado que se informó a las mujeres sobre el estudio y se les preguntó si deseaban participar durante el período posparto temprano en el entorno hospitalario, esta circunstancia puede haber influido positivamente en los comportamientos que mostraron hacia sus bebés.

Conclusiones

En este estudio, el 39,4% de las madres tuvieron embarazos no planeados. Se observó que las madres con embarazos no planeados presentaban una autoestima

significativamente más baja en relación con la lactancia materna, el comportamiento parental y el rol materno que las madres con embarazos planeados. Según el análisis de regresión, el embarazo no planeado es un factor de riesgo que afecta negativamente la autoestima de las madres en relación con la lactancia materna, el comportamiento parental y el rol materno. Es importante que las parteras y enfermeras identifiquen a las mujeres con embarazos no planeados lo antes posible, determinen sus necesidades y, especialmente, apoyen la autoeficacia en la lactancia materna, la adaptación a la crianza y el papel materno de las mujeres que quedaron embarazadas involuntariamente.

Agradecimientos

Los autores agradecen a todos los participantes por formar parte de este estudio.

Referencias

1. Bearak JM, Alkema L, Kantorová V, Casterline J. Alignment between desires and outcomes among women wanting to avoid pregnancy: a global comparative study of "conditional" unintended pregnancy rates. *Stud Fam Plann.* 2023;54(1):265-80. <https://doi.org/10.1111/sifp.12234>
2. United Nations Population Fund. Seeing the unseen. The case for action in the neglected crisis of unintended pregnancy [Homepage]. New York, NY: UNFPA; 2022 [cited 2025 Jan 02]. Available from: <https://www.unfpa.org/swp2022>
3. Gelaw KA, Atalay YA, Gebeyehu NA. Unintended pregnancy and contraceptive use among women in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *Contracept Reprod Med.* 2023;8:55. <https://doi.org/10.1186/s40834-023-00255-7>
4. Coulson J, Sharma V, Wen H. Understanding the global dynamics of continuing unmet need for family planning and unintended pregnancy. *China Popul Dev Stud.* 2023;7(1):1-14. <https://doi.org/10.1007/s42379-023-00130-7>
5. Shankar M, Hooker L, Edvardsson K, Norman WV, Taft AJ. The prevalence and variations in unintended pregnancy by socio-demographic and health-related factors in a population-based cohort of young Australian women. *Aust N Z J Public Health.* 2023;47(3):100046. <https://doi.org/10.1016/j.anzjph.2023.100046>
6. Ayamolowo LB, Ayamolowo SJ, Adelakun DO, Adesoji BA. Factors influencing unintended pregnancy and abortion among unmarried young people in Nigeria: a scoping review. *BMC Public Health.* 2024;24:1494. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19005-8>

7. Türk BÖ, Özcan B. Comparison of postpartum depression and maternal attachment between planned and unplanned pregnancies. *J Gynecol Obstet Health Sci [Internet]*. 2025 [cited 2024 Dec 10];7(1):126-34. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/3843193>
8. Barbuscia A, Pailhé A, Solaz A. Unplanned births and their effects on maternal health: findings from the Constances cohort. *Soc Sci Med*. 2024;361:117350. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117350>
9. Yong MQY, Yeo Y, Shorey S. Factors affecting unintended pregnancy resolution from the perspectives of pregnant women and people: a systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*. 2023;127:103866. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103866>
10. Lecumberri AR, Gelabert E, Giménez AT, Solé E, Andrés-Perpiñá S, Roda E, et al. Unplanned pregnancy in women with mental disorder. *Eur Psychiatry*. 2022;65(S1):S331-S332. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.844>
11. Şahin E, Yazıcı S, Yurtsev E. The impact of unplanned pregnancy on prenatal attachment and subjective happiness. *J Midwifery Health Sci*. 2025;8(1):59-66. <https://doi.org/10.62425/esbder.1596451>
12. Ohashi Y, Takegata M, Takeda S, Hada A, Usui Y, Kitamura T. Is your pregnancy unwanted or unhappy? Psychological correlates of a cluster of pregnant women who need professional care. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(15):2196. <https://doi.org/10.3390/healthcare11152196>
13. Turke KC, Santos LR, Matsumura LS, Sarni ROS. Risk factors for the lack of adherence to breastfeeding. *Rev Assoc Med Bras*. 2021;67(1):107-14. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.67.01.20200510>
14. Ticona DM, Huanco D, Ticona-Rendón MB. Impact of unplanned pregnancy on neonatal outcomes: findings of new high-risk newborns in Peru. *Int Health*. 2024;16(1):52-60. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihad018>
15. Hobby E, Mark ND, Gemmill A, Cowan SK. Pregnancy intentions' relationship with infant, pregnancy, maternal, and early childhood outcomes: evidence from births in Alaska, Missouri, and Oklahoma. *Perspect Sex Reprod Health*. 2023;55(1):62-76. <https://doi.org/10.1363/psrh.12222>
16. Conceição SPD, Fernandes RAQ. Influence of unintended pregnancy on breastfeeding duration. *Esc Anna Nery*. 2015;19(4):600-5. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150080>
17. Maghalian M, Nikanfar R, Nabighadim M, Mirghafourvand M. Comparison of maternal-fetal attachment, anxiety, depression, and intimate partner violence in Iranian women with intended and unintended pregnancy: a cross-sectional study. *BMC Psychol*. 2024;12:345. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01847-x>
18. Mahmoudi P, Elyasi F, Nadi A, Shirvani MA. The effect of maternal-foetal attachment-based training programme on maternal mental health following an unintended pregnancy. *J Reprod Infant Psychol*. 2023;41(1):26-42. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1959538>
19. Cataudella S, Lampis J, Busonera A, Congia F, Melis GB, Zavattini GC. From pregnancy to 3 months after birth: the beginning of mother-infant relationship from a maternal perspective. *J Reprod Infant Psychol*. 2022;40(3):266-87. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1995597>
20. Seppälä T, Riikonen R, PaaJanen P, Stevenson C, Finell E. Development of first-time mothers' sense of shared identity and integration with other mothers in their neighbourhood. *J Community Appl Soc Psychol*. 2022;32(4):692-705. <https://doi.org/10.1002/casp.2592>
21. Rafii F, Alinejad-Naeini M, Peyrovi H. Maternal role attainment in mothers with term neonate: a hybrid concept analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2020;25(4):304-10. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_201_19
22. Frese BJ, Nguyen MHT. The evolution of maternal role attainment: a theory analysis. *Adv Nurs Sci*. 2022;45(4):323-34. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000422>
23. Shirzad T, Yazdkhasti M, Rahimzadeh M, Salehi L, Saeieh SE. The relationship between pregnancy intention, pregnancy outcomes, postpartum depression, and maternal role adaptation. *J Holist Nurs Midwifery*. 2022;32(2):152-60. <https://doi.org/10.32598/jhnm.32.2.2200>
24. Jang M, Molino AR, Ribeiro MV, Mariano M, Martins SS, Caetano SC, et al. Maternal pregnancy intention and developmental outcomes in Brazilian preschool-aged children. *J Dev Behav Pediatr*. 2021;42(9):e15-e23. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000951>
25. Hacettepe University, Institute of Population Studies (TR). Turkey Demographic and Health Survey 2018 [Internet]. Ankara: Hacettepe University; 2019 [cited 2024 Nov 20]. Available from: https://hips.hacettepe.edu.tr/en/2018_turkey_demographic_and_health_survey-198
26. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175-91. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
27. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet*. 2007;370(9596):1453-7. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61602-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61602-X)

28. Büyüksarı ST, Çalışır HÇ. Effects of unplanned pregnancies on maternal behavior in the early postpartum period. *J Adnan Menderes Univ Health Sci Fac.* 2021;5(1):37-50. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.707683>
29. Britton HL, Gronwaldt V, Britton JR. Maternal postpartum behaviors and mother-infant relationship during the first year of life. *J Pediatr.* 2001;138(6):905-9. <https://doi.org/10.1067/mpd.2001.113358>
30. Çalışır H, Karaçam Z. Factors associated with parenting behavior of mothers in the early postpartum period in Turkey. *Nurs Health Sci.* 2011;13(4):488-94. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00646.x>
31. Walker LO, Crain H, Thompson E. Mothering behavior and maternal role attainment during the postpartum period. *Nurs Res.* 1986;35(6):352-5. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00010>
32. Çalışır H. The examination of the factors that affect the maternal role attainment of first-time mothers [Dissertation]. Izmir: Ege University; 2003 [cited 2024 Dec 01]. Available from: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=5mEzSm6bJwS0sc-DErjF_w&no=eVXAHLHmOdyuN6YhSS74A
33. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003;32(6):734-44. <https://doi.org/10.1177/0884217503258459>
34. Tokat MA, Okumus H, Dennis CL. Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale-Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery.* 2010;26(1):101-8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.04.002>
35. Costa ACM, Oliveira BLCA, Britto e Alves MTSS. Prevalence and factors associated with unplanned pregnancy in a Brazilian capital in the Northeast. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2021;21(2):461-71. <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000200007>
36. Zeru MA. Prevalence of unplanned pregnancy and associated risk factors among pregnant women in Ethiopia. *J Biostat Epidemiol.* 2021;7(4):392-402. <https://doi.org/10.18502/jbe.v7i4.10397>
37. Singh A, Chakrabarty M, Singh A, Singh S, Chandra R, Tripathi P. Spatial heterogeneity in unintended pregnancy and its determinants in India. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2024;24:670. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06850-z>
38. Narooe H, Rakhshkhorshid M, Shakiba M, Navidian A. The effect of motivational interviewing on self-efficacy and continuation of exclusive breastfeeding rates: a quasi-experimental study. *Breastfeed Med.* 2020;15(8):522-7. <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.0252>
39. Claridge AM. Pregnancy intentions of first-time mothers and their children's outcomes: unraveling reciprocal pathways. *J Marriage Fam.* 2021;83(4):942-60. <https://doi.org/10.1111/jomf.12757>
40. Thabet HA, Eid MFH, Dawoud SESM, Almakarem ASA, Sweelam RKM, Ahmed SI. Effect of awareness program regarding motherhood preparation on first-time mothers' knowledge, practices, and emotional status. *Egypt J Health Care [Internet].* 2024 [cited 2025 Jan 4];15(1):103-22. Available from: <https://scispace.com/pdf/effect-of-awareness-program-regarding-motherhood-preparation-3fbzy7any4.pdf>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Seyhan Çankaya, Bihter Akın, Yasemin Erkal Aksoy. **Obtención de datos:** Seyhan Çankaya. **Análisis e interpretación de los datos:** Seyhan Çankaya, Yasemin Erkal Aksoy. **Análisis estadístico:** Seyhan Çankaya, Bihter Akın, Yasemin Erkal Aksoy. **Redacción del manuscrito:** Seyhan Çankaya, Bihter Akın. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Seyhan Çankaya, Bihter Akın, Yasemin Erkal Aksoy.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.


Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Declaración de Disponibilidad de Datos

Los conjuntos de datos relacionados con este artículo estarán disponibles previa solicitud al autor correspondiente.

Recibido: 15.01.2025
Aceptado: 23.08.2025

Editora Asociada:
Andrea Bernardes

Autora de correspondencia:
Seyhan Çankaya
E-mail: seyhane32@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0003-0433-2515>

Copyright © 2026 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.