

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Obstetricia y Puericultura**  
**Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura**



**Relación entre el nivel de autoeficacia y las actitudes hacia la sexualidad  
durante el embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano  
Melgar, Arequipa - 2024**

Tesis presentada por las Bachilleres:

**Minaya Coaquira, Caroll Nickoll**

**ORCID: 0009-0004-3422-5766**

**Rivera Oviedo, Nelly Roxana**

**ORCID: 0009-0003-3738-3674**

para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

Asesora:

**Mag. Medina Luque, Maria Rosario**

**ORCID: 0000-0002-8112-1490**

Arequipa – Perú

2026

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**

**TITULACIÓN CON TESIS**

**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 29 de Octubre del 2025

**Dictamen: 014337-C-EPOYP-2025**

Visto el borrador del expediente 014337, presentado por:

**2012222802 - RIVERA OVIEDO NELLY ROXANA**

**2015250662 - MINAYA COAQUIRA CAROLL NICKOLL**

Titulado:

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE AUTOEFICACIA Y LAS ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD  
DURANTE EL EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARIANO  
MELGAR, AREQUIPA - 2024**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

**LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**29528535 - ARENCIO HEREDIA MARCELINA LOURDES  
DICTAMINADOR**



**29380862 - SOTOMAYOR MARTINEZ VICTORIA AURORA  
DICTAMINADOR**



**29697884 - OVIEDO TEJADA VERONICA FLORENCIA  
DICTAMINADOR**



# Relación entre el nivel de autoeficacia y las actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa - 2024

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	4%
2	repositorio.autonoma.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%
7	riubu.ubu.es:8080 Fuente de Internet	<1%
8	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	<1%
9	pmc.ncbi.nlm.nih.gov Fuente de Internet	<1%
10	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	<1%
11	Submitted to Universidad Católica San Pablo Trabajo del estudiante	<1%
12	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1%
13	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
14	repositorio.upn.edu.pe Fuente de Internet	<1%

## DEDICATORIA

*Primero agradecer a Dios por guiarme, brindarme sabiduría, paciencia y permitirme haber llegado a este momento tan importante en mi vida profesional. A mis adorados padres Nerida y Oscar. Por guiarme en cada uno de mis pasos, su comprensión y amor incondicional A mi pareja y mi pequeño hijo, son mi fuente de motivación para seguir luchando por mis metas. Mis grandes amiga Maryory y Karen, que siempre estuvieron alentándome desde que comenzamos la profesión.*

***Caroll Nickoll Minaya Coaquira***

*Agradezco a Dios por darnos la sabiduría y por brindarnos realizar este proyecto en bien de la comunidad educativa y permitirme haber llegado a este momento tan importante en mi vida profesional. Agradezco a mi padre Modesto y a mi querida madre Virginia ya que no tengo las palabras suficientes para expresar mi gratitud por su apoyo incondicional y por ser mi mayor motivación para alcanzar esta meta, a mi querida hermana Karen que estuvo a mi lado siempre apoyándome incondicionalmente, a Juber por estar en cada etapa de mi carrera, ya que gracias a su amor y paciencia pude lograr mis metas y sobre todo a mí misma por nunca rendirme y siempre levantarme a pesar de las dificultades que eh tenido en la etapa de mi vida profesional.*

***Nelly Roxana Rivera Oviedo***

## AGRADECIMIENTOS

*Agradezco a Dios por darnos la sabiduría para realizar este proyecto en bien de la comunidad educativa y permitirme haber llegado a este momento tan importante en mi vida profesional. Agradezco a mis padres ya que no tengo las palabras suficientes para expresar mi gratitud por su apoyo incondicional y por ser mi mayor motivación para alcanzar esta meta y sobre todo a mí misma, por nunca rendirme y siempre levantarme a pesar de las dificultades que eh tenido en la etapa de mi vida profesional.*

***Nelly Roxana Rivera Oviedo***

*Agradezco a Dios y a la Virgen por permitirme llegar hasta estas instancias, por darme la fuerza, la sabiduría, para culminar exitosamente mi profesión. Agradezco a mis padres Nerida y Oscar, por todo el apoyo incondicional durante mi carrera profesional, por ser mi fortaleza, por sus sabias palabras y sus enseñanzas, A mi pequeño Salvador que fue mi gran motivación para cumplir una de mis metas, a mi pareja que fue mi apoyo emocional en cada etapa de mi profesión. Sobre todo, a mí misma porque a pesar de las dificultades, pude sobresalir de la mano de Dios.*

***Caroll Nickoll Minaya Coaquira***

## RESUMEN

Se realizó un estudio de campo de diseño descriptivo, relacional y transversal que tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de autoeficacia y las actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2024. La técnica empleada fue la encuesta, los instrumentos utilizados fueron la Escala de autoeficacia general, el Inventario de actitudes sexuales de Eysenck y la Ficha de recolección de datos. La muestra de estudio estuvo conformada por 100 gestantes que cumplieron los criterios de selección. Resultados: El nivel de autoeficacia de las gestantes atendidas fue promedio en el 6% de gestantes; las actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo de las gestantes fueron ligeramente favorables en 37% de casos, así como moderadamente favorables en el 36%. Se ha demostrado que existe relación altamente significativa entre el nivel de autoeficacia y las actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, ( $p = ,000$ ), resultado que ha permitido comprobar la hipótesis del estudio.

**Palabras clave:** Autoeficacia, actitudes, sexualidad.



## ABSTRACT

A field study with a descriptive, relational and cross-sectional design was carried out with the objective of determining the relationship between the level of self-efficacy and attitudes towards sexuality during pregnancy in pregnant women treated at the Mariano Melgar Health Center, Arequipa 2024. The technique used was the survey, the instruments used were the General Self-Efficacy Scale, the Eysenck Inventory of Sexual Attitudes and the Data Collection Form. The study sample consisted of 100 pregnant women who met the selection criteria. Results: The level of self-efficacy of the pregnant women treated was average in 6% of pregnant women; the attitudes towards sexuality during pregnancy of the pregnant women were slightly favorable in 37% of cases, as well as moderately favorable in 36%. A highly significant relationship has been shown between the level of self-efficacy and attitudes towards sexuality during pregnancy in pregnant women treated at the Mariano Melgar Health Center ( $p = .000$ ), a result that has allowed the hypothesis of the study to be confirmed.

**Keywords:** self-efficacy, attitudes, sexuality.



## ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN ..... 1

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO..... 3

1. Problema de investigación ..... 4

1.1. Enunciado del problema ..... 4

1.2. Descripción del problema..... 4

1.2.1. Área de intervención de conocimiento..... 4

1.2.2. Operacionalización de variables..... 4

1.2.3. Interrogantes básicas ..... 6

1.2.4. Tipo de investigación ..... 6

1.3. Justificación ..... 6

2. Objetivos ..... 7

3. Marco teórico ..... 8

3.1. Marco conceptual ..... 8

3.1.1. Autoeficacia ..... 8

3.1.2. Actitudes..... 13

3.1.3. Sexualidad ..... 19

3.2. Antecedentes investigativos ..... 26

3.2.1. Internacionales ..... 26

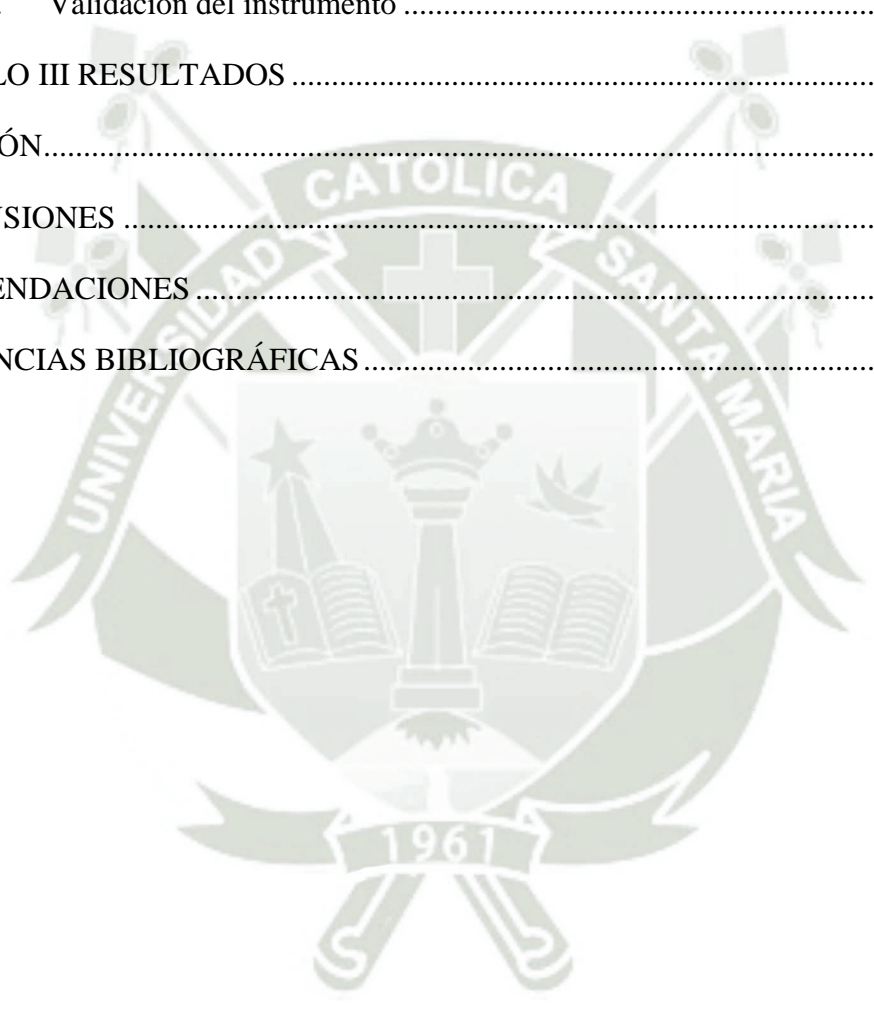
3.2.2. Nacionales ..... 31

3.2.3. Locales ..... 34

4. Hipótesis ..... 35

CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....	36
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación .....	37
1.1. Técnicas .....	37
1.2. Instrumentos .....	37
1.2.1. Escala de autoeficacia general.....	37
1.2.2. Cuadro de coherencia .....	38
1.3. Materiales .....	39
2. Campo de verificación .....	39
2.1. Ubicación espacial.....	39
2.1.1. Precisión del lugar.....	39
2.1.2. Caracterización del lugar.....	39
2.1.3. Delimitación gráfica del lugar.....	40
2.2. Ubicación temporal.....	40
2.2.1. Cronología.....	40
2.2.2. Visión temporal.....	40
2.2.3. Corte temporal.....	40
2.3. Unidades de estudio.....	40
2.3.1. Universo cuantitativo .....	40
2.3.2. Muestra.....	40
2.3.3. Consentimiento informado.....	41
3. Estrategia de recolección de datos .....	41
3.1. Organización.....	41
3.1.1. Autorización .....	41
3.2. Recursos.....	42
3.2.1. Humanos.....	42
3.2.2. Institucionales.....	42

3.2.3. Financieros .....	42
4. Criterios para el manejo de los resultados .....	42
4.1. A nivel de sistematización de datos.....	42
4.1.1. Tipo de sistematización.....	42
4.1.2. Análisis estadístico.....	43
4.1.3. Validación del instrumento .....	43
CAPÍTULO III RESULTADOS .....	44
DISCUSIÓN.....	70
CONCLUSIONES .....	74
RECOMENDACIONES .....	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76

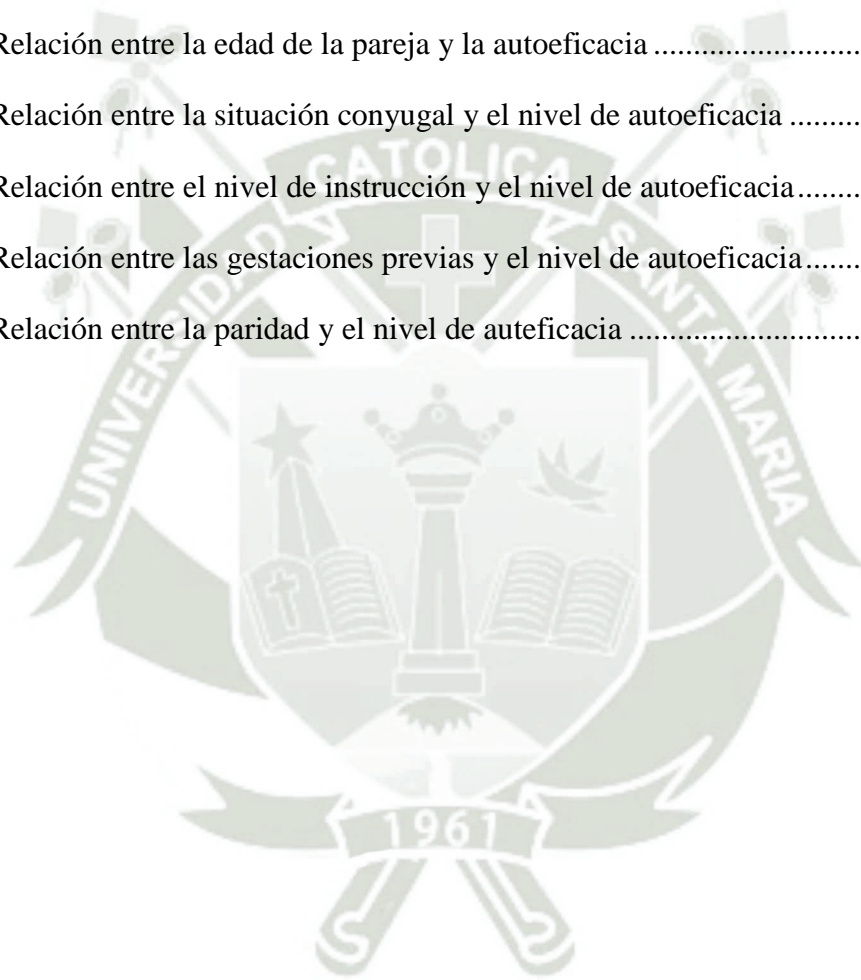


## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables .....	4
Tabla 2 Cuadro de coherencia.....	38
Tabla 3 Gestantes según nivel de autoeficacia. Centro de Salud Mariano Melgar. 2024 .....	45
Tabla 4 Gestantes según actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo. Centro de salud mariano melgar. 2024.....	47
Tabla 5 Relación entre el nivel de autoeficacia y las actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo en gestantes. Centro de Salud Mariano Melgar. 2024. ....	49
Tabla 6 Relación entre la edad de la gestante y el nivel de autoeficacia. Centro de salud mariano melgar. 2024.....	52
Tabla 7 Relación entre la edad de la pareja y el nivel de autoeficacia. Centro de salud mariano melgar. 2024.....	55
Tabla 8 Relación entre la situación conyugal y el nivel de autoeficacia. Centro de Salud Mariano Melgar. 2024 .....	58
Tabla 9 Relación entre el nivel de instrucción y el nivel de autoeficacia. Centro de Salud Mariano Melgar. 2024 .....	61
Tabla 10 Relación entre las gestaciones previas y el nivel de autoeficacia. Centro de Salud Mariano Melgar. 2024 .....	64
Tabla 11 Relación entre la paridad y el nivel de autoeficacia. Centro de Salud Mariano Melgar. 2024 .....	67

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Gestantes según nivel de autoeficacia .....	46
Figura 2 Gestantes según actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo .....	48
Figura 3 Relación entre el nivel de autoeficacia y las actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo .....	50
Figura 4 Relación entre la edad de la gestante y el nivel de autoeficacia .....	53
Figura 5 Relación entre la edad de la pareja y la autoeficacia .....	56
Figura 6 Relación entre la situación conyugal y el nivel de autoeficacia .....	59
Figura 7 Relación entre el nivel de instrucción y el nivel de autoeficacia.....	62
Figura 8 Relación entre las gestaciones previas y el nivel de autoeficacia.....	65
Figura 9 Relación entre la paridad y el nivel de auteficacia .....	68



## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado .....	81
Anexo 2 Escala de Autoeficacia General .....	82
Anexo 3 Inventario de Actitudes Sexuales de Eysenck .....	84
Anexo 4 Ficha de recolección de datos .....	86
Anexo 5 Matriz de datos .....	87



## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud, citada por Maiellano (1) concibe la sexualidad como un elemento esencial de la vida humana que integra dimensiones como el sexo, la identidad y el rol de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Esta se manifiesta a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. No obstante, durante el embarazo es posible que algunos de estos componentes se vean alterados. Además, la vivencia de la sexualidad se encuentra condicionada por la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Por su parte, Munares, Oscar; Alvarado, Flor de María (2) señalan que diversos elementos pueden incidir en la manera en que se experimenta la sexualidad durante la gestación. Entre ellos destacan las variaciones en la percepción de la imagen corporal, la disminución de la energía, la presencia de síntomas fisiológicos y molestias físicas, los procesos de adaptación a nuevas funciones sociales, la calidad de la relación de pareja, los cambios emocionales y los riesgos asociados al embarazo, como antecedentes de aborto o amenazas del mismo. Todos estos aspectos pueden influir tanto en la mujer embarazada como en su pareja.

La gestación, es un período crítico para el desarrollo de la sexualidad, que implica algo más que simplemente poder mantener relaciones sexuales sin protección y los riesgos asociados. Aunque es importante comprender estos riesgos, una perspectiva afirmativa o basada en fortalezas promueve un desarrollo sexual saludable que enseña a las parejas cómo interpretar y abordar sus necesidades físicas y emocionales durante los intensos cambios físicos, psicoemocionales, sociales y adaptativos que se producen durante el período de la gestación. A medida que el embarazo evoluciona, las necesidades sexuales de las mujeres van cambiando a lo largo del tiempo y también necesitan información y habilidades para entablar relaciones autónomas, respetuosas, protegidas y placenteras. Aunque el desarrollo sexual es una experiencia humana compartida, las formas en que se informan el proceso y las competencias resultantes dependen del género y los contextos socioculturales de los individuos. De hecho, la sexualidad durante el embarazo sigue estando asociada a una serie de tabúes, mitos y miedos en muchas sociedades, pero, sin embargo, muchos de ellos tienen asidero científico que suele ser desconocido por la mayoría de las mujeres (3).

Según Molero, F (4) la sexualidad de la pareja durante el embarazo sufre una serie de cambios, y aunque pareciera no existir durante el embarazo, es un tema del cual no se habla ni se informa durante las consultas con los profesionales de la salud y esto muchas veces produce ansiedad e incertidumbre porque las mujeres parecen tener reparos para buscar informarse y disipar sus inquietudes

En tal sentido, la literatura científica menciona que existen una serie de variables que influyen en las actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo, siendo una de las más importantes la autoeficacia, la misma que es definida por Bandura, citado por Aldazabal (5) como la creencia que tiene la persona sobre su propia capacidad para ejercer el control en diferentes situaciones que afectan su vida.

En el Centro de Salud Mariano Melgar, se atienden gestantes que en la mayoría de casos cursan con embarazos de evolución normal, sin embargo, al preguntarles acerca de la vivencia de la sexualidad durante esta etapa, la mayoría de ellas afirman que desde el inicio del embarazo han cambiado su patrón habitual de comportamiento sexual, la frecuencia de las relaciones, la satisfacción con las mismas, e incluso mujeres que cursan el tercer trimestre refieren que la sexualidad está “prohibida” durante la gestación porque puede dañar al feto, además de otras creencias sin fundamento a razón de lo cual, las mujeres parecen tener actitudes inadecuadas respecto a la sexualidad, siendo estas las razones que motivaron el interés personal para el desarrollo de la presente investigación. El estudio fue realizado con una muestra de 100 gestantes atendidas en el Centro de Salud y que cumplieron los criterios de inclusión.

El estudio se estructura en varios capítulos. El primero corresponde al planteamiento teórico, en el cual se expone el problema de investigación, las variables, las preguntas orientadoras, la justificación, los objetivos, el marco teórico, los antecedentes y la hipótesis. El segundo capítulo desarrolla el planteamiento operacional, que abarca las técnicas y los instrumentos utilizados, el campo de verificación, la definición del universo y la muestra, así como la estrategia de recolección de datos y los recursos empleados. En el tercer capítulo se presentan y analizan los resultados, seguidos de las conclusiones y recomendaciones. Finalmente, se incorporan las referencias bibliográficas y los anexos pertinentes.



# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## 1. Problema de investigación

### 1.1. Enunciado del problema

Relación entre el nivel de autoeficacia y las actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2024.

### 1.2. Descripción del problema

#### 1.2.1. Área de intervención de conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud.
- Área específica: Obstetricia y Puericultura.
- Especialidad: Obstetricia.
- Línea: Salud sexual y reproductiva.

#### 1.2.2. Operacionalización de variables

**Tabla 1**  
**Operacionalización de variables**

VARIABLES	INDICADOR	SUBINDICADOR
<b>Variable Independiente:</b> <b>Nivel de autoeficacia</b>	Percepción sobre el nivel de dificultad para poder realizarla	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoeficacia baja: 10 – 24 puntos</li> <li>• Autoeficacia promedio: 25 – 33 puntos</li> <li>• Autoeficacia alta: 34 – 40 puntos</li> </ul>
	Confianza para superar dificultades	
	Transferencia de logros previos	
<b>Variable dependiente:</b> <b>Actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo</b>	Permisibilidad en su conducta sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud desfavorable: 0 – 15 puntos</li> <li>• Actitud ligeramente favorable: 16 – 21 puntos</li> <li>• Actitud moderadamente favorable: 22 – 29 puntos</li> <li>• Actitud favorable: 30 – 45 puntos</li> </ul>
	Flexibilidad en sus creencias sobre la sexualidad	
	Rechazo o pudor sexual	
	Conducta conservadora	
	Disfrute sexual	
	Conducta sexual ocasional	

Los datos sociodemográficos que se incluyeron a efectos de poder describir las características generales de la población de estudio fueron los siguientes:

<p><b>Variables intervinientes:</b> Datos sociodemográficos</p>	Edad de la gestante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 20</li> <li>• 20 – 30</li> <li>• 31 – 40</li> <li>• 41 a más</li> </ul>
	Edad de la pareja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 20</li> <li>• 21 – 25</li> <li>• 26 – 59</li> <li>• 60 a más</li> </ul>
	Situación conyugal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera</li> <li>• Casada</li> <li>• Conviviente</li> <li>• Separada</li> </ul>
	Nivel de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior</li> </ul>
	Gestaciones previas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
	Paridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nulípara</li> <li>• Primípara</li> <li>• Multípara</li> </ul>
	Trimestre de la gestación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primer trimestre</li> <li>• Segundo trimestre</li> <li>• Tercer trimestre</li> </ul>
	Ha recibido información de los profesionales de la salud acerca de la sexualidad durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
	Ha tenido cambios en la vivencia de la sexualidad durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>

**\*Elaboración propia.**

### 1.2.3. Interrogantes básicas

- 1) ¿Cuál es el nivel de autoeficacia de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2024?
- 2) ¿Cuáles son las actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2024?
- 3) ¿Cuál es la relación entre el nivel de autoeficacia y las actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2024?

### 1.2.4. Tipo de investigación

- El tipo de investigación es de campo y el diseño descriptivo y transversal.
- El nivel de investigación es relacional (6).

## 1.3. Justificación

La relevancia científica del estudio radica en que, en el contexto local, se dispone de escasas investigaciones que exploren de manera sistemática la autoeficacia y las actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo. Esta limitación en la producción científica dificulta la comprensión integral de los factores que influyen en la vivencia sexual de las gestantes. En este sentido, el presente trabajo aporta un marco teórico actualizado que amplía el conocimiento disponible y fortalece el desarrollo científico de la profesión, al ofrecer fundamentos que pueden ser utilizados tanto para futuras investigaciones como para la actualización de prácticas profesionales.

En cuanto a su relevancia práctica, el estudio resulta significativo porque los hallazgos obtenidos permitirán proporcionar a las gestantes y a sus parejas información clara y fundamentada que favorezca la toma de decisiones adecuadas respecto a su comportamiento y actitudes sexuales durante el embarazo. Esta orientación es especialmente valiosa para corregir percepciones erróneas o temores infundados que, con frecuencia, conducen a la disminución o incluso a la suspensión total de la actividad sexual a lo largo de la gestación. Tales cambios pueden derivar en tensiones en la relación de pareja y otras dificultades emocionales. Asimismo, los resultados del estudio pueden servir como base para la generación de nuevas investigaciones en esta línea temática, contribuyendo al fortalecimiento del conocimiento científico y a la construcción de intervenciones más efectivas.

La relevancia social también se sustenta en la influencia que ejercen la autoeficacia, las creencias y las actitudes sobre la conducta sexual, especialmente durante el embarazo y, con mayor énfasis, en el tercer trimestre. A pesar de ello, son pocos los profesionales de salud que abordan de manera directa este tema con las gestantes y sus parejas, lo que genera una brecha importante en la orientación y acompañamiento durante esta etapa. La ausencia de información adecuada propicia la permanencia de mitos y creencias erróneas que afectan la vivencia de la sexualidad en el embarazo y que, en muchos casos, persisten a lo largo del tiempo sin ser cuestionados.

El interés personal por desarrollar este estudio surgió a partir de la observación clínica de que numerosas gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar manifestaban haber modificado sus actitudes hacia la sexualidad desde el momento del diagnóstico del embarazo. Muchas de ellas desconocían las verdaderas contraindicaciones para mantener relaciones sexuales y asumían, junto con sus parejas, que la actividad sexual podía representar un riesgo tanto para la gestante como para el feto. Esta situación evidenció la necesidad de investigar el tema con mayor profundidad, con el propósito de diseñar estrategias de educación y orientación que permitan mejorar la comprensión y el afrontamiento de estos cambios.

Finalmente, la factibilidad del estudio se respalda en la disponibilidad de los recursos necesarios para su ejecución, lo que garantiza que el desarrollo de la investigación pueda llevarse a cabo de manera adecuada y sin limitaciones significativas.

## 2. Objetivos

1. Establecer el nivel de autoeficacia de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2024.
2. Identificar las actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2024.
3. Determinar la relación entre el nivel de autoeficacia y las actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2024.

### 3. Marco teórico

#### 3.1. Marco conceptual

##### 3.1.1. Autoeficacia

##### 3.1.1.1. Concepto

De acuerdo con Bandura, citado por Aldazabal (5) la autoeficacia se concibe como la creencia que desarrolla una persona acerca de su capacidad para organizar y ejecutar las acciones necesarias con el fin de ejercer control sobre aquellas situaciones que influyen en su vida. Este concepto no se limita a las habilidades reales que el individuo posee, sino que se centra, sobre todo, en la percepción que construye respecto a lo que considera posible alcanzar. Desde esta perspectiva, la autoeficacia determina la manera en que una persona enfrenta los desafíos, el nivel de esfuerzo que está dispuesta a invertir y el grado de persistencia que mantiene ante las dificultades. Por ello, un nivel elevado de autoeficacia tiende a fortalecer la confianza para abordar problemas y tomar decisiones, mientras que una autoeficacia baja puede restringir la iniciativa y la disposición para actuar, aun cuando la persona cuente con los recursos necesarios para hacerlo.

El concepto de autoeficacia fue planteado inicialmente por Bandura, Albert en el año 1993 (7) quien la definió como la apreciación que realiza un individuo sobre la probabilidad de sentirse competente para ejecutar una conducta específica o una secuencia organizada de comportamientos destinados a controlar y manejar situaciones que percibe como relevantes. No alude únicamente a la capacidad de realizar una acción aislada, sino a la habilidad percibida para coordinar y articular diversas conductas con el propósito de influir en los acontecimientos del entorno. Para Bandura, la posibilidad de ejercer control sobre los procesos cognitivos, motivacionales y conductuales constituye uno de los rasgos fundamentales del comportamiento humano. En este marco teórico, la autoeficacia funciona como un mecanismo mediador que influye en la activación y regulación de los procesos motivacionales, emocionales y de elección de actividades. Esto implica que interviene tanto en la motivación para iniciar una tarea, como en la forma de enfrentar las emociones que emergen durante su desarrollo y en las decisiones relacionadas con qué actividades

emprender o evitar. Es fundamental destacar que la autoeficacia percibida no guarda una relación directa con la cantidad de habilidades objetivas que una persona tiene, sino con las creencias que construye sobre su propio desempeño en situaciones determinadas. Así, un individuo puede poseer competencias bien desarrolladas, pero si duda repetidamente de su capacidad, es probable que no logre emplearlas de manera eficaz. Las dudas personales tienden a debilitar el uso de las capacidades disponibles, mientras que un desempeño adecuado requiere no solo habilidades, sino también un nivel suficiente de autoeficacia que permita aplicarlas con seguridad, constancia y claridad de propósito.

### **3.1.1.2. Desarrollo de la autoeficacia**

La teoría social cognitiva propuesta por Bandura, Albert (7) se ha consolidado como una teoría tanto del aprendizaje como de la motivación, ya que ambos procesos se conciben como el resultado de una interacción constante y recíproca entre tres grandes grupos de factores: personales (como pensamientos, creencias y emociones), comportamentales (las acciones que realiza el individuo) y ambientales (el contexto social y físico en el que se desenvuelve la persona). Esta relación bidireccional implica que no solo el entorno influye en la conducta y en los procesos internos del sujeto, sino que también las propias acciones y cogniciones contribuyen a modificar el entorno. En este marco teórico, la autoeficacia ocupa un lugar central como uno de los componentes fundamentales de la motivación. Se considera que es uno de los principales motores de la acción orientada a metas, puesto que hace referencia a las creencias que cada individuo tiene acerca de sus propias capacidades para desempeñarse adecuadamente, a la percepción de sus habilidades para producir determinados resultados y al grado de confianza que deposita en sí mismo para enfrentar diversas tareas. Por ello, la autoeficacia puede entenderse como una habilidad intrapersonal de gran relevancia, con una influencia notable sobre la forma en que las personas actúan, toman decisiones y afrontan las demandas del entorno. De manera más específica, las creencias de autoeficacia son las que contribuyen a moldear los sentimientos, los pensamientos, la motivación y, en última instancia, el comportamiento de los individuos. Dichas creencias no solo condicionan si una persona se siente capaz o no de iniciar una acción, sino también la intensidad del esfuerzo que está dispuesta a realizar y el tiempo que será capaz de perseverar

ante dificultades, obstáculos o experiencias negativas. Así, cuando la autoeficacia percibida es alta, las personas tienden a implicarse con mayor energía y persistencia en las tareas que emprenden, muestran más resiliencia frente a los fracasos y mantienen una actitud más activa frente a los desafíos. Por el contrario, una baja autoeficacia suele asociarse con mayor tendencia a la evitación, dudas constantes sobre las propias capacidades y abandono prematuro de las metas ante las primeras señales de dificultad. La expectativa de autoeficacia se construye a partir de cuatro fuentes principales de información que actúan de manera complementaria en la formación de las creencias que la persona tiene sobre sus propias capacidades. En primer lugar, las experiencias personales constituyen la base más directa y poderosa. Estas se relacionan con los éxitos y fracasos que el individuo va acumulando a lo largo del tiempo. Cuando, tras un esfuerzo, la persona obtiene resultados positivos de forma reiterada, tiende a fortalecer su percepción de eficacia, es decir, comienza a verse a sí misma como alguien capaz de afrontar determinadas tareas con éxito. Por el contrario, cuando se presentan fallas constantes o resultados negativos, sobre todo si se dan en momentos clave o sin una explicación clara, la percepción de autoeficacia suele debilitarse, generando dudas respecto a la propia capacidad para lograr objetivos similares en el futuro. En segundo lugar, se encuentra el aprendizaje vicario, que hace referencia a las creencias sobre el desempeño que se forman observando la conducta de otras personas. Al ver a otros enfrentarse a tareas semejantes, ya sea con éxito o con fracaso, el observador obtiene modelos de referencia que influyen en lo que cree posible para sí mismo. Por ejemplo, si una persona observa a alguien similar a ella en edad, nivel académico o contexto social lograr buenos resultados en una actividad compleja, es más probable que piense que también puede conseguirlo. En cambio, si presencia repetidos fracasos en otros, puede concluir que la tarea es muy difícil o que requiere capacidades de las que quizá no dispone. De esta manera, la observación del comportamiento ajeno se convierte en una guía para las propias expectativas de eficacia. La tercera fuente es la persuasión verbal, que consiste en los intentos de influir en las creencias y el comportamiento de las personas a través del lenguaje, ya sea en forma de consejos, sugerencias, ánimos o críticas. Los mensajes que provienen de figuras significativas, como docentes, familiares, amigos o autoridades, pueden llevar a una persona a considerar que está en

condiciones de enfrentarse a una situación o, por el contrario, a percibirse como incapaz. Comentarios como “tú puedes hacerlo”, “tienes las habilidades necesarias” o, en sentido opuesto, “eso es muy difícil para ti”, no determinan por sí mismos el rendimiento, pero sí contribuyen a configurar las expectativas de autoeficacia, favoreciendo o limitando la disposición para actuar. Los estados fisiológicos y emocionales también cumplen un papel importante. Sensaciones como la ansiedad, el estrés, la angustia o el miedo suelen interpretarse internamente como indicadores de fragilidad o falta de capacidad, lo que lleva a la persona a juzgarse a sí misma como menos competente. Por ejemplo, un estudiante que experimenta un alto nivel de nerviosismo antes de un examen puede concluir que no está preparado, aunque objetivamente haya estudiado lo suficiente. De este modo, las reacciones físicas y emocionales que acompañan a ciertas situaciones influyen en cómo se valoran las propias capacidades. Además de todo lo anterior, se ha señalado que la autoeficacia no solo interviene en la percepción de capacidad, sino que también tiene efectos directos sobre la motivación para aprender y sobre las estrategias y métodos que se emplean en el proceso de aprendizaje. Las personas con una fuerte sensación de autoeficacia suelen plantearse metas más desafiantes, se esfuerzan con mayor constancia y tienden a utilizar estrategias de estudio más elaboradas y organizadas. En cambio, quienes se perciben como poco eficaces tienden a desmotivarse con facilidad, emplean estrategias poco planificadas y abandonan con mayor rapidez ante las dificultades. Así, la autoeficacia actúa como un factor clave que articula la manera en que se afrontan las tareas de aprendizaje y las probabilidades de éxito académico y personal. El desarrollo de la autoeficacia comienza en las primeras etapas de la vida y, de manera especial, se consolida durante la infancia. En este periodo, la escuela adquiere un papel central, ya que se configura como el espacio en el que los niños no solo adquieren conocimientos académicos, sino también habilidades cognitivas, sociales y emocionales que resultan esenciales para la construcción de creencias sobre sus propias capacidades. A través de las distintas experiencias de aprendizaje, las tareas escolares, el juego, el trabajo en grupo y la interacción con docentes y compañeros, los niños van poniendo a prueba sus recursos personales, enfrentan desafíos y experimentan tanto logros como errores, todo lo cual contribuye de manera directa a la formación de su sentido de autoeficacia. Por este motivo, resulta fundamental que en el contexto

escolar se promueva el uso de estrategias y herramientas pedagógicas que favorezcan el desarrollo de habilidades desde la infancia, tales como la resolución de problemas, el pensamiento crítico, la autorregulación del aprendizaje y la capacidad para afrontar la frustración. Estas herramientas deben estar orientadas a generar experiencias de éxito progresivas y significativas, que permitan a los niños percibirse como competentes y capaces de enfrentar diferentes tipos de actividades. De esta manera, se contribuye a la construcción de creencias positivas acerca de sus propias capacidades durante una etapa clave del ciclo vital, sentando las bases para una autoeficacia sólida que influirá posteriormente en su rendimiento académico, en su bienestar emocional y en la forma en que asumirán los retos en etapas posteriores de la vida.

Diversas investigaciones realizadas con personas que presentan distintos niveles de creencias sobre su propia autoeficacia han evidenciado diferencias significativas en sus habilidades cognitivas, sociales y emocionales. Estos recursos personales actúan como factores determinantes en la manera en que los individuos se perciben a sí mismos en términos de desempeño, favoreciendo una autopercepción más positiva cuando dichas habilidades se encuentran más desarrolladas. En este sentido, se ha observado que quienes confían en su capacidad para enfrentar tareas y resolver problemas tienden a utilizar de forma más eficaz sus recursos cognitivos, a establecer relaciones interpersonales más adecuadas y a regular mejor sus emociones. Todo ello contribuye a que incrementen sus posibilidades de alcanzar los resultados esperados, consolidando así un círculo virtuoso entre autoeficacia, habilidades personales y desempeño logrado (8).

### **3.1.1.3. Factores que influyen en el desarrollo de la autoeficacia**

Diversas investigaciones han demostrado que numerosos factores inciden de manera directa en la autoeficacia y, por ende, en los comportamientos y resultados que las personas logran en su vida cotidiana. Entre estos factores se incluyen el nivel de conocimiento que el individuo posee acerca de sí mismo y de sus propias capacidades, su estado físico y la energía disponible, la autoestima, la calidad de las relaciones interpersonales que mantiene, el tiempo con el que cuenta para ejecutar sus actividades, la complejidad de las tareas que enfrenta y el grado de estrés al que se ve sometido. La forma en que estos

elementos interactúan puede fortalecer o debilitar la percepción de eficacia personal. Por ejemplo, un entorno que ofrece apoyo social, una buena gestión del tiempo y actividades congruentes con el nivel de competencia del individuo suelen favorecer una sensación de mayor autoeficacia. En contraste, ambientes conflictivos, exigencias que superan las capacidades reales y elevados niveles de estrés suelen generar una disminución notable en esta percepción. Además, se ha documentado que las condiciones emocionales de los padres tienen un impacto considerable en la autoeficacia, especialmente cuando existen síntomas depresivos. En el caso de las madres, los estudios evidencian que niveles elevados de depresión se asocian con una notable reducción en la percepción de autoeficacia, lo que puede traducirse en sentimientos de incapacidad, dudas constantes sobre su desempeño ante las exigencias cotidianas y dificultades para asumir con confianza el rol parental. Esta disminución en la autoeficacia no solo repercute en su bienestar, sino que también influye en la construcción de la autoeficacia de sus hijos. Los niños que crecen en un entorno donde perciben inseguridad, baja confianza y dificultades emocionales en la figura materna tienden a desarrollar creencias similares respecto a sus propias capacidades, lo que puede afectar negativamente su desarrollo emocional, social y académico. En este sentido, la literatura sostiene la existencia de una relación inversa en la que la depresión materna se asocia tanto con una baja autoeficacia en las madres como con una menor autoeficacia en sus hijos. Esta dinámica impacta no solo en la manera en que ambos enfrentan las demandas cotidianas, sino también en la construcción de la confianza personal, la autonomía y la capacidad de afrontar desafíos a lo largo de las distintas etapas del desarrollo (9).

### **3.1.2. Actitudes**

#### **3.1.2.1. Concepto**

Las actitudes pueden entenderse como evaluaciones amplias, relativamente estables y persistentes que las personas elaboran acerca de otros individuos, de ciertas ideas, de objetos concretos o de cualquier elemento presente en su entorno, a los cuales se les denomina técnicamente objetos de actitud. En términos más accesibles, las actitudes representan la forma en que los sujetos valoran distintos aspectos de la realidad, asignándoles un significado positivo, negativo o neutro según la manera en que los perciben, interpretan y

experimentan. De este modo, una actitud implica adoptar una posición frente a un objeto determinado, que puede abarcar a una persona, un grupo, una situación, una institución, una práctica social o incluso uno mismo. Estas evaluaciones pueden presentar un carácter favorable, desfavorable o indiferente, y difieren no solo en el sentido o signo que adoptan, sino también en el grado de intensidad con el que se manifiestan. Así, un individuo puede mostrar una actitud ligeramente positiva o altamente positiva, del mismo modo que puede presentar un rechazo moderado o una oposición marcada. Esta variación en la polarización es significativa, pues condiciona la fuerza con la cual una actitud influye en los pensamientos, emociones y conductas de las personas. En consecuencia, las actitudes más extremas suelen ejercer un impacto más consistente en la toma de decisiones y en las acciones que los sujetos llevan a cabo en su vida cotidiana (10).

Musaet al (11) la actitud puede entenderse como un conjunto organizado de conocimientos, creencias y percepciones que una persona posee sobre un objeto, individuo, situación o contenido específico, y que da lugar a una determinada disposición o tendencia hacia dicho objeto. Es decir, no se trata únicamente de una opinión aislada, sino de una estructura cognitiva relativamente estable que orienta la forma en que el sujeto interpreta y responde frente a aquello que constituye el foco de su atención. En la misma línea, Davadas, D; Lay, F, así como Rathidevi, D; Sudhakaran, V (12,13) describen la actitud como un estado psicológico de preparación para la acción, que funciona como base mental desde la cual se organiza el comportamiento. Este estado se caracteriza por tener cierta durabilidad en el tiempo, por estar vinculado a la identidad personal y por poseer un componente evaluativo, es decir, implica una valoración que puede ser más o menos favorable. Desde esta perspectiva, la actitud cumple una función mediadora entre los procesos internos de la persona (pensamientos, emociones, creencias) y sus respuestas externas, influyendo en la manera en que se decide actuar ante una situación determinada. Asimismo, se considera que una actitud constituye un juicio interpretativo, positivo o negativo, que el ser humano formula y dirige hacia algún objeto de actitud, el cual puede ser concreto (por ejemplo, una persona o un grupo) o abstracto (como una idea, una norma o un valor). En este sentido, las actitudes no solo expresan “sentimientos buenos o

malos” respecto a elementos, personas o ideas, sino que también reflejan la forma en que cada individuo razona, interpreta y percibe determinadas acciones, metas u objetivos. Por ello, las actitudes orientan la conducta hacia ciertos objetos o conceptos, facilitando la aproximación a aquello que se valora positivamente y la evitación o el rechazo de aquello que se evalúa de manera negativa (11).

### **3.1.2.2. Funciones de las actitudes**

#### **3.1.2.2.1. Función de organización del conocimiento**

Debido a la constante sobrecarga de información que proviene del entorno y a la que todas las personas se encuentran expuestas, resulta fundamental que la mente pueda organizar, estructurar y dotar de coherencia el conjunto de estímulos que se reciben de manera cotidiana. Esta capacidad no solo facilita la comprensión de la realidad, sino que también contribuye de manera significativa a la adaptación del individuo al ambiente en el que se desenvuelve de forma permanente. En este contexto, las actitudes desempeñan un papel central, pues actúan como filtros y guías interpretativas que permiten simplificar la complejidad del mundo externo, ofreciendo parámetros relativamente estables para valorar hechos, personas y situaciones. Desde esta perspectiva, las actitudes permiten satisfacer una necesidad básica en los seres humanos: la necesidad de conocer y ejercer cierto nivel de control sobre su entorno. Para experimentar seguridad, las personas requieren comprender lo que ocurre a su alrededor y sentir que poseen algún grado de dominio sobre los acontecimientos que se presentan en su vida diaria. Así, las actitudes facilitan la anticipación de eventos, la organización de las respuestas y la preparación frente a situaciones inesperadas. Estas disposiciones pueden operar de manera positiva cuando favorecen la apertura, la flexibilidad y la capacidad de adaptación; sin embargo, también pueden actuar de forma negativa cuando generan prejuicios, resistencia al cambio o interpretaciones distorsionadas de la realidad. Del mismo modo, las actitudes permiten predecir, en cierto grado, cómo es probable que actúen las personas o qué se puede esperar de ellas ante circunstancias nuevas o poco familiares. Esto ocurre porque las actitudes orientan la toma de decisiones, influyen en la elección de conductas y

modelan las reacciones ante distintos contextos. Gracias a estas disposiciones, el individuo percibe una mayor sensación de control, al contar con marcos de referencia que le indican cómo interpretar determinados hechos y cómo responder frente a ellos. En consecuencia, las actitudes guían la búsqueda y el procesamiento de la información relevante, facilitando la atención hacia aquellos contenidos que son coherentes con las creencias y valores personales, al tiempo que incentivan la evitación o el rechazo de información que resulta incompatible o contraria a dichas creencias. De esta manera, las actitudes contribuyen no solo a la organización del conocimiento, sino también a la construcción de una interpretación más estable y significativa de la realidad cotidiana (14).

#### **3.1.2.2.2. Función instrumental o utilitaria**

La función instrumental o utilitaria de las actitudes se sustenta en los principios de las teorías del aprendizaje, las cuales señalan que las actitudes facilitan que las personas alcancen objetivos que consideran valiosos y que les generan recompensas, al mismo tiempo que les permiten evitar aquellos estímulos no deseados o asociados a posibles castigos. Desde esta perspectiva, las actitudes cumplen un rol adaptativo, ya que orientan la conducta hacia situaciones que resultan gratificantes y favorecen la evitación de experiencias percibidas como aversivas. Al promover la aproximación a estímulos positivos y el distanciamiento de estímulos negativos, las actitudes contribuyen a mejorar la interacción del individuo con su entorno, incrementando la probabilidad de obtener “premios” y reduciendo o minimizando los “castigos”. En otras palabras, a través de las actitudes, las personas pueden acercarse a aquello que desean y alejarse de lo que les resulta desagradable o perjudicial. Este proceso no solo facilita la consecución de metas personales, sino que también fortalece la percepción de libertad, control y competencia, al permitir que los individuos se sientan capaces de regular sus experiencias y de influir en las consecuencias de sus acciones (14).

### 3.1.2.2.3. Función de identidad y expresión de valores

Las personas suelen manifestar públicamente sus actitudes a través de las opiniones y valoraciones que expresan sobre una amplia variedad de temas. Cuando alguien exterioriza sus actitudes y actúa de manera coherente con ellas, no solo comunica a los demás cómo piensa o siente, sino que también adquiere mayor claridad sobre su propia identidad. En este sentido, las actitudes contribuyen de forma significativa a que los individuos se conozcan mejor y, al mismo tiempo, proyecten hacia su entorno una imagen que refleja sus convicciones, intereses y formas de interpretar la realidad. Asimismo, la expresión de las actitudes permite que las personas muestren sus principios y valores, lo que facilita su identificación con determinados grupos que comparten perspectivas similares. Esta coincidencia en la manera de valorar ciertos aspectos del entorno cumple una función social fundamental, pues favorece la satisfacción de la necesidad de aceptación y pertenencia, considerada esencial para el ser humano. De este modo, las actitudes no solo orientan la conducta individual, sino que también fortalecen los vínculos sociales y contribuyen al sentido de integración dentro de una comunidad (10).

### 3.1.2.3. Teorías sobre el desarrollo de las actitudes

El desarrollo de las actitudes se fundamenta en los aportes de dos teorías de gran relevancia. La primera es la Teoría de la Conducta Social Cognitiva y Planificada, basada en principios provenientes del conductismo y del psicoanálisis. En este marco, Bandura formuló la Teoría Cognitiva Social (SCT), la cual surgió como respuesta a las limitaciones de enfoques previos que prestaban escasa atención al papel de la cognición en la motivación y en la influencia que ejercen las situaciones sobre el comportamiento. La SCT sostiene que tanto las actitudes como las conductas se encuentran determinadas por la interacción dinámica entre factores personales, ambientales y conductuales. Asimismo, explica cómo se forman las actitudes y creencias individuales sobre un determinado tema, destacando la influencia del apoyo afectivo que proporcionan las instituciones educativas, la familia y el contexto social. Desde esta teoría se plantea que las personas se convierten en agentes activos de su propia motivación, organizando y conectando sus aspiraciones dentro de un

sistema personal coherente. A pesar de su amplitud temática —que abarca aspectos como la toma de decisiones éticas y la activación psicológica— la SCT resulta especialmente útil para comprender cómo se construyen y consolidan las actitudes. La segunda teoría relevante es la Teoría del Comportamiento Planificado (TPB), considerada una ampliación de la Teoría de la Acción Razonada (TRA), ya que incorpora nuevos elementos y fortalece los supuestos planteados en la TRA. La TPB coincide con esta última al sostener que las actitudes, los objetivos conductuales, las normas sociales y el control volitivo influyen de manera directa en el comportamiento. Según este enfoque, las conductas están determinadas por tres componentes principales:

1. las actitudes del individuo hacia la conducta,
2. las normas subjetivas, entendidas como la presión social percibida para ejecutar una acción, y
3. el control conductual percibido, es decir, la facilidad o dificultad que la persona estima respecto a realizar dicho comportamiento.

Desde esta perspectiva, la TPB permite comprender con mayor claridad la relación entre actitudes e intenciones, y explica cómo las personas deciden adquirir conocimientos o actuar de determinada manera en diferentes ámbitos de la vida diaria. Asimismo, evidencia la influencia que ejercen los factores sociales y ambientales en la formación de intenciones y en la configuración de actitudes. Diversas investigaciones han analizado el papel del apoyo social y del control percibido sobre la toma de decisiones, utilizando estas teorías para identificar los elementos que moldean las actitudes de los individuos. En conjunto, ambas teorías ofrecen un marco sólido para examinar la compleja interacción entre factores personales, sociales y ambientales que intervienen en la construcción de las actitudes. Comprender estos factores no solo permite profundizar en el origen y la dinámica de las actitudes, sino que también facilita el diseño de estrategias orientadas a promover una participación más activa, consciente y fundamentada en distintos contextos (11).

### 3.1.3. Sexualidad

#### 3.1.3.1. Concepto

La sexualidad constituye un aspecto inherente al ser humano y engloba componentes esenciales como la identidad de género, la orientación sexual, la afectividad, las relaciones afectivas, el placer y la reproducción. Estos elementos no solo forman parte de la experiencia íntima de cada persona, sino que también influyen de manera directa en la forma en que los individuos construyen su identidad, se relacionan con otros y entienden su propio bienestar (9).

En este marco, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (15) define la salud sexual como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad”, lo que implica mucho más que la ausencia de enfermedad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de disfrutar experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Esta definición resalta el carácter multidimensional de la salud sexual, ya que se trata de un constructo complejo influido por factores biológicos, psicológicos y socioculturales, además de aspectos económicos e históricos que moldean las prácticas y percepciones en torno a la sexualidad.

El estudio y la comprensión de la sexualidad deben abordarse de manera integral, normalizando su presencia en los currículos académicos y evitando limitar su análisis únicamente a la prevención de enfermedades. Este enfoque implica considerar las actitudes y comportamientos sexuales, el respeto por los derechos humanos y sexuales, y la importancia de los vínculos afectivos. Asimismo, debe incluir la valoración de la diversidad sexual, la promoción de la tolerancia y el fortalecimiento de la comprensión en torno a las distintas expresiones de la sexualidad humana. Una educación sexual amplia y contextualizada permite no solo prevenir riesgos, sino también formar personas capaces de vivir su sexualidad de manera plena, saludable y libre de prejuicios (16).

Desde el año 2000, la OMS ha reafirmado que la sexualidad es una dimensión fundamental del ser humano. Esta no se limita únicamente a la actividad sexual, sino que se expresa en todos los aspectos de lo que una persona siente, piensa, es y hace. Se trata de una necesidad básica que influye de manera profunda en el

bienestar individual y en la calidad de las relaciones interpersonales. Histórica y culturalmente, la vivencia de la sexualidad ha variado entre periodos marcados por fuertes restricciones y otros caracterizados por una mayor libertad. Estas variaciones reflejan la influencia del contexto social e histórico en la manera en que cada sociedad entiende y regula la sexualidad. La expresión de la sexualidad también cambia a lo largo del ciclo vital. En el caso de las mujeres, las diferencias individuales, los aprendizajes previos y las influencias socioculturales desempeñan un papel determinante en sus respuestas sexuales. Además, el disfrute sexual requiere adaptarse constantemente a las posibilidades, necesidades y deseos de la pareja, lo que supone una dinámica de comunicación, negociación y comprensión mutua. Las relaciones sexuales atraviesan transformaciones naturales conforme avanza la vida de la pareja, y uno de los momentos más significativos en este proceso es la transición hacia la paternidad. El embarazo, en particular, representa una etapa crítica tanto para la mujer como para su pareja. Durante este periodo se experimentan múltiples y profundos cambios derivados del desarrollo fetal y de los procesos de adaptación biológica, psicológica y social propios de la gestación. Estos cambios no solo afectan la salud física y emocional, sino que también influyen en la vivencia de la sexualidad, pudiendo generar incertidumbres, modificaciones en el deseo sexual y ajustes en la dinámica íntima. Por ello, el embarazo se considera una etapa especialmente sensible en la que la sexualidad adquiere un significado distinto y en la que resulta fundamental brindar apoyo, orientación y acompañamiento adecuados para favorecer una experiencia saludable y respetuosa para ambos integrantes de la pareja (15).

### **3.1.3.2. Importancia de la sexualidad**

El sexo constituye un componente central dentro de la vida humana y forma parte esencial de la sexualidad, de la identidad y los roles de género, de la orientación sexual, del deseo, del placer, de la intimidad y de la reproducción. Se reconoce, además, que la sexualidad es una función que se mantiene a lo largo del ciclo vital. De hecho, se ha reportado que el 42% de las mujeres y el 60% de los hombres entre los 65 y 74 años continúan manteniendo una vida sexual activa. Incluso en edades más avanzadas, entre los 70 y 80 años, muchos adultos

mayores siguen disfrutando de una sexualidad satisfactoria, y aproximadamente un tercio de ellos tiene relaciones sexuales al menos dos veces al mes (16).

Diversas investigaciones han demostrado que la sexualidad desempeña un papel significativo en la vida de las personas por sus beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales. Desde el punto de vista fisiológico, la actividad sexual favorece la circulación sanguínea y contribuye al mantenimiento de la elasticidad de la piel, la tonicidad muscular y la movilidad articular. También se ha observado que puede producir dilatación de las arterias y ayudar en la prevención de la hipertensión, por lo que una vida sexual regular puede aportar beneficios importantes para la salud física. En el plano psicológico, la actividad sexual se entiende como una expresión natural del afecto y del vínculo emocional. Una vida sexual satisfactoria fortalece el amor entre las parejas, incrementa la vitalidad personal y enriquece la experiencia cotidiana. Algunos estudios han señalado que la actividad sexual influye de forma positiva en el bienestar subjetivo. La liberación de prolactina tras el orgasmo se asocia con la disminución del estrés y la ansiedad, y se ha demostrado que el contacto sexual placentero constituye una estrategia eficaz para aliviar tensiones y favorecer una mejor salud mental. Desde la perspectiva social, la relación de pareja implica un deseo de intimidad tanto emocional como sexual. Una vida sexual armoniosa favorece la estabilidad y la cohesión dentro de la relación conyugal, y contribuye al equilibrio y bienestar del entorno familiar. Además, cuando la vida sexual es satisfactoria, proporciona apoyo emocional y social dentro de la pareja, lo que fortalece la relación a largo plazo y constituye un elemento clave para un envejecimiento saludable y positivo (17).

### **3.1.3.3. Aspectos psicosociales de la sexualidad durante el embarazo**

La sexualidad es un componente esencial de la vida humana y se encuentra profundamente influenciada por factores psicológicos, sociales y culturales. Se trata de una construcción compleja que abarca diversas dimensiones, como la intimidad emocional, las funciones reproductivas y el placer. La manera en que se vive la sexualidad está moldeada por elementos culturales, religiosos, sociales y emocionales, que interactúan con los cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos propios de cada etapa vital. Durante el embarazo, estos factores se intensifican, dando lugar a variaciones significativas en la actividad sexual.

Aunque entre el 10% y el 22% de las mujeres manifiestan experimentar un aumento en la satisfacción, el deseo y la frecuencia de las relaciones sexuales durante la gestación, la disminución del funcionamiento sexual es, en realidad, mucho más frecuente en comparación con la etapa previa al embarazo. Estudios previos han señalado que entre el 31% y el 58% de las gestantes reportan una reducción en la excitación, el deseo sexual, la lubricación y la intensidad del orgasmo, además de un incremento en el dolor genitopélvico. Entre los cambios más comunes se encuentran la disminución de la excitación sexual y de la frecuencia de la actividad sexual, variaciones que pueden generar angustia sexual, entendida como la presencia de emociones negativas asociadas a la vida sexual, tales como culpa, frustración, ansiedad, estrés, ira o vergüenza (18).

Una de las razones por las que algunas mujeres evitan la actividad sexual durante el embarazo es su actitud hacia la sexualidad durante el embarazo. Los estudios han demostrado que las mujeres evitan las relaciones sexuales durante el embarazo por temor a causar daño al feto. La idea de que la sexualidad puede ser riesgosa incluso durante un embarazo saludable y los mitos sobre la sexualidad durante el embarazo pueden llevar a las parejas a evitar las relaciones sexuales. Entre el 50% y el 80% de las mujeres embarazadas o sus cónyuges creían que las relaciones sexuales podrían dañar al feto. Además, al 49,0% de las mujeres canadienses embarazadas les preocupaba que la actividad sexual pudiera provocar una rotura prematura de membranas o un parto prematuro. Las preocupaciones sobre el aumento de peso, la imagen corporal y la apariencia durante el embarazo también afectan la sexualidad de varias maneras. A medida que aumenta el peso corporal y comienza a notarse el agrandamiento del útero, muchas mujeres experimentan cambios en la postura, movimientos más lentos y disminución de la coordinación. Al mismo tiempo, muchas mujeres se sienten menos atractivas y tienen una menor confianza en sí mismas y una imagen corporal más negativa. La imagen corporal negativa durante el embarazo se asocia con sentirse sexualmente menos deseable, pérdida de interés en la actividad sexual y relaciones sexuales menos frecuentes, así como con una disminución de la lubricación y la excitación sexual (19).

La actividad sexual durante el embarazo es un tema insuficientemente abordado en la práctica clínica y en la literatura. Hace décadas que se realizaron muchos

estudios que evaluaban la actividad sexual durante el embarazo. Además, muchos de estos estudios tienen limitaciones y deficiencias en el diseño del estudio, como un tamaño de muestra pequeño, datos retrospectivos, historias sexuales incompletas y sesgo de recuerdo, y por lo general solo incluyeron embarazos sanos y sin complicaciones. Además, los resultados son inconsistentes entre las investigaciones publicadas. Hay aún menos evidencia científica que brinde recomendaciones fundamentadas en embarazos de alto riesgo (20). Muchas de las recomendaciones restrictivas que brindan los obstetras se basan en conjeturas de procesos fisiopatológicos hipotéticos o la perpetuación de comentarios de mentores anteriores y no se basan en guías o datos clínicos. Hay muchas razones por las que un embarazo puede considerarse de alto riesgo, pero no todos los diagnósticos de embarazo de alto riesgo conllevan las mismas preocupaciones con respecto a la actividad sexual. Las restricciones a la actividad sexual que la mayoría de los proveedores darían para un embarazo complicado por la presencia de placenta previa probablemente diferirían de las restricciones para un embarazo complicado por gestación gemelar (21).

#### **3.1.3.4. Cambios físicos y psicológicos durante el embarazo que afectan la sexualidad**

Durante el embarazo, la mujer sufre una serie de cambios fisiológicos paulatinos en su cuerpo a todos los niveles a medida que su cuerpo se adapta al proceso de gestación. Los cambios ocurren a nivel cardiovascular, digestivo, pulmonar, hematológico y endocrino. Más concretamente, cabe señalar que, en términos físicos, durante el primer trimestre pueden producirse vómitos y náuseas, además de sensibilidad en los senos, entre otros síntomas. Psicológicamente, las mujeres experimentan cambios en su autoimagen, especialmente a partir del segundo y tercer trimestre (22). En el caso de la sexualidad durante el embarazo, varios autores señalan los beneficios de la actividad sexual, como facilitar el parto, mejorar el bienestar fetal y promover la armonía en la pareja (23).

Varias investigaciones como la de Hatzimouratidis, K; Hatzichristou, D (24) refieren que el hallazgo más frecuente es que durante el embarazo la mayoría de mujeres presentan disfunción sexual, la misma que se ha definido como una disminución de los sentimientos de interés sexual, la ausencia de deseo,

pensamientos o fantasías sexuales y una falta de deseo de respuesta. La disfunción sexual afecta tanto a hombres como a mujeres, aunque los hombres han sido más estudiados en la literatura. Esta disfunción puede tener una causa médica, psicológica o deberse a ambas causas al mismo tiempo. Las diferentes causas psicológicas pueden incluir dificultades en las relaciones, ansiedad, miedo, depresión y factores condicionantes culturales, entre otros. En cuanto a la respuesta sexual durante el embarazo, estudios previos indican que está influenciada por factores biológicos, psicológicos, socioculturales y religiosos. Los factores que se ha informado que favorecen la evitación de encuentros sexuales incluyen miedos y mitos sobre la sexualidad durante el embarazo, como dañar al feto, provocar un aborto espontáneo, sangrado, infecciones o provocar un parto prematuro (25). Asimismo, algunos estudios afirman que las parejas atraviesan un período de adaptación que puede provocar cambios en la intimidad y en la frecuencia de la actividad sexual, afectando estos cambios incluso al posparto y a la lactancia materna (26).

Los datos sobre la prevalencia de disfunción sexual durante el embarazo son variados, desde estudios que informan un 31,2% hasta aquellos que informan un 87,4% (23). Del Río et al (22) realizó un estudio sobre la prevalencia de disfunción sexual en mujeres embarazadas en cada trimestre del embarazo, tanto en mujeres adolescentes como adultas. Los resultados de estos autores indican que las mujeres adolescentes tuvieron un porcentaje de puntajes disfuncionales en el primer trimestre del 40,8%, un porcentaje en el segundo trimestre del 31,2% y un porcentaje en el tercer trimestre del 63,2%. Por su parte, las mujeres adultas presentaron puntuaciones de 46,6% de disfunción en el primer trimestre, 34,2% en el segundo trimestre y 73,3% en el tercer trimestre. Como se puede observar, los periodos con mayores porcentajes de disfuncionalidad son el primer y tercer trimestre, independientemente de la edad de la gestante. Asimismo, Ninivaggio et al (27) también encontró mayores porcentajes de disfuncionalidad en el tercer trimestre (57%) que, en los otros dos, aunque no encontraron diferencias significativas entre el segundo y el primer trimestre (36,8% y 36,3%, respectivamente) Daud et al (28) en un estudio sobre la prevalencia de disfunción sexual durante el embarazo, informó un 81%.

Olivares-Noguera et al (29) en otro estudio de prevalencia, en este caso realizado en Colombia, encontró una prevalencia del 37,7%. Finalmente, Karakas et al (26) en un estudio realizado durante la pandemia de COVID-19, reportó una prevalencia en mujeres embarazadas del 87,4%.

Además de la escasez de datos sobre la actividad sexual en embarazos de alto riesgo, hay aún menos información sobre la seguridad de actos sexuales específicos en embarazos complicados. Las implicaciones de que un aspecto específico de la actividad sexual conduzca a complicaciones en el embarazo se basan en la teoría fisiopatológica o se extrapolan de actos no sexuales. Las relaciones sexuales con o sin orgasmo en comparación con las actividades sin penetración con o sin orgasmo pueden tener efectos diferentes durante el embarazo. El grado de contracciones uterinas por liberación endógena de oxitocina, efectos de prostaglandinas (PG) exógenas o endógenas o traumatismo directo por estos procesos puede variar entre diferentes actos sexuales y de una mujer a otra (22).

Se ha descrito que, en el primer trimestre, los cambios hormonales provocan un estado de labilidad emocional. Muchas mujeres también necesitan hacer un esfuerzo importante para mantener su ritmo sexual habitual debido a la aparición de náuseas, vómitos, fatiga y otras molestias. Sin embargo, en otros, puede ocurrir lo contrario. En cuanto al orgasmo en este trimestre, en la mayoría de las mujeres, la frecuencia y la intensidad parecen permanecer sin cambios. Durante el segundo trimestre, muchas mujeres reportan que el deseo sexual aumenta porque el malestar físico disminuye o desaparece y la pareja se ha adaptado al embarazo. En el tercer trimestre, la mayoría de las mujeres experimentan una disminución o ausencia del deseo sexual y una marcada reducción de la actividad coital, a menudo por temor a desencadenar el parto. La frecuencia y la intensidad del orgasmo también parecen disminuir, aunque la necesidad de abrazos, caricias y cuidados parece aumentar (30).

Múltiples prejuicios culturales transmitidos a lo largo de la historia han llevado a que la mujer embarazada sea considerada un ser asexual únicamente al servicio de la procreación, evitando las relaciones sexuales. Las relaciones sexuales durante el embarazo eran a menudo tabúes hasta no hace mucho, ya que se aceptaba que las relaciones sexuales durante el embarazo eran peligrosas, inmorales e indecentes. Incluso hoy en día, las mujeres están sobreprotegidas. La tradición oral y escrita influye negativamente en las relaciones sexuales,

imponiendo reglas de continencia. Por lo tanto, la carga cultural limita la sexualidad de las personas embarazadas y los profesionales de la salud deben asesorar sobre la actividad sexual durante el embarazo (30). Algunos autores afirman que las consecuencias de las relaciones sexuales durante el embarazo deben evaluarse individualmente y los pros y los contras de la actividad sexual siempre deben discutirse con la mujer embarazada (31,32). Los proveedores de atención médica deben incorporar asesoramiento específico sobre el comportamiento sexual de las mujeres y sus parejas, incluida la discusión sobre el impacto del embarazo. Aunque ha habido mucha investigación sobre la sexualidad, históricamente se le ha dado poca importancia a la sexualidad durante el embarazo, especialmente desde el punto de vista conjunto de médicos y obstetras (33).

### **3.2. Antecedentes investigativos**

#### **3.2.1. Internacionales**

Título: “: Los efectos de la alfabetización en salud materna, el funcionamiento familiar y la autoeficacia en la depresión anteparto en mujeres embarazadas en China,2025”. Autor: Zhang et al (34) Resumen: Objetivos: El propósito central del estudio fue explorar con mayor profundidad cómo se relacionan entre sí distintos factores psicosociales relevantes durante el embarazo. En particular, se buscó analizar las asociaciones existentes entre la ASM (alfabetización en salud materna), la AAE (autoeficacia), el funcionamiento familiar y la DA (depresión preparto). Además de estas relaciones directas, los autores plantearon como objetivo determinar si la ASM y la AAE actúan como variables mediadoras, es decir, si influyen en el modo en que la alfabetización en salud materna se vincula con los niveles de depresión anteparto. Con ello, el estudio pretende ofrecer un panorama más completo sobre los mecanismos que podrían explicar la aparición de síntomas depresivos durante la gestación. Métodos: Se trató de un estudio transversal, lo que significa que los datos fueron recopilados en un único momento temporal. Para ello, se aplicaron dos instrumentos principales: una escala de Alfabetización en Salud Materna, diseñada para medir el nivel de comprensión, manejo y uso de información relacionada con la salud durante el embarazo, y una escala de Autoeficacia, destinada a evaluar la percepción de las gestantes sobre su capacidad para enfrentar situaciones y demandas propias de la maternidad. Posteriormente, los datos obtenidos se analizaron mediante un modelo de ecuaciones estructurales,

técnica estadística que permite evaluar simultáneamente múltiples relaciones hipotéticas entre variables. La muestra total estuvo integrada por 1392 mujeres gestantes, lo que proporcionó una base sólida para examinar los patrones de relación entre los factores estudiados. Resultados: En total, se incluyeron 1392 mujeres con edades comprendidas entre 18 y 44 años, alcanzando una edad promedio de  $29,63 \pm 4,14$  años, lo que refleja una distribución típica de mujeres en edad reproductiva. Respecto a las características sociodemográficas, la mayoría pertenecía al grupo étnico Han (87,14%), un porcentaje notablemente predominante. Asimismo, un 97,34% de las participantes estaban casadas, lo que sugiere un alto nivel de estabilidad conyugal dentro de la muestra. En cuanto al nivel educativo, el 86,78% había alcanzado educación secundaria o superior. En relación con su experiencia reproductiva, se observó que el 55,68% eran primigestas, es decir, mujeres que cursaban su primer embarazo, mientras que el 44,32% correspondía a múltiparas, quienes ya habían vivido embarazos previos. Un dato relevante es que la mayoría, equivalente al 61,64%, no asistió a la escuela de embarazo, lo que podría influir en su nivel de conocimiento y preparación para enfrentar el proceso gestacional. Por otra parte, más de la mitad de las participantes reportó dormir bien (67,24%), un aspecto importante del bienestar físico durante el embarazo, y una proporción considerable calificó su salud general como buena (72,27%), lo cual contribuye a contextualizar las condiciones de salud de la muestra. Conclusión: Los hallazgos del estudio indican que la AD (depresión anteparto) mantiene una correlación significativa con la MHL (alfabetización en salud materna), el SE (autoeficacia) y la FF (función familiar). Tanto la MHL como el FF presentaron efectos directos sobre la depresión anteparto, lo que significa que niveles más altos de alfabetización en salud materna y un funcionamiento familiar más adecuado se asocian con menores niveles de síntomas depresivos. Además, ambas variables pueden influir indirectamente en la AD a través del papel mediador de la autoeficacia, que actúa como un mecanismo intermedio en estas relaciones. A partir de estos resultados, los autores sugieren que los programas educativos dirigidos a mujeres embarazadas deberían centrarse en promover la alfabetización en salud materna, mejorar el funcionamiento familiar y fortalecer la autoeficacia, dado que estos elementos podrían desempeñar un papel clave en la prevención o disminución de la depresión anteparto. Estas recomendaciones se presentan como orientaciones esenciales para el diseño de futuras intervenciones educativas.

Título: “Autoeficacia general entre mujeres embarazadas que asisten a atención prenatal en Túnez y su asociación con la calidad de vida familiar ,2025”. Autor: Dardouri et al (35) Resumen: Objetivos: El estudio tuvo como propósito principal evaluar la autoeficacia general (AGE) en mujeres embarazadas que acudían a servicios de atención prenatal en un contexto caracterizado por ingresos medios-bajos. Además de esta evaluación inicial, se buscó identificar la relación existente entre la AGE y los distintos dominios de la calidad de vida familiar (CVF), entendida como un conjunto de dimensiones que abordan aspectos esenciales del entorno familiar, como la crianza, el bienestar material y la dinámica interna del hogar. Con estos objetivos, los autores pretendieron comprender mejor los factores que contribuyen a fortalecer o limitar la percepción de capacidad personal en las mujeres durante su proceso gestacional. Métodos: El diseño metodológico correspondió a un estudio analítico transversal, en el que la información se recopiló en un único momento temporal. Para medir la autoeficacia general, las investigadoras aplicaron la Escala de Autoeficacia General, instrumento reconocido por evaluar la percepción de competencia personal para enfrentar diversas situaciones. Paralelamente, la Escala de Calidad de Vida Familiar del Beach Center fue utilizada para explorar los distintos dominios que conforman la CVF. Posteriormente, se realizaron análisis de regresión lineal univariable y multivariable, con el fin de identificar los factores que predicen los niveles de autoeficacia general en mujeres embarazadas y determinar cuáles variables se relacionaban de manera significativa con dicha percepción. Resultados: En el estudio participaron 417 mujeres embarazadas, lo que proporcionó una muestra representativa del grupo poblacional atendido en el contexto prenatal estudiado. La prevalencia de baja AGE fue de 12,2%, un dato que llamó la atención de los autores, ya que sugiere que una proporción considerable de mujeres embarazadas percibe limitaciones en su capacidad para enfrentar los desafíos cotidianos o específicos del embarazo. Los análisis de regresión lineal multivariable revelaron que ciertos factores sociodemográficos y obstétricos se asociaban de manera significativa con los niveles de autoeficacia general. En particular, se observó que la edad avanzada ( $p = 0,02$ ), residir en una zona rural ( $p = 0,007$ ) y haber tenido un embarazo planificado ( $p = 0,003$ ) actuaban como predictores importantes de la AGE. Esto sugiere que tanto las características personales como el contexto geográfico y la planificación reproductiva influyen en cómo las mujeres perciben su capacidad para

manejar el embarazo. Para las mujeres que tenían al menos un hijo, ciertos componentes de la calidad de vida familiar demostraron ser factores determinantes positivos de la AGE. Entre ellos se destacaron la puntuación total de la FQOL ( $p < 0,001$ ), el dominio de crianza ( $p = 0,004$ ) y el bienestar material ( $p = 0,043$ ). Estos resultados indican que, cuando las condiciones familiares son más favorables, especialmente en términos de apoyo en la crianza y estabilidad material, las mujeres tienden a percibirse a sí mismas como más capaces y eficaces. Conclusión: El estudio concluye que la magnitud de baja autoeficacia general en mujeres embarazadas resulta relativamente elevada, con especial énfasis en aquellas que ya tienen al menos un hijo, quienes parecen estar particularmente expuestas a niveles reducidos de autoeficacia. A partir de estos hallazgos, los autores destacan la importancia de desarrollar programas prenatales multidisciplinarios orientados a la familia, los cuales incorporen estrategias destinadas a fortalecer la calidad de vida familiar, mejorar el bienestar material y apoyar los procesos de crianza de acuerdo con las necesidades específicas de cada hogar. Este enfoque permitiría ofrecer un acompañamiento integral a las gestantes, promoviendo una percepción más sólida de autoeficacia durante el embarazo.

Título: “Impacto del embarazo en la sexualidad de las gestantes del Eje Cafetero (COLOMBIA) ,2020”. Autor: De la Hoz, Franklin (36) Resumen: Objetivos: El propósito del estudio fue determinar la prevalencia de disfunciones sexuales en mujeres embarazadas del Eje Cafetero en Colombia y evaluar cómo estas alteraciones afectan la sexualidad durante cada uno de los trimestres de la gestación. El interés principal radicó en observar si los cambios fisiológicos, hormonales y emocionales propios del embarazo repercutían de manera progresiva en la función sexual y en la vivencia general de la sexualidad de las gestantes. Métodos: El trabajo se estructuró como un estudio observacional, prospectivo y descriptivo, lo que permitió seguir a las participantes a lo largo del embarazo y registrar de forma sistemática los cambios reportados. Para evaluar la función sexual se empleó el Índice de Función Sexual Femenina, instrumento ampliamente utilizado para medir distintos componentes de la sexualidad femenina en contextos clínicos. La metodología permitió obtener información detallada sobre la experiencia sexual de las gestantes en cada trimestre, identificando patrones y variaciones a lo largo del

proceso gestacional. Resultados: La investigación incluyó un total de 1440 gestantes, con una edad media de  $24,9 \pm 6,57$  años, lo que refleja una población predominantemente joven. La puntuación media del Índice de Función Sexual Femenina en la muestra total fue de  $29,47 \pm 5,48$  puntos, con valores mínimos y máximos de 9,71 y 30,58, respectivamente. Estas cifras permitieron establecer un panorama general sobre la función sexual durante el embarazo. En cuanto a la prevalencia de disfunciones sexuales, los resultados mostraron un incremento progresivo a lo largo de los trimestres. Durante el primer trimestre, la prevalencia fue del 39,79%, cifra que aumentó al 44,37% en el segundo trimestre, y que alcanzó su punto más alto en el tercer trimestre, con un 71,87%. Este aumento constante evidencia que el avance del embarazo se asocia con una mayor presencia de dificultades en la función sexual. Entre las disfunciones más frecuentes se identificó principalmente el trastorno del deseo (71,94%), seguido de la alteración del orgasmo (39,79%) y la presencia de dolor (26,45%), lo cual sugiere que los cambios experimentados durante el embarazo afectan diversos componentes de la respuesta sexual. Asimismo, se observó una disminución del 20,62% en la satisfacción sexual, lo que representa un impacto significativo en la percepción global de la sexualidad durante la gestación. Conclusión: El estudio concluye que, en las mujeres colombianas evaluadas, el embarazo ejerce un impacto negativo en la sexualidad, especialmente a medida que avanzan los trimestres. Estas alteraciones no solo afectan la experiencia sexual en sí misma, sino que también pueden repercutir en el bienestar general y en la relación de pareja, generando consecuencias emocionales y relacionales relevantes. Según los autores, comprender estos cambios es fundamental para ofrecer acompañamiento adecuado a las gestantes y promover una atención integral durante el embarazo.

### 3.2.2. Nacionales

Título: “Conducta sexual durante el embarazo en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Puente Piedra 2021”. Autor: Lucia Roció Quiñonez Franco (37) Resumen: Objetivo: El estudio tuvo como finalidad determinar la conducta sexual durante el embarazo en un grupo de puérperas atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. El objetivo principal fue describir cómo se modificaron distintos aspectos de la vida sexual durante los tres trimestres de la gestación, considerando cambios en el deseo, la frecuencia y las prácticas sexuales reportadas por las participantes. Con ello, se buscó comprender cómo el proceso gestacional influye en la dinámica sexual de las gestantes atendidas en dicho centro de salud. Método: Se desarrolló un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, basado en la revisión de información proporcionada por las puérperas después de culminar su embarazo. La muestra estuvo constituida por 109 puérperas, lo que permitió obtener un panorama representativo de la conducta sexual de las mujeres que acudieron al hospital. El diseño metodológico permitió analizar la evolución del comportamiento sexual a lo largo de cada trimestre, sin intervenir en los procesos ni modificar las condiciones en las que estos se desarrollaron. Resultados: Los hallazgos muestran variaciones importantes en los distintos componentes evaluados. En relación con el deseo sexual, el 65,1% de las gestantes en el primer trimestre, el 59,6% en el segundo trimestre y el 41,3% en el tercer trimestre manifestaron que su deseo sexual se mantuvo igual, lo que indica una tendencia a la disminución progresiva conforme avanza la gestación. En cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales, durante el primer trimestre, el 50,5% reportó mantener relaciones una vez por semana, lo que representa la etapa con mayor frecuencia registrada. Sin embargo, durante el segundo trimestre, el 45% declaró una frecuencia de una vez al mes, y en el tercer trimestre, esta cifra aumentó al 69,7%, evidenciando una reducción significativa en la frecuencia conforme progresa el embarazo. Respecto a las prácticas sexuales durante el embarazo, las participantes refirieron la práctica vaginal como la más frecuente, con valores de 79,8% en el primer trimestre, 88,1% en el segundo y 85,3% en el tercero, lo que sugiere que, pese a las variaciones en el deseo y la frecuencia, este tipo de práctica se mantuvo como la predominante a lo largo de la gestación. Conclusión:

Los resultados permiten concluir que la frecuencia de relaciones sexuales durante el embarazo experimentó cambios importantes, mostrando una disminución progresiva a medida que avanzaba la gestación. Este patrón evidencia que los trimestres finales suelen asociarse con una reducción más marcada en la actividad sexual, lo cual es coherente con los cambios físicos y emocionales propios del embarazo. El estudio subraya la necesidad de que los profesionales de la salud brinden orientación adecuada y basada en evidencia para acompañar a las gestantes y parejas durante estos cambios naturales en la conducta sexual.

Título: “Ejercicio de la sexualidad en gestantes de Tacna 2020”. Autor: Sologuren et al (38) Resumen: Objetivo: El propósito del estudio fue determinar los factores asociados a la sexualidad durante la gestación y, al mismo tiempo, describir los cambios que ocurren en cada trimestre del embarazo. Los autores buscaron comprender cómo diversos elementos personales, relacionales y propios del proceso gestacional influyen en la vivencia sexual de las gestantes, reconociendo que el embarazo conlleva transformaciones físicas y emocionales que pueden modificar la forma en que las mujeres experimentan su sexualidad a lo largo de los meses. Métodos: La investigación se llevó a cabo mediante un estudio transversal y analítico, lo que permitió examinar de manera puntual las características de la sexualidad durante la gestación en el grupo estudiado. La muestra estuvo conformada por 346 puérperas, quienes aportaron información retrospectiva sobre sus experiencias sexuales durante los tres trimestres del embarazo. El enfoque analítico permitió identificar variaciones en la frecuencia y continuidad de los encuentros sexuales, así como establecer asociaciones entre estos cambios y los factores que influyeron en la vivencia sexual de las participantes. Resultados: Los datos obtenidos mostraron que el 56% de las gestantes mantuvo encuentros sexuales hasta un mes antes del parto, lo cual evidencia que una proporción importante de mujeres continuó ejercitando su sexualidad incluso en etapas avanzadas de la gestación. En cuanto a la frecuencia de relaciones sexuales, se identificaron variaciones entre los trimestres: durante el primer trimestre, el 54% reportó una frecuencia de una vez por semana; en el segundo trimestre, esta cifra fue del 43%; mientras que, en el tercer trimestre, aumentó al 63%, lo que refleja una tendencia particular en la que la frecuencia disminuye hacia la mitad del embarazo, pero

experimenta un incremento hacia el final del periodo gestacional. Conclusión: El estudio concluye que la vivencia de la sexualidad cambia durante el embarazo, mostrando fluctuaciones a lo largo de los trimestres y siendo influenciada por distintos factores propios del proceso gestacional. Estos resultados refuerzan la importancia de abordar la sexualidad de manera integral durante el control prenatal, considerando sus variaciones naturales y la necesidad de brindar información y acompañamiento adecuado a las gestantes y sus pareja.

Título: “Actitud y conducta sexual de la mujer durante la gestación atendido en el Centro de Salud Ccasapata-Yauli, Huancavelica, 2024”. Autor: Elva Mónica Ledesma Giráldez, Madeley Patricia Ramos Quispe (39) Resumen: Objetivo: La investigación tuvo como finalidad determinar la actitud y la conducta sexual de un grupo de 68 gestantes en el tercer trimestre, todas ellas atendidas en el Centro de Salud Ccasapata–Yauli, ubicado en la región de Huancavelica. El estudio buscó describir cómo las mujeres percibían su sexualidad durante esta etapa avanzada del embarazo y qué comportamientos adoptaban, considerando que el tercer trimestre suele acompañarse de cambios físicos, emocionales y sociales que influyen en la vivencia sexual. La identificación de estas actitudes y prácticas permite reconocer necesidades de orientación y acompañamiento en salud sexual y reproductiva. Métodos: El trabajo se llevó a cabo mediante un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, guiado por un enfoque cuantitativo. Para la recolección de datos se empleó la técnica de encuesta, utilizando un cuestionario validado por expertos, lo que garantizó la confiabilidad del instrumento y la rigurosidad del proceso. Este diseño metodológico permitió registrar las percepciones y comportamientos sexuales de las gestantes sin intervención de los investigadores, ofreciendo una visión objetiva de la situación en la población estudiada. Resultados: Los hallazgos mostraron que el 76,5% de las gestantes presentaron actitud positiva y conducta sexual activa, lo que indica que, aun en el tercer trimestre, una gran mayoría mantenía una percepción favorable hacia su sexualidad. En cuanto a las características sociodemográficas, el 63,2% tenía entre 18 y 29 años, lo que refleja una población mayoritariamente joven. El 54,4% pertenecía a la religión evangélica, el 91,2% residía en zona rural y el 52,9% contaba con estudios secundarios, lo que evidencia un perfil marcado por condiciones típicas de la zona andina. Además, el 69,1% convivía con su pareja, mientras que el 30,9% se desempeñaba como ama de casa o comerciante, mostrando una predominancia de

actividades económicas informales o domésticas. En relación con el entorno familiar, el 80,9% tenía ingresos menores a S/. 1030, el 98,5% vivía con más de tres personas y el 88,2% residía con su pareja, lo que sugiere estructuras familiares ampliadas y convivencia frecuente en hogares numerosos. Asimismo, el 29,4% no había tenido embarazos previos, lo que aporta información sobre la experiencia obstétrica de las participantes. Durante la gestación, los comportamientos sexuales mostraron características particulares: el 67,6% manifestó haber experimentado caricias como forma de interacción afectiva; el 77,9% refirió adoptar la postura de costado, probablemente debido a la comodidad física que ofrece en el tercer trimestre. Por otro lado, el 58,8% había evitado las relaciones sexuales en algún momento, siendo el “miedo a hacerle daño al bebé” la razón más mencionada (39,3%), lo que evidencia la presencia de creencias o dudas frecuentes en esta etapa. Finalmente, en el 73,5%, la iniciativa sexual provenía de la pareja, lo que refleja dinámicas relacionales particulares en el contexto estudiado. Conclusión: El estudio concluye que la actitud y la conducta sexual de la gestante constituyen factores relevantes en la planificación del embarazo, ya que influyen en el bienestar emocional, la relación de pareja y la vivencia de la gestación. Se resalta la importancia de ofrecer consejería en sexualidad durante el embarazo, especialmente en el tercer trimestre, donde se observaron cambios notorios en la frecuencia y forma de las relaciones sexuales. Los resultados señalaron una disminución progresiva en la frecuencia sexual a medida que avanzaba la gestación, y la postura de costado se mantuvo como la predominante, probablemente debido a su mayor comodidad y adaptación a los cambios físicos propios de esa etapa.

### 3.2.3. Locales

Durante el proceso de revisión de antecedentes investigativos en las universidades locales, no se identificó ningún estudio que abordara una temática similar a la propuesta de investigación. Esta ausencia de trabajos previos evidencia un vacío académico en el contexto local, lo cual resalta la pertinencia y la necesidad de desarrollar el presente estudio. Asimismo, la falta de investigaciones relacionadas sugiere que el tema aún no ha sido explorado de manera sistemática en la región, lo que otorga a la nueva investigación un carácter innovador y la posibilidad de contribuir de forma significativa al conocimiento existente.

#### 4. Hipótesis

Dado que la sexualidad es un aspecto central para todos los seres humanos, la misma que puede presentar modificaciones en las diferentes etapas de la vida debido a procesos fisiológicos, evolutivos y patológicos por los cuales las personas necesitan de cierto nivel de autoeficacia para poder desarrollar una sexualidad plena;

Es probable que exista relación entre el nivel de autoeficacia y las actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar.





## **CAPÍTULO II**

# **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

### 1.1. Técnicas

Se utilizó como técnica la encuesta (6).

### 1.2. Instrumentos

#### 1.2.1. Escala de autoeficacia general

Esta escala fue elaborada en Alemania por Baessler y Schwarzer en el año 1981 y posteriormente fue adaptada a la realidad peruana por Anicama, J; Cirilo, I en el año 2011 (40) La administración de la escala puede ser individual o colectiva y su duración aproximada es de 10 minutos. La versión original estaba conformada por 10 enunciados siendo con un tipo de respuesta escala Likert de 4 categorías, pero en la validación peruana de Anicama y Cirilo en base a los 10 enunciados (1,2,4,5,7,9,11,12,13) originales se incluyeron cuatro enunciados más a esta versión (3,6,8,10,14), constituyendo así una dimensión control, la cual evalúa la deseabilidad social. La calificación, se suma los puntajes y se obtiene una sola puntuación total. El máximo puntaje que se puede obtener en la escala es 40 y el mínimo 10. Todas las respuestas son calificadas en sentido positivo, es decir, cuando responden totalmente de acuerdo el puntaje es de 4 y si responden en desacuerdo se asigna 1 punto. En cuanto a la validez de la versión peruana que fue aplicada en el presente estudio, se determinó mediante 10 jueces encontrando que los valores de la V de Aiken fueron de .90 a 1.00 lo que demuestra un alto nivel de validez.

#### 1.2.1.1. Inventario de actitudes sexuales de Eysenck

Fue creado por Hans Jürgen Eysenck en 1976. Para su última adaptación en el contexto peruano fue realizada por Loo en el año 2015 (41) El inventario posee 45 ítems distribuidos en 5 factores, el primer factor liberalismo, el segundo es el factor puritanismo, seguido del factor neuroticismo, y excitabilidad y finalmente el factor inseguridad sexual. La aplicación se puede realizar de forma individual como colectiva, el tiempo promedio que dura la prueba es de 15 a 20 minutos. La puntuación es de 1 o 0, según el tipo de respuesta “Cierto” o “Falso” escogida por el examinador, mientras que el signo de interrogación no recibe ningún puntaje. El máximo puntaje es de 45 y el mínimo puntaje es de 9. En el Perú, el instrumento fue validado por Gonzales en el año 1991 mediante la validez de 10

expertos encontrando que el puntaje de la V de Aiken fue de .90 a 1.00 con una  $p < 0,001$ . Posteriormente se evaluó la consistencia interna utilizando el coeficiente de Alfa de Cronbach, demostrando una fiabilidad de .782, lo cual hace que el inventario sea confiable.

### 1.2.1.2. Ficha de recolección de datos

Instrumento elaborado por las investigadoras para la obtención de datos referidos a los datos sociodemográficos.

### 1.2.2. Cuadro de coherencia

**Tabla 2**  
**Cuadro de coherencia**

VARIABLES	INDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO
<b>Variable Independiente:</b> Nivel de autoeficacia	Percepción sobre el nivel de dificultad para poder realizarla	Encuesta	Escala de autoeficacia general
	Confianza para superar dificultades		
	Transferencia de logros previos		
<b>Variable dependiente:</b> <b>Actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo</b>	Permisibilidad en su conducta sexual	Encuesta	Inventario de actitudes sexuales de Eysenck
	Flexibilidad en sus creencias sobre la sexualidad		
	Rechazo o pudor sexual		
	Conducta conservadora		
	Disfrute sexual		
	Conducta sexual ocasional		
<b>Variables intervinientes:</b> Datos sociodemográficos	Edad de la gestante	Encuesta	Ficha de recolección de datos
	Edad de la pareja		
	Situación conyugal		
	Nivel de instrucción		

	Gestaciones previas		
	Paridad		
	Trimestre de la gestación		
	Ha recibido información		
	Ha tenido cambios en la vivencia de la sexualidad durante el embarazo		

**\*Elaboración propia.**

### 1.3. Materiales

- Formularios del instrumento
- Computadora: software y hardware
- Papel bond
- Material de escritorio.
- Files
- Archivadores.

## 2. Campo de verificación

### 2.1. Ubicación espacial

#### 2.1.1. Precisión del lugar

- Ámbito general: Arequipa
- Ámbito específico: Centro de Salud Mariano Melgar.

#### 2.1.2. Caracterización del lugar

Ámbito institucional.

### 2.1.3. Delimitación gráfica del lugar

- Dirección: Calle Ica 303 Urbanización San Lorenzo.
- Croquis del Centro de Salud (Anexo 2).

## 2.2. Ubicación temporal

### 2.2.1. Cronología

Enero - Diciembre 2024.

### 2.2.2. Visión temporal

Prospectivo (6).

### 2.2.3. Corte temporal

Transversal (6).

## 2.3. Unidades de estudio

### 2.3.1. Universo cuantitativo

Durante los meses de noviembre y diciembre del año 2024, el establecimiento de salud registró la atención de un total de 120 gestantes. Esta cifra permite contar con una referencia precisa del número de mujeres embarazadas que accedieron a los servicios durante dicho periodo, lo cual resulta útil para dimensionar la población atendida, contextualizar la demanda asistencial y proyectar posibles necesidades en futuras evaluaciones o investigaciones relacionadas con la atención prenatal.

### 2.3.2. Muestra

Se trabajó con todas las gestantes atendidas durante el periodo de noviembre a diciembre, siempre que cumplieran con los criterios de selección establecidos para el estudio. Esto permitió incluir únicamente a las participantes que cumplieran con las condiciones definidas previamente, garantizando así la coherencia metodológica y la pertinencia de los datos recogidos. De este modo, la muestra final estuvo conformada por el total de gestantes que, además de haber sido atendidas en dicho periodo, reunieron las características necesarias para formar parte del proceso investigativo:

### 2.3.2.1. Criterios de inclusión

- Gestantes sin límite de edad, que fueron atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar durante los meses de noviembre a diciembre del 2024.
- Gestantes que habían sido atendidas en el establecimiento durante el segundo y tercer trimestre del embarazo.
- Gestantes que aceptaron participar en la investigación mediante firma del consentimiento informado.

### 2.3.2.2. Criterios de exclusión

- Gestantes que fueron referidas a otros establecimientos de salud.
- Gestantes que no hablaban español, debido a que los instrumentos habían sido validados al español.

### 2.3.3. Consentimiento informado

Sólo se incluyó en el estudio a las gestantes que brindaron consentimiento informado.

## 3. Estrategia de recolección de datos

### 3.1. Organización

#### 3.1.1. Autorización

- Fue otorgada por la Dra Ángela Quiñones Hermosa, jefa del Centro de Salud.
- Una vez que se tuvo la autorización de ejecución de la investigación, se identificaron las gestantes según el libro de registro de atenciones del Servicio de Obstetricia y se procedió a explicarles el propósito del estudio, solicitándoles su participación en el mismo.
- La aplicación de los instrumentos fue realizada por las investigadoras, captando a las pacientes mientras se encontraban en la sala de espera para su atención.

### 3.2. Recursos

#### 3.2.1. Humanos

- Srta. Minaya Coaquira Carroll Nickoll
- Srta. Rivera Oviedo Nelly Roxana
- Alumnas de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María.
- Asesora: Mgter. María Rosario Medina Luque.
- Obstetra docente de la Universidad Católica de Santa María.

#### 3.2.2. Institucionales

- Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María.
- Centro de Salud Mariano Melgar.

#### 3.2.3. Financieros

Autofinanciamiento.

### 4. Criterios para el manejo de los resultados

#### 4.1. A nivel de sistematización de datos

##### 4.1.1. Tipo de sistematización

La sistematización de la información se realizó de manera electrónica, lo que permitió organizar y procesar los datos con mayor precisión y eficiencia. Para ello, se elaboró inicialmente una base de datos en el programa Excel, donde se registraron y ordenaron todas las variables contempladas en el estudio. Posteriormente, esta información fue procesada mediante el programa estadístico SPSS versión 26, herramienta que facilitó la ejecución de los análisis correspondientes y garantizó un manejo adecuado de los datos para obtener resultados fiables y coherentes con los objetivos planteados (6).

#### 4.1.2. Análisis estadístico

El análisis estadístico se centró en la descripción detallada de los datos obtenidos, especialmente aquellos correspondientes a variables cuantitativas, las cuales fueron examinadas mediante medidas descriptivas que permitieron caracterizar su comportamiento dentro de la muestra estudiada. En el caso de las variables categóricas, los resultados se expresaron utilizando frecuencias absolutas y porcentajes, con el fin de mostrar de manera clara la distribución de cada categoría y facilitar la interpretación de los patrones observados. Para evaluar la significancia estadística de las asociaciones identificadas, se empleó la Prueba de Chi cuadrado, técnica ampliamente utilizada en estudios con variables cualitativas para determinar la existencia de relaciones significativas entre ellas. Se consideraron estadísticamente significativos aquellos resultados cuyo valor de probabilidad alcanzó un  $p < 0,05$ , criterio que permitió establecer conclusiones con un nivel adecuado de confianza y rigor metodológico (6).

#### 4.1.3. Validación del instrumento

Los instrumentos empleados en la investigación han sido previamente validados en el Perú, lo que garantiza que cumplen con los estándares metodológicos necesarios para su aplicación en población gestante. Estas validaciones nacionales han demostrado que los instrumentos presentan niveles adecuados de confiabilidad, asegurando así que las mediciones obtenidas reflejan de manera consistente y precisa las variables de interés. Gracias a ello, su utilización en el presente estudio aporta solidez metodológica y respalda la calidad de los resultados alcanzados.



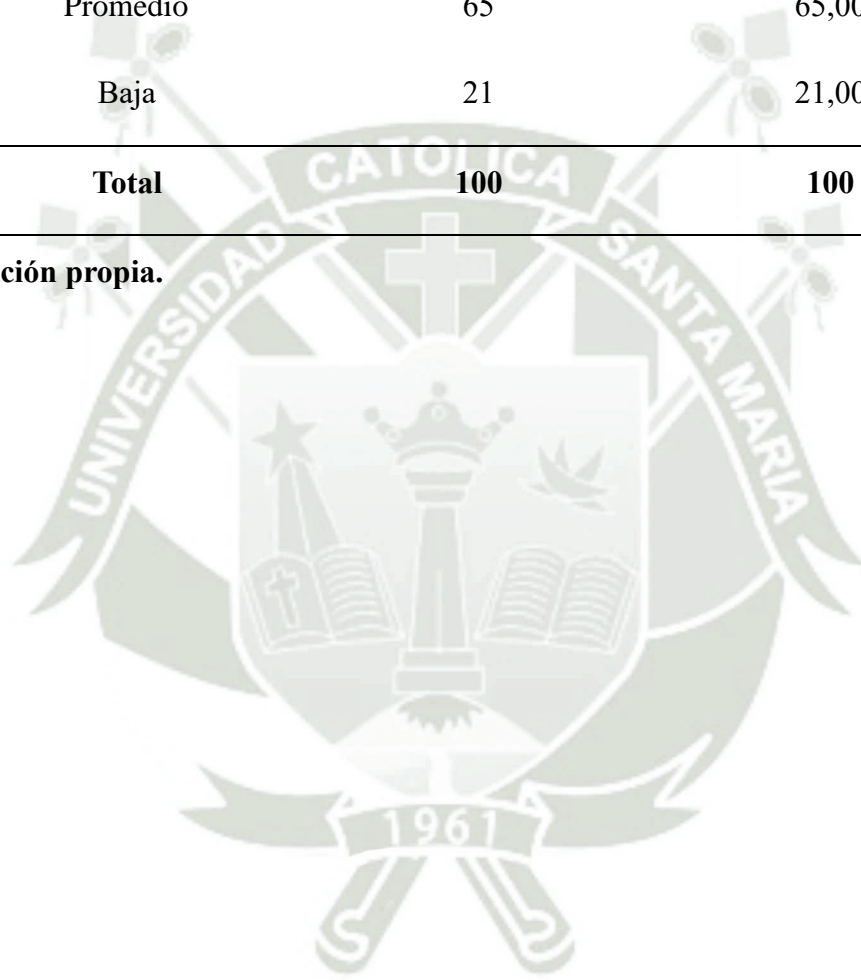
## **CAPÍTULO III RESULTADOS**

Tabla 3

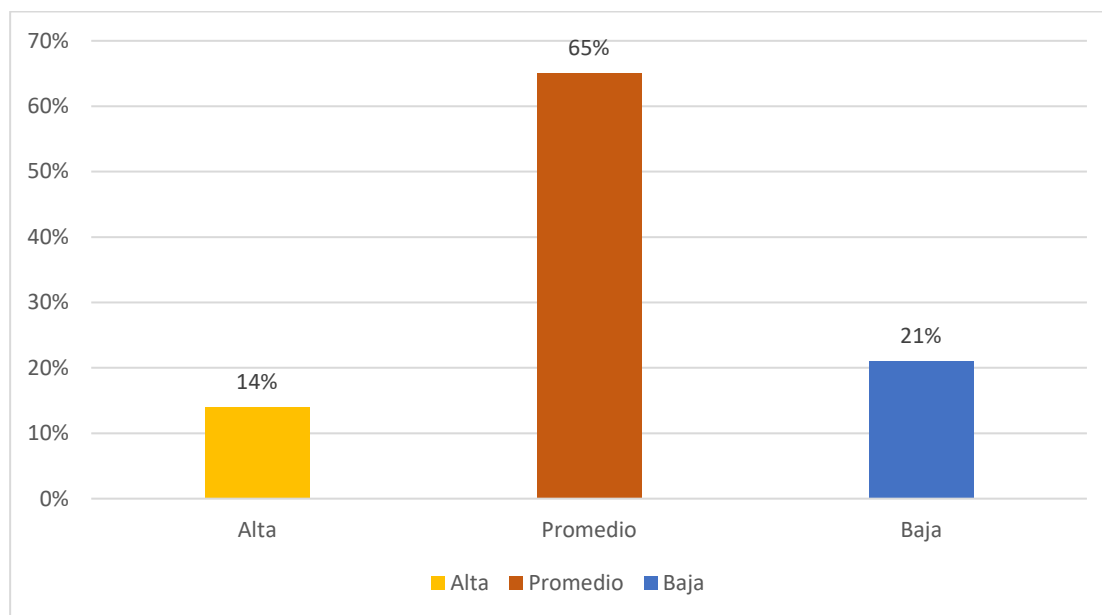
Gestantes según nivel de autoeficacia. Centro de Salud Mariano Melgar. 2024

Nivel de autoeficacia	F	%
Alta	14	14,00
Promedio	65	65,00
Baja	21	21,00
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

\*Elaboración propia.



**Figura 1**  
**Gestantes según nivel de autoeficacia**



**\*Elaboración propia.**

Se observa que el 14% de las gestantes presenta un nivel de autoeficacia alto, lo cual indica que este grupo percibe una mayor capacidad para afrontar las exigencias propias del embarazo y las actividades cotidianas. Asimismo, el 65% muestra un nivel de autoeficacia promedio, categoría en la que se ubica la mayoría de las participantes y que refleja una percepción moderada de sus habilidades personales. Finalmente, el 21% evidencia un nivel de autoeficacia bajo, grupo que podría requerir mayor apoyo y acompañamiento, ya que manifiesta una menor confianza en su capacidad para manejar las situaciones relacionadas con la gestación. Estas proporciones permiten identificar diferencias importantes en la percepción de autoeficacia dentro de la muestra estudiada.

Tabla 4

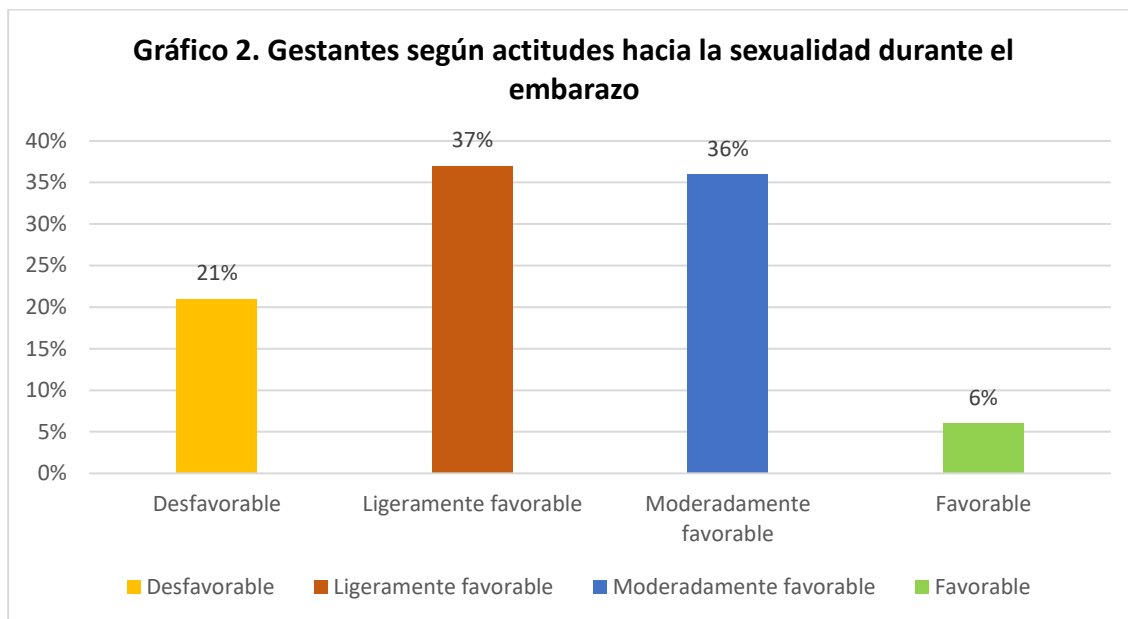
Gestantes según actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo. Centro de salud  
mariano melgar. 2024

Actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo	F	%
Desfavorable	21	21,00
Ligeramente favorable	37	37,00
Moderadamente favorable	36	36,00
Favorable	6	6,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,00</b>

\*Elaboración propia.

Figura 2

## Gestantes según actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo

**\*Elaboración propia.**

Se observa que las actitudes de las gestantes hacia la sexualidad durante el embarazo presentan una distribución heterogénea dentro de la muestra estudiada. En primer lugar, el 21% manifiesta actitudes desfavorables, lo que sugiere la presencia de percepciones negativas, dudas o temores que podrían influir en la forma en que viven su sexualidad durante la gestación. Por otro lado, el 37% expresa actitudes ligeramente favorables, indicando una postura intermedia en la que existe cierta apertura, aunque acompañada de reservas o inquietudes.

Asimismo, el 36% presenta actitudes moderadamente favorables, grupo que muestra una disposición más positiva, con mayor aceptación de la sexualidad en el embarazo y una actitud más flexible frente a los cambios propios de esta etapa. Finalmente, el 6% evidencia actitudes favorables, reflejando una visión positiva y una mayor comodidad respecto a su vivencia sexual durante la gestación. Esta distribución permite apreciar la diversidad de percepciones existentes y resalta la importancia de brindar orientación adecuada para favorecer actitudes informadas y saludables.

**Tabla 5**

**Relación entre el nivel de autoeficacia y las actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo en gestantes. Centro de Salud Mariano Melgar. 2024.**

		ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO									
		Desfavorable (N = 21)		Ligeramente favorable (N = 37)		Moderadamente favorable (N = 36)		Favorable (N = 6)		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
NIVEL DE AUTOEFICACIA	Alta	2	14,29	2	14,29	9	64,29	1	7,14	14	100
	Promedio	17	26,15	25	38,46	19	29,23	4	6,15	65	100
	Baja	2	9,52	10	47,62	8	38,09	1	4,76	21	100

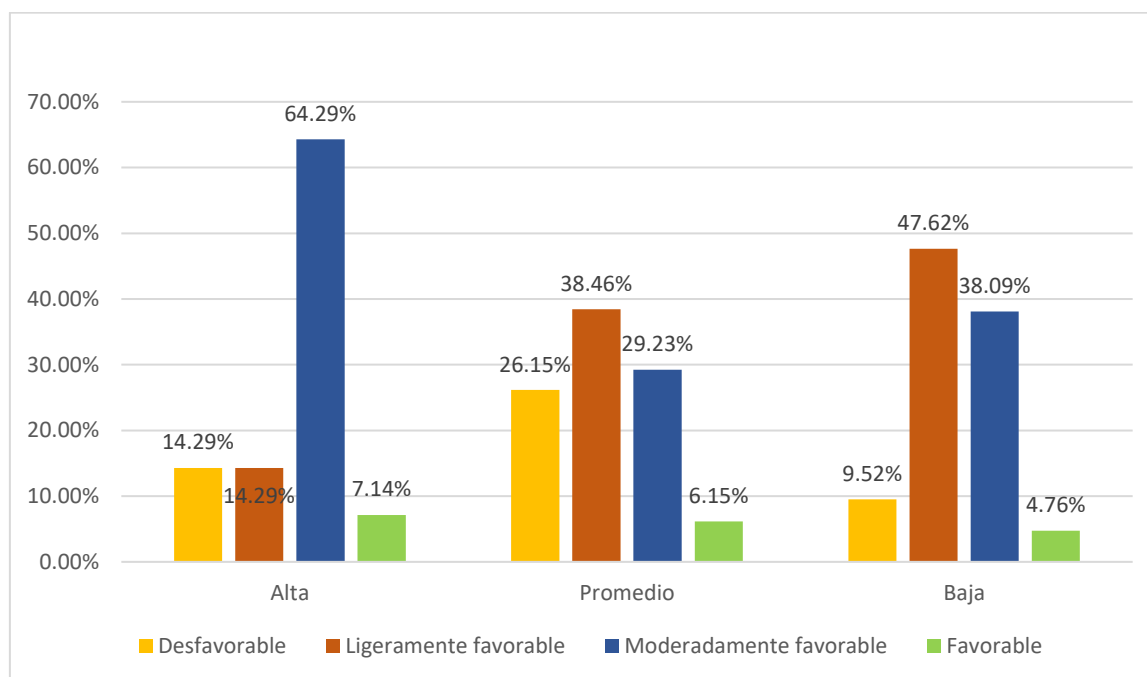
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	110,212 <sup>a</sup>	12	,000
Razón de verosimilitud	20,671	12	,055
N de casos válidos	101		

**\*.a. 14 casillas (70,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01. Elaboración propia.**

**Figura 3**

**Relación entre el nivel de autoeficacia y las actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo**



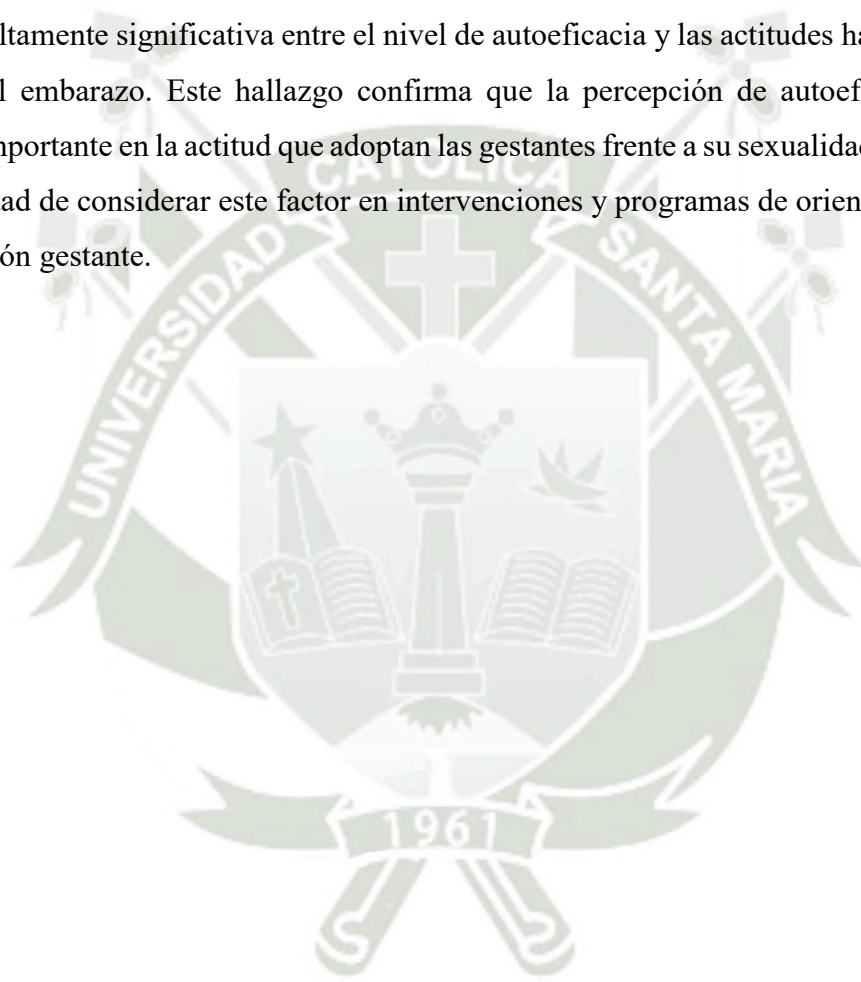
**\*Elaboración propia.**

Se observa que, entre las gestantes con nivel de autoeficacia alta, el 64,29% presenta actitudes moderadamente favorables hacia la sexualidad durante el embarazo, lo que indica una disposición positiva acompañada de cierta seguridad personal. Asimismo, el 14,29% manifiesta actitudes ligeramente favorables, mientras que otro 14,29% muestra actitudes desfavorables, evidenciando que incluso dentro de este grupo existen percepciones diversas. Finalmente, el 7,14% expresa actitudes favorables, representando el porcentaje más reducido, pero con una postura claramente positiva frente al tema.

En el caso de las gestantes con nivel de autoeficacia promedio, los resultados revelan una distribución más dispersa. El 38,46% presenta una actitud ligeramente desfavorable, lo que refleja cierta inseguridad o reservas. Por otro lado, el 29,23% muestra una actitud moderadamente favorable, mientras que el 26,15% registra actitudes desfavorables, porcentaje que sugiere un nivel notable de percepciones negativas dentro de este grupo. Solo el 6,15% expresa actitudes favorables, constituyendo el grupo minoritario con una visión positiva.

Respecto a las gestantes con baja autoeficacia, se encontró que el 47,62% presenta actitudes ligeramente favorables, lo que resulta relevante dado que, a pesar de su baja percepción de capacidad personal, casi la mitad mantiene una postura algo positiva hacia la sexualidad durante el embarazo. Además, el 38,09% muestra actitudes moderadamente favorables, el 9,52% expresa actitudes desfavorables, y el 4,76% demuestra actitudes favorables, siendo este último el porcentaje más reducido en el grupo.

Finalmente, mediante la Prueba de Chi cuadrado de Pearson, se determinó que existe una relación altamente significativa entre el nivel de autoeficacia y las actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo. Este hallazgo confirma que la percepción de autoeficacia influye de manera importante en la actitud que adoptan las gestantes frente a su sexualidad, lo cual refuerza la necesidad de considerar este factor en intervenciones y programas de orientación dirigidos a la población gestante.



**Tabla 6**

**Relación entre la edad de la gestante y el nivel de autoeficacia. Centro de salud mariano melgar. 2024**

		NIVEL DE AUTOEFICACIA						TOTAL	
		Alta (N = 14)		Promedio (N = 65)		Baja (N = 21)			
EDAD		F	%	F	%	F	%	F	%
< 20		0	0	0	0	7	100	7	100
20 – 29		7	16,67	19	45,24	12	28,57	42	100
30 – 39		7	16,67	28	66,64	7	16,67	42	100
40 – 49		0	0,00	7	77,78	2	22,22	9	100

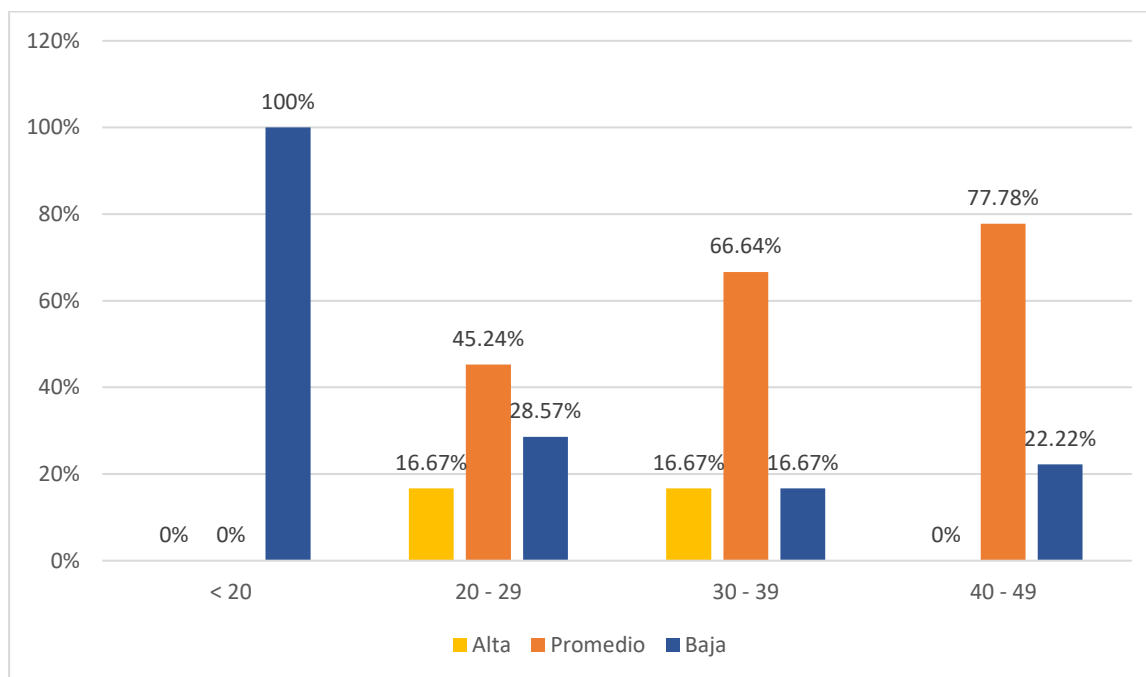
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	73,004 <sup>a</sup>	72	,445
Razón de verosimilitud	61,444	72	,808
N de casos válidos	100		

**\* a. 97 casillas (97,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01. Elaboración propia.**

**Figura 4**

**Relación entre la edad de la gestante y el nivel de autoeficacia**



**\*Elaboración propia.**

Se observa que, entre las gestantes menores de 20 años, predomina de manera absoluta el nivel de autoeficacia baja, alcanzando el 100% de las participantes en este grupo etario. Este resultado muestra que, en las edades más tempranas, la percepción de capacidad personal para afrontar situaciones relacionadas con la gestación es considerablemente reducida.

En el grupo de gestantes entre 20 y 29 años, se identificó una distribución más diversa: el 45,24% presenta un nivel de autoeficacia promedio, siendo esta la categoría predominante; el 28,57% muestra autoeficacia baja, mientras que el 16,67% exhibe un nivel de autoeficacia alta, lo que evidencia que a medida que aumenta la edad, también se diversifica la percepción de autoeficacia.

En las gestantes de 30 a 39 años, el patrón observado muestra que el 66,64% posee un nivel de autoeficacia promedio, constituyendo la mayoría dentro de este grupo. Además, el 16,67% presenta autoeficacia alta y el 16,67% autoeficacia baja, lo que indica una distribución equilibrada entre los niveles alto y bajo, aunque con amplio predominio del nivel promedio.

En las gestantes de 40 años a más, el 77,78% presenta autoeficacia promedio, mientras que el 22,22% evidencia autoeficacia baja. No se registraron casos de autoeficacia alta en este grupo,

lo que permite inferir que, en edades avanzadas, la percepción de autoeficacia tiende a concentrarse en niveles intermedios.

Es importante señalar que la media de edad de las gestantes fue de 30 años, con una edad mínima de 18 años y una edad máxima de 44 años, lo que proporciona un contexto general sobre la distribución etaria de la población estudiada.

Finalmente, mediante la Prueba de Chi cuadrado de Pearson, se determinó que la edad de la gestante no se relaciona con el nivel de autoeficacia. Este resultado indica que, aunque se observan variaciones descriptivas entre grupos etarios, dichas diferencias no alcanzan significancia estadística, por lo que la edad no constituye un factor determinante en la percepción de autoeficacia dentro de la población estudiada..



**Tabla 7**

**Relación entre la edad de la pareja y el nivel de autoeficacia. Centro de salud mariano melgar. 2024**

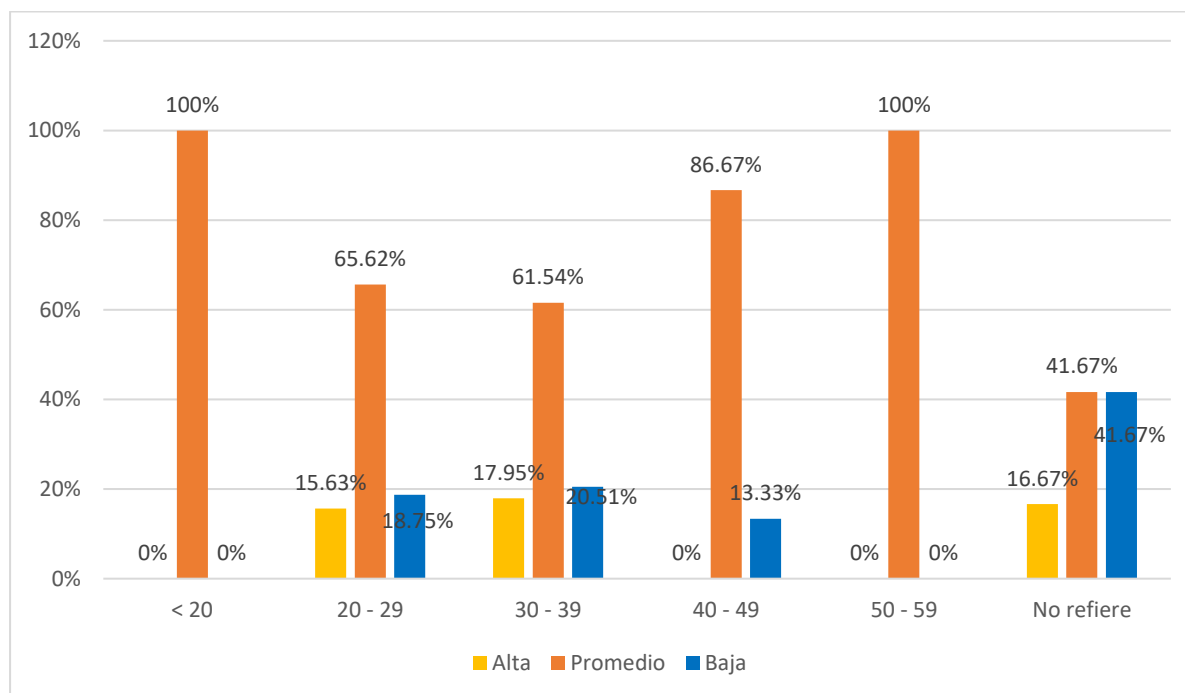
		NIVEL DE AUTOEFICACIA							
		Alta		Promedio		Baja		TOTAL	
		(N = 14)		(N = 65)		(N = 21)			
		F	%	F	%	F	%	F	%
<b>EDAD DE LA PAREJA</b>	<b>&lt; 20</b>	0	0	1	100	0	0	1	100
	<b>20 – 29</b>	5	15,63	21	65,62	6	18,75	32	100
	<b>30 – 39</b>	7	17,95	24	61,54	8	20,51	39	100
	<b>40 – 50</b>	0	0	14	87,5	2	12,5	16	100
	<b>No refiere</b>	2	16,67	5	41,67	5	41,67	12	100

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	152,398 <sup>a</sup>	84	,000
Razón de verosimilitud	68,693	84	,887
N de casos válidos	100		

**\*a. 114 casillas (98,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01. Elaboración propia.**

**Figura 5**  
**Relación entre la edad de la pareja y la autoeficacia**



**\*Elaboración propia.**

Se observa que, respecto a la relación entre la edad de la pareja y el nivel de autoeficacia de las gestantes, los datos muestran patrones diferenciados según los grupos etarios. En el caso de las parejas menores de 20 años, se encontró que el 100% de las gestantes correspondiente a este grupo presentaba un nivel de autoeficacia promedio, lo que indica homogeneidad total en esta categoría.

Entre las parejas de 20 a 29 años, el 65,62% de las gestantes mostró un nivel de autoeficacia promedio, constituyendo la mayoría en este intervalo de edad. Asimismo, el 18,75% presentó autoeficacia baja, mientras que el 15,63% evidenció un nivel de autoeficacia alta, lo que revela una distribución más variada conforme aumenta la edad de la pareja.

En las gestantes cuyas parejas tenían entre 30 y 39 años, se observó que el 61,54% presentaba un nivel de autoeficacia promedio, el 20,51% mostraba autoeficacia baja y el 17,95% autoeficacia alta, reflejando nuevamente una tendencia hacia la predominancia del nivel promedio, aunque con proporciones considerables tanto en los niveles alto como bajo.

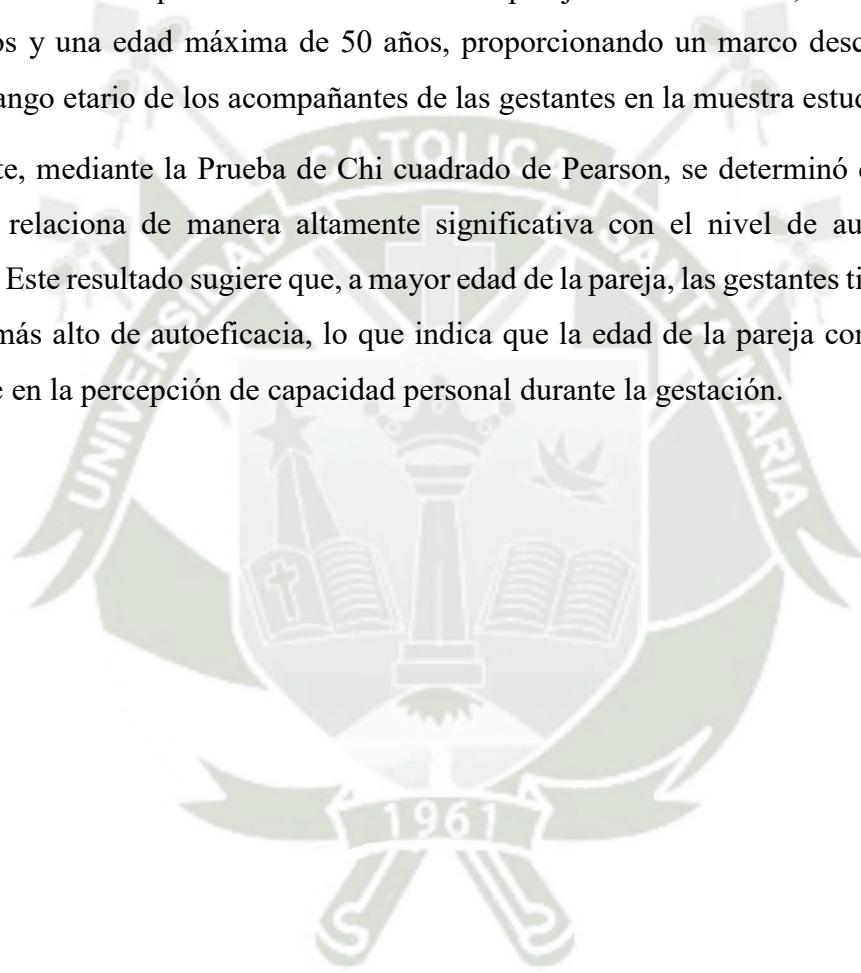
En el grupo de parejas con edades entre 40 y 50 años, el 87,50% de las gestantes evidenció un nivel de autoeficacia promedio, mientras que el 12,50% mostró autoeficacia baja. En este

segmento, no se registraron casos de autoeficacia alta, concentrándose la mayoría de las gestantes en el nivel intermedio.

Adicionalmente, se identificó que 12 gestantes no proporcionaron la edad de sus parejas. En este grupo, se encontró que el 41,67% presentaba autoeficacia promedio, otro 41,67% autoeficacia baja, y el 16,67% autoeficacia alta, lo que refleja una distribución más equitativa entre los niveles de autoeficacia.

Es pertinente señalar que la media de edad de las parejas fue de 32 años, con una edad mínima de 18 años y una edad máxima de 50 años, proporcionando un marco descriptivo adecuado sobre el rango etario de los acompañantes de las gestantes en la muestra estudiada.

Finalmente, mediante la Prueba de Chi cuadrado de Pearson, se determinó que la edad de la pareja se relaciona de manera altamente significativa con el nivel de autoeficacia de las gestantes. Este resultado sugiere que, a mayor edad de la pareja, las gestantes tienden a presentar un nivel más alto de autoeficacia, lo que indica que la edad de la pareja constituye un factor influyente en la percepción de capacidad personal durante la gestación.



**Tabla 8**

**Relación entre la situación conyugal y el nivel de autoeficacia. Centro de Salud Mariano Melgar. 2024**

		NIVEL DE AUTOEFICACIA						TOTAL	
		Alta		Promedio		Baja			
		(N = 14)	(N = 65)	(N = 21)					
		F	%	F	%	F	%	F	%
SITUACIÓN CONYUGAL	Soltera	3	10	20	66,67	7	23,33	30	100
	Casada	3	16,67	11	61,11	4	22,22	18	100
	Conviviente	6	13,04	32	69,56	8	17,39	46	100
	Separada	2	33,33	2	33,33	2	33,33	6	100

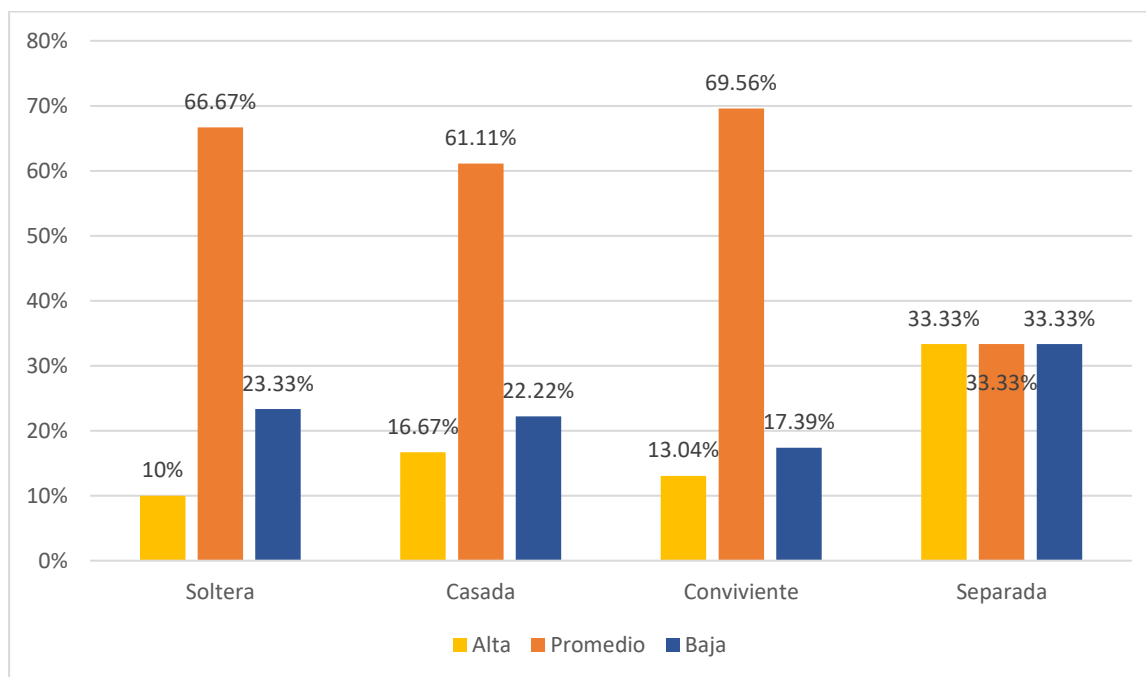
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,575 <sup>a</sup>	9	,782
Razón de verosimilitud	5,533	9	,786
N de casos válidos	100		

**\*a. 10 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,06. Elaboración propia.**

**Figura 6**

**Relación entre la situación conyugal y el nivel de autoeficacia**



**\*Elaboración propia.**

Se observa que, entre las gestantes solteras, el 66,67% presenta un nivel de autoeficacia promedio, lo que indica que la mayoría percibe sus capacidades personales en un rango intermedio. Además, el 23,33% muestra autoeficacia baja, mientras que el 10% evidencia autoeficacia alta, conformando así una distribución donde predomina el nivel promedio, seguido por el nivel bajo.

En las gestantes casadas, también se observa un predominio del nivel de autoeficacia promedio, alcanzando el 61,11%. A ello se suma que el 22,22% presenta autoeficacia baja, y el 16,67% muestra autoeficacia alta, evidenciando una distribución más homogénea entre los niveles alto y bajo en comparación con el grupo de gestantes solteras.

Entre las gestantes convivientes, el 69,56% presenta autoeficacia promedio, convirtiéndose en el grupo con el porcentaje más alto en este nivel. Asimismo, el 17,39% evidencia autoeficacia baja, mientras que el 13,04% corresponde al nivel alto, manteniéndose la tendencia de predominio del nivel promedio.

Finalmente, en las gestantes separadas, la distribución es equitativa: el 33,33% presenta autoeficacia alta, el 33,33% autoeficacia promedio, y el 33,33% autoeficacia baja, lo que evidencia una distribución completamente balanceada entre los tres niveles.

A partir del análisis estadístico, la Prueba de Chi cuadrado de Pearson determinó que la situación conyugal no se relaciona con el nivel de autoeficacia. Esto indica que, si bien se observan variaciones descriptivas entre los diferentes estados conyugales, estas diferencias no alcanzan significancia estadística, por lo que la situación conyugal no constituye un factor determinante en la percepción de autoeficacia de las gestantes evaluadas.



**Tabla 9**

**Relación entre el nivel de instrucción y el nivel de autoeficacia. Centro de Salud Mariano Melgar. 2024**

		NIVEL DE AUTOEFICACIA							
		Alta		Promedio		Baja		TOTAL	
		(N = 14)		(N = 65)		(N = 21)			
		F	%	F	%	F	%	F	%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Ninguno	0	0	1	100	0	0	1	100
	Primaria	1	25	1	25	2	50	4	100
	Secundaria	7	12,73	38	69,09	10	18,18	55	100
	Superior	6	15	25	62,5	9	22,5	40	100

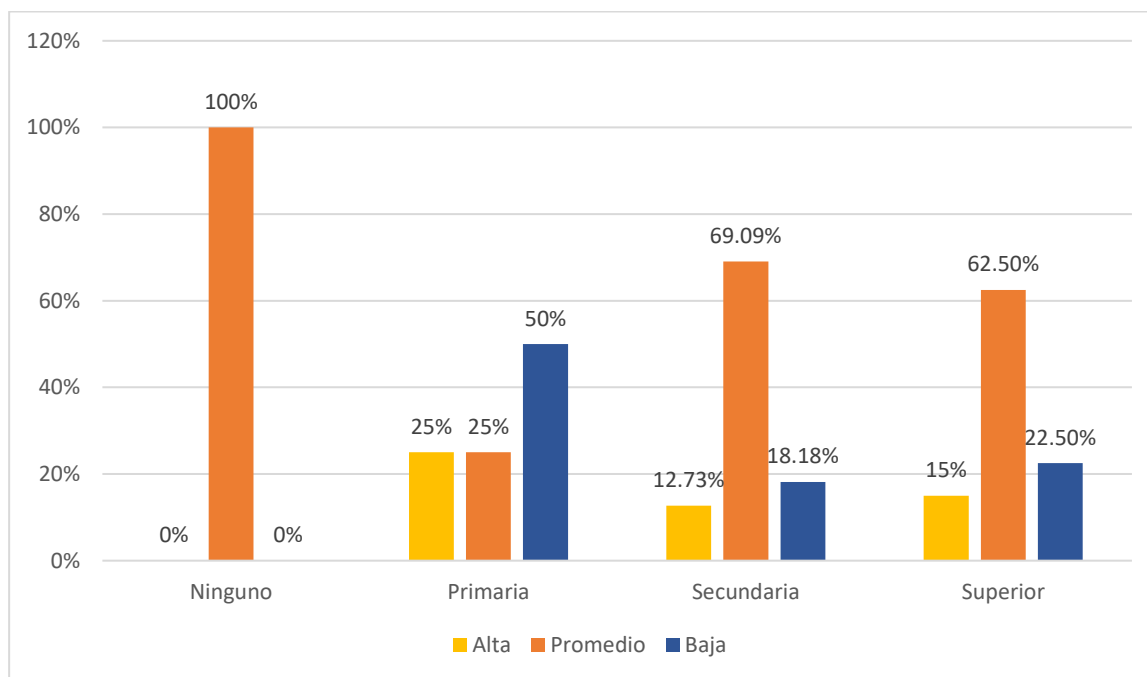
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2
			caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,115 <sup>a</sup>	9	,824
Razón de verosimilitud	5,575	9	,782
N de casos válidos	100		

**\*a. 10 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01 Elaboración propia.**

**Figura 7**

**Relación entre el nivel de instrucción y el nivel de autoeficacia**



**\*Elaboración propia.**

Se observa que, entre las gestantes sin instrucción, el 100% presenta un nivel de autoeficacia promedio, lo que indica una homogeneidad total dentro de este grupo y sugiere que, pese a la ausencia de formación educativa formal, las gestantes perciben sus capacidades personales en un nivel intermedio.

En las gestantes con instrucción primaria, la distribución es más variada: el 50% presenta un nivel de autoeficacia baja, mientras que el 25% muestra autoeficacia alta y el 25% restante presenta autoeficacia promedio. Esta variabilidad evidencia que, en este nivel educativo, la percepción de autoeficacia fluctúa entre los distintos niveles sin una categoría claramente predominante.

En el grupo de gestantes con instrucción secundaria, predomina nuevamente el nivel de autoeficacia promedio, alcanzando el 69,09%, lo que representa la proporción más alta en esta categoría. Asimismo, el 18,18% presenta autoeficacia baja y el 12,73% autoeficacia alta, mostrando una tendencia similar a la observada en otros grupos, donde el nivel promedio continúa siendo el más frecuente.

Finalmente, entre las gestantes con instrucción superior, el 62,50% presenta autoeficacia promedio, mientras que el 22,50% muestra autoeficacia baja, y el 15% evidencia autoeficacia

alta. Aunque este grupo presenta niveles educativos más elevados, la predominancia del nivel promedio se mantiene, seguida por porcentajes moderados en los niveles alto y bajo.

Tras aplicar la Prueba de Chi cuadrado de Pearson, se determinó que el nivel de instrucción no se relaciona con el nivel de autoeficacia. Este resultado indica que las diferencias observadas entre los distintos niveles educativos no alcanzan significancia estadística, por lo que la formación académica de las gestantes no constituye un factor determinante en la percepción de autoeficacia dentro de la población evaluada.



**Tabla 10**  
**Relación entre las gestaciones previas y el nivel de autoeficacia. Centro de Salud**  
**Mariano Melgar. 2024**

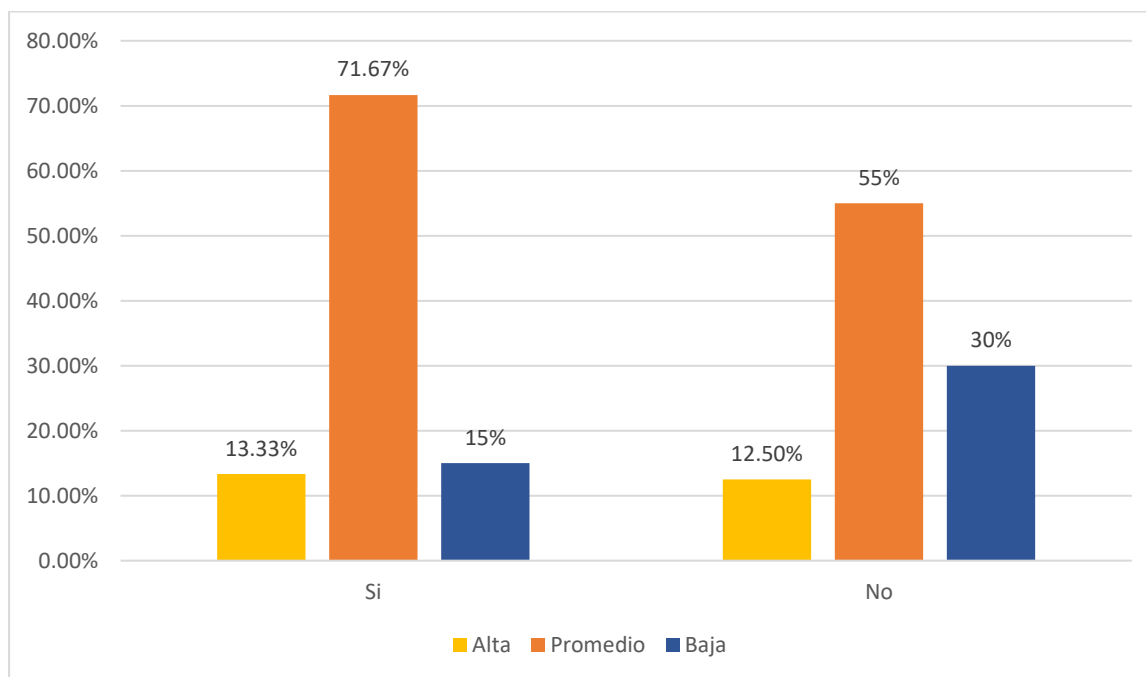
		NIVEL DE AUTOEFICACIA						TOTAL	
		Alta (N = 14)		Promedio (N = 65)		Baja (N = 21)			
		F	%	F	%	F	%	F	%
GESTACIONES PREVIAS	Si	8	13,33	43	71,67	9	15	60	100
	No	5	12,5	22	55	12	30	40	100

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,110 <sup>a</sup>	3	,164
Razón de verosimilitud	5,396	3	,145
N de casos válidos	100		

**\*a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,40. Elaboración propia.**

**Figura 8**

**Relación entre las gestaciones previas y el nivel de autoeficacia**



**\*Elaboración propia.**

Se observa que, entre las gestantes que sí han tenido gestaciones previas, el 71,67% presenta un nivel de autoeficacia promedio, lo que indica que la mayoría de este grupo percibe sus capacidades personales dentro de un rango intermedio. Asimismo, el 15% muestra autoeficacia baja, mientras que el 13,33% evidencia un nivel de autoeficacia alta, conformando así una distribución en la que predomina claramente el nivel promedio, seguido por porcentajes menores en los niveles alto y bajo.

En contraste, entre las gestantes que no han tenido gestaciones previas, el 55% presenta autoeficacia promedio, porcentaje menor al registrado en el grupo con experiencia previa. Además, el 30% de estas gestantes muestra autoeficacia baja, lo que representa una proporción más elevada de percepción limitada en comparación con las multíparas. Finalmente, el 12,50% presenta un nivel de autoeficacia alta, cifra similar a la observada en el grupo con experiencia reproductiva previa.

Estos resultados reflejan diferencias descriptivas entre ambos grupos, particularmente en la mayor proporción de autoeficacia promedio entre quienes han tenido gestaciones previas y en la mayor presencia de autoeficacia baja entre quienes no tienen antecedentes de embarazo.

No obstante, al aplicar la Prueba de Chi cuadrado de Pearson, se determinó que las gestaciones previas no se relacionan con el nivel de autoeficacia. Esto significa que, aunque se observan variaciones en las proporciones descriptivas, dichas diferencias no alcanzan significancia estadística, por lo que la experiencia reproductiva previa no constituye un factor determinante en la percepción de autoeficacia dentro de la población estudiada.



**Tabla 11**

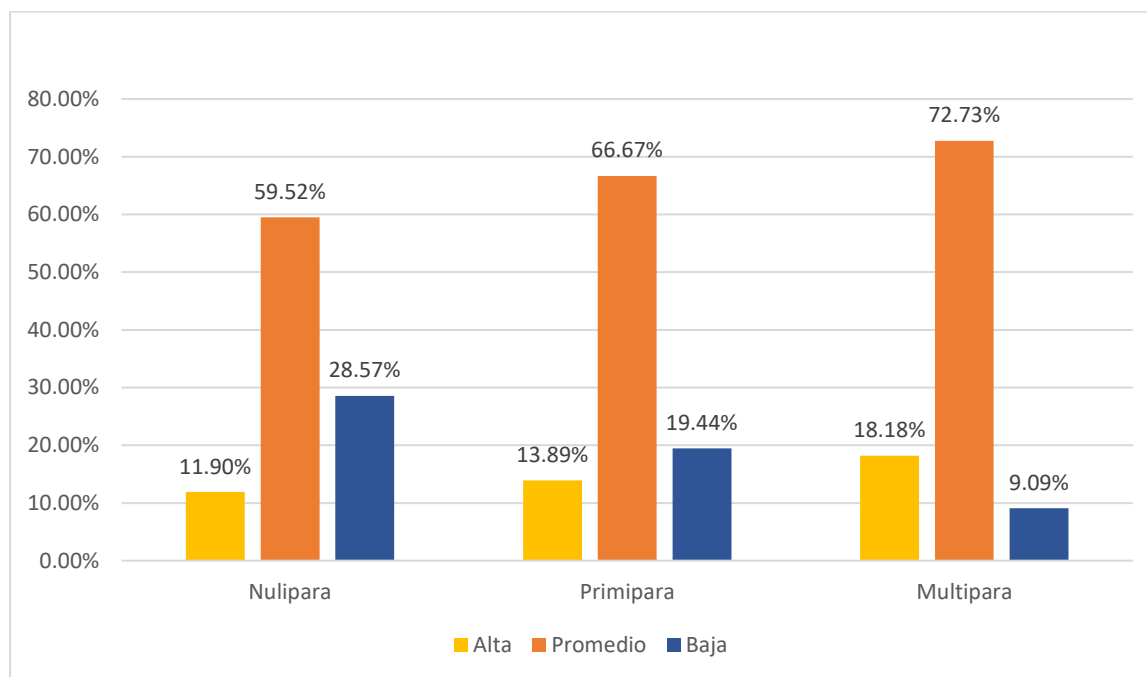
**Relación entre la paridad y el nivel de autoeficacia. Centro de Salud Mariano Melgar.  
2024**

		NIVEL DE AUTOEFICACIA						TOTAL	
		Alta (N = 14)		Promedio (N = 65)		Baja (N = 21)			
		F	%	F	%	F	%	F	%
PARIDAD	Nulípara	5	11,9	25	59,52	12	28,57	42	100
	Primípara	5	13,89	24	66,67	7	19,44	36	100
	Múltipara	4	18,18	16	72,73	2	9,09	22	100

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,333 <sup>a</sup>	6	,502
Razón de verosimilitud	5,963	6	,427
N de casos válidos	100		

**\*a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,22. Elaboración propia.**

**Figura 9**  
**Relación entre la paridad y el nivel de auteficacia**



**\*Elaboración propia.**

Se observa que, entre las gestantes nulíparas, es decir, aquellas que nunca han tenido un parto previo, el 59,52% presenta un nivel de autoeficacia promedio, lo que indica que la mayoría de este grupo percibe sus capacidades personales dentro de un rango intermedio. Asimismo, el 11,90% evidencia un nivel de autoeficacia alta, mientras que el 28,57% muestra autoeficacia baja, constituyendo este último una proporción considerable dentro del grupo de nulíparas.

En el caso de las gestantes primíparas, quienes cursan su primer parto, el 66,67% presenta un nivel de autoeficacia promedio, convirtiéndose en el grupo con una de las proporciones más elevadas en este nivel. A ello se suma que el 13,89% presenta autoeficacia alta, mientras que el 19,44% evidencia autoeficacia baja, mostrando una tendencia general hacia la predominancia del nivel promedio y una menor presencia de autoeficacia baja en comparación con las nulíparas.

Por otro lado, en las gestantes múltiparas, aquellas que han tenido dos o más partos, el 72,73% presenta un nivel de autoeficacia promedio, lo que representa la mayor proporción registrada entre los tres grupos. Además, el 18,18% muestra autoeficacia alta, mientras que el 9,09% presenta autoeficacia baja, siendo este el porcentaje más reducido de autoeficacia baja en comparación con los otros grupos analizados. Esto sugiere que la experiencia acumulada podría

relacionarse con una mayor percepción de capacidad personal, al menos en términos descriptivos.

Sin embargo, pese a estas diferencias observadas en las proporciones de los niveles de autoeficacia según la paridad, la Prueba de Chi cuadrado de Pearson determinó que la paridad no se relaciona significativamente con el nivel de autoeficacia. Esto implica que, aunque se identifican variaciones descriptivas entre nulíparas, primíparas y múltiparas, estas no alcanzan significancia estadística, por lo que la paridad no puede considerarse un factor determinante en la percepción de autoeficacia de las gestantes evaluadas.



## DISCUSIÓN

En la Tabla 3 se evidenció que el 65% de las gestantes presentó un nivel promedio de autoeficacia, el 14% un nivel alto y el 21% un nivel bajo. Este comportamiento coincide con lo planteado por Zhang et al (34) en China, quienes sostienen que la autoeficacia actúa como un mediador clave entre la alfabetización en salud materna y la depresión anteparto, constituyéndose en un factor protector durante el embarazo. El predominio de un nivel intermedio en nuestra población refuerza lo señalado por dicho autor, pues sugiere que, aunque la mayoría de las gestantes confía en sus capacidades, aún existe un margen de mejora que podría incidir positivamente en su bienestar físico y emocional. A su vez, al contrastar con los hallazgos de Dardouri et al (35) en Túnez, donde la baja autoeficacia se presentó en un 12,2%, nuestros resultados muestran una proporción mayor (21%), lo cual podría deberse a condiciones socioeconómicas y contextuales propias de la realidad peruana. En ambos casos, se resalta la necesidad de implementar programas de fortalecimiento de la confianza y de la capacidad de afrontamiento durante la gestación.

En la Tabla 4 se identificó que el 21% de las gestantes manifestó una actitud desfavorable hacia la sexualidad, mientras que la mayoría se ubicó en posiciones intermedias (37% ligeramente favorables y 36% moderadamente favorables), siendo escasa la proporción de actitudes plenamente favorables (6%). Esta tendencia concuerda con lo descrito por De la Hoz, Franklin (36) en Colombia, quien evidenció un deterioro progresivo de la función sexual conforme avanzaba la gestación. De igual manera, los hallazgos de Quiñonez, Lucia (37) en Lima, donde se registró una disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales con el progreso del embarazo, refuerzan la idea de que los cambios en la vivencia sexual se reflejan en actitudes moderadas. En la misma línea, Sologuren et al señalaron, que la sexualidad varía en cada trimestre, lo que coincide con la presencia de posturas intermedias en nuestro estudio. Finalmente, Ledesma, Elva; Ramos, Madeley (38) encontraron una alta proporción de actitudes positivas, aunque muchas gestantes evitaban el contacto sexual por temor a afectar al bebé, situación similar a la nuestra, donde creencias y factores culturales condicionan las actitudes. En conjunto, la evidencia sugiere que el embarazo introduce cambios significativos en la percepción de la sexualidad, resaltando la necesidad de consejería en este ámbito durante el control prenatal (39).

La Tabla 5 mostró una relación estadísticamente significativa entre la autoeficacia y las actitudes hacia la sexualidad ( $p = 0,000$ ). Las mujeres con niveles altos de autoeficacia se asociaron principalmente con actitudes moderadamente favorables (64,29%), mientras que aquellas con baja autoeficacia se vincularon con posturas menos positivas. Esta asociación respalda lo descrito por Zhang et al (34) quien enfatiza el rol de la autoeficacia en la regulación emocional y la manera en que las gestantes enfrentan el embarazo. Del mismo modo, Dardouri et al, observaron que condiciones desfavorables —como residir en áreas rurales o tener bajos recursos materiales— se relacionaban con menores niveles de autoeficacia, hallazgo coherente con nuestras gestantes de menor autoconfianza que presentaron actitudes menos favorables. A su vez, investigaciones como las de De la Hoz Franklin, Quiñonez Lucia y Sologuren et al (35) refuerzan indirectamente esta relación al mostrar cómo factores emocionales y conductuales influyen en la sexualidad durante la gestación. Estos antecedentes evidencian que la autoeficacia, además de incidir en el bienestar psicológico, se relaciona con la percepción y la vivencia de la sexualidad, lo que justifica integrar ambas dimensiones en la atención prenatal (36,37,38).

En la Tabla 6 no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad de la gestante y la autoeficacia ( $p = 0,445$ ). Sin embargo, se observó que los niveles más altos de autoeficacia promedio se concentraron en el grupo de 20 a 39 años, mientras que las adolescentes menores de 20 años presentaron exclusivamente niveles bajos. Este comportamiento guarda relación con lo reportado por Dardouri et al (35) quienes identificaron la edad avanzada como predictor de mayor autoeficacia, probablemente debido a la madurez y experiencia adquirida. Aunque en nuestra investigación no se evidenció significancia estadística, se aprecia una tendencia coincidente. Asimismo, lo planteado por Zhang et al (34) sobre la influencia de factores sociales y familiares refuerza que la edad no debe interpretarse de manera aislada, sino en interacción con el contexto educativo y cultural.

En la Tabla 7 se encontró una asociación significativa entre la edad de la pareja y el nivel de autoeficacia de la gestante ( $p = 0,000$ ). Se observó que las mujeres cuyas parejas tenían entre 30 y 39 años mostraron mayores niveles de autoeficacia promedio (61,54%), mientras que aquellas con parejas más jóvenes evidenciaron mayor proporción de autoeficacia baja. Estos resultados pueden relacionarse con lo señalado por Zhang et al (34) quien destacó el papel del apoyo familiar en la percepción de confianza de la gestante. Asimismo, Dardouri et al (35) subrayaron la influencia de la crianza y el bienestar material en la autoeficacia, factores que suelen asociarse a una mayor estabilidad cuando la pareja cuenta con mayor edad y madurez

Aunque los demás antecedentes se enfocan en sexualidad, todos coinciden en señalar que la relación de pareja constituye un factor determinante en la experiencia gestacional (36,37,38,39).

La Tabla 8 evidenció ausencia de asociación significativa entre la situación conyugal y la autoeficacia ( $p = 0,782$ ). No obstante, se encontró que las casadas y convivientes concentraron mayores niveles de autoeficacia promedio, mientras que las solteras mostraron mayor proporción de baja autoeficacia. Este patrón es coherente con lo descrito por Zhang et al (34) quien señaló que una función familiar estable favorece el fortalecimiento de la autoconfianza. Del mismo modo, Dardouri et al (35) resaltaron el rol de la calidad de vida familiar como predictor positivo de la autoeficacia. Aunque nuestros resultados no alcanzaron significancia estadística, se aprecia que contar con un entorno conyugal estable puede contribuir al fortalecimiento de esta capacidad en las gestantes.

En la Tabla 9 se constató que el nivel de instrucción no se relaciona significativamente con la autoeficacia ( $p = 0,824$ ). Sin embargo, se evidenció que las gestantes con educación secundaria y superior alcanzaron porcentajes más altos de autoeficacia promedio, mientras que quienes solo tenían educación primaria concentraron mayor proporción de autoeficacia baja. Este hallazgo resulta consistente con lo planteado por Zhang et al (34) quien identificó que la alfabetización en salud materna, estrechamente vinculada al nivel educativo, mejora los niveles de autoeficacia y reduce la vulnerabilidad a la depresión. Asimismo, lo descrito por Dardouri et al (35) sobre el impacto del bienestar material en la autoeficacia también guarda relación, dado que la educación suele condicionar el acceso a mejores oportunidades socioeconómicas.

En la Tabla 10 se encontró que las gestaciones previas no presentaron asociación estadísticamente significativa con la autoeficacia ( $p = 0,164$ ). Sin embargo, se observó que las mujeres con antecedentes obstétricos mostraron mayor proporción de autoeficacia promedio, mientras que las primigestas concentraron porcentajes más altos de autoeficacia baja. Esta tendencia sugiere que la experiencia previa en la maternidad otorga seguridad y confianza en la capacidad de afrontamiento. En sintonía, Dardouri et al (35) reportaron que las gestantes con al menos un hijo presentaban mejores niveles de autoeficacia general, respaldados en factores como la crianza y la calidad de vida familiar. Zhang et al (34) también refuerzan que la autoeficacia constituye un mediador clave en el aprendizaje y la adaptación frente al embarazo.

Finalmente, la Tabla 11 mostró que la paridad no se asoció significativamente con la autoeficacia ( $p = 0,502$ ). No obstante, se observó que las nulíparas presentaron mayor proporción de autoeficacia baja, mientras que las múltiparas alcanzaron los porcentajes más

altos de autoeficacia promedio y alta. Estos resultados son coherentes con lo descrito por Dardouri et al (35) quienes hallaron que las mujeres con hijos presentaban mejores niveles de autoeficacia en comparación con las primigestas. De igual forma, Zhang et al (34) subrayan la relevancia de la autoeficacia en la adaptación al embarazo, lo que explica que la experiencia reproductiva previa contribuya al fortalecimiento de esta capacidad. En consecuencia, aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos, se identifica una tendencia clara que resalta la importancia de brindar acompañamiento especial a las nulíparas, con el fin de reforzar su confianza y preparación para la maternidad.



## CONCLUSIONES

- PRIMERA:** El nivel de autoeficacia de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar es promedio en el 65% de gestantes.
- SEGUNDA:** Las actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar son favorables en 37% de casos, así como moderadamente favorables en el 36%.
- TERCERA:** Existe relación altamente significativa entre el nivel de autoeficacia y las actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, por cuanto se ha encontrado que en las gestantes con autoeficacia alta, más de la mitad de las mismas presentan actitudes hacia la sexualidad moderadamente favorables, en las gestantes con autoeficacia promedio, la tercera parte tienen actitudes ligeramente favorables y en las gestantes con autoeficacia baja, algo menos de la mitad presentan actitudes ligeramente favorables ( $p = ,000$ ), resultado que ha permitido comprobar la hipótesis del estudio.

## RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** A la Dirección del Centro de Salud, se sugiere que se realicen coordinaciones con la jefatura del Servicio de Obstetricia y de Psicología a efectos de que se realicen actividades de promoción de la autoeficacia en las mujeres en edad fértil que acuden al establecimiento, para lo cual se pueden implementar charlas, actividades educativas extramurales, apoyo o consejería psicológica, entre otras.

**SEGUNDA:** A las licenciadas obstetras que atienden a las gestantes durante los controles prenatales, se sugiere abordar el tema de la sexualidad durante el embarazo, Es importante que se implemente conocimiento de la sexualidad realizando campañas , en sala de espera, teleconsultas, visitas domiciliarias brindándoles información y/o educación para la salud sobre este tema, de manera que se pueda contribuir a eliminar mitos o tabús que existen en torno al tema fomentando una sexualidad responsable y con los cuidados necesarios de acuerdo a cada etapa del embarazo y el riesgo del mismo.

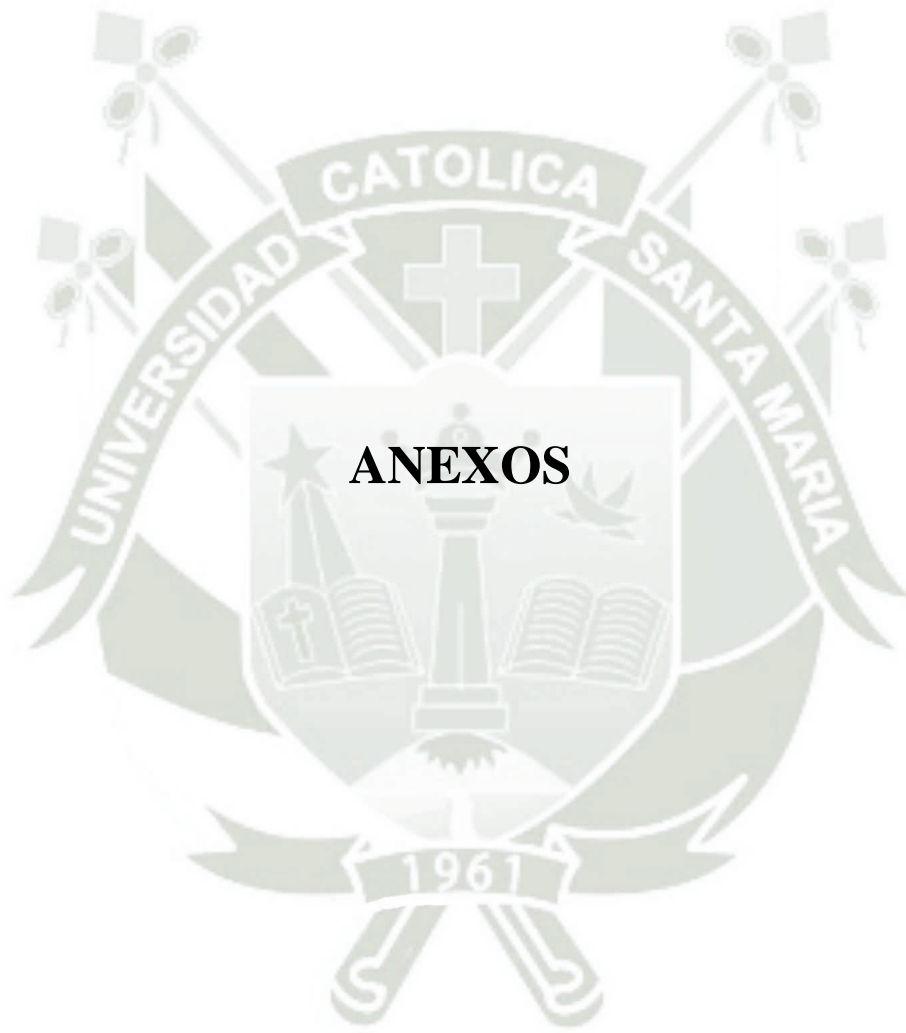
**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Maiellano B. Interpretation of changes in a woman's sexual behavior during pregnancy. *Journal of Negative and No Positive Results*. [Internet]. 2020; 5(10): 1106-1117.
2. Munares O, Alvarado FdM. Prácticas sexuales en gestantes peruanas. *Rev Int Salud Materno Fetal*. [Internet]. 2017; 2(4) Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/35>.
3. Hunersen et al. Understanding how gender transformative interventions affect adolescent sexuality: A cross-cultural perspective. *Journal of Adolescent Health*. [Internet]. 2023; 73(1): S65-S73 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X23001258>.
4. Molero F. La sexualidad en el embarazo y puerperio. [Online].; 2022.
5. Aldazabal J. Autoeficacia y actitudes sexuales en adolescentes de una institución pública de Villa El Salvador: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología][Internet]. 2021.
6. Hernandez et al. Metodología de la investigación[Internet]. 2014.
7. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. [Internet]. 1977; 84(2): 191–215.
8. De Rezende G, Cosenza M. Autoeficácia e desenvolvimento positivo dos jovens: Uma revisão narrativa da literatura. *Temas em Psicologia*. [Internet]. 2018; 26(4): 2267-2282.
9. Motahari H, Hojjati H. The impact of General Psychological Training on the self-efficacy of Mothers whose Children Undergoing Surgery in Taleghani Pediatrics Hospital in Gorgan, Iran. *J Res Dev Nurs Midw*. [Internet]. 2019; 16(1): 43-50.
10. Briñol et al. Actitudes: En Psicología social[Internet]. 2020. Disponible en: <https://pablobrinol.com/wp-content/uploads/papers/Actitudes.pdf>.
11. Musa et al. Modelling secondary school students' attitudes toward TVET subjects using social cognitive and planned behavior theories. *Social Sciences & Humanities Open*. [Internet]. 2023; 8(1): 100478.

12. Davadas D, Lay F. Contributing factors of secondary students' attitude towards mathematics. *European Journal of Educational Research*. [Internet]. 2020; 9(2): 489–498  
Disponible en: <https://doi.org/10.12973/eu-jer.9.2.489>.
13. Rathidevi D, Sudhakaran V. Attitudes of students towards vocational education with reference to Chennai city. *The International Journal of Indian Psychology*. [Internet]. 2019; 7(3): 84–93.
14. Gonzales V. Actitudes a la sexualidad en estudiantes del nivel educativo secundario y superior: [Tesis de pregrado no publicado][Internet]. 1991.
15. Organización Mundial de la Salud. Sexual health and its linkages to reproductive health: An operational approach. [Online].; 2017.
16. Fengpei et al. Factors influencing the quality of sexual life in the older adults: A scoping review. *International Journal of Nursing Sciences*. [Internet]. 2023; 10(2): 167-173.
17. Buczak et al. The link between sexual satisfaction and € subjective well-being: a longitudinal perspective based on the German Ageing Survey. *Qual Life Res*. [Internet]. 2019; 28(11): 3025e35.
18. Sıdıka O, Tuba U. El efecto del asesoramiento sexual basado en la atención plena sobre la sexualidad: Angustia, actitud hacia la sexualidad y preocupaciones sobre la imagen corporal en mujeres embarazadas: un ensayo controlado aleatorio. *Journal of Midwifery & Women's Health*. [Internet]. 2023; 68(5): 555-688.
19. Uçar et al. La escala de la imagen corporal preocupaciones durante el embarazo: desarrollo y validación. *Perspectiva Atención psiquiátrica*. [Internet]. 2018; 54(3): 416-421.
20. Pavelová et al. The need for nurse interventions in sex education in adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. [Internet]. 2021; 18(2): 492.
21. MacPhedran S. Recomendaciones de actividad sexual en embarazos de alto riesgo: ¿cuál es la evidencia? *Reseñas de medicina sexual*. *Sexual medicine reviews*. [Internet]. 2018; 6(3): 343-357.
22. Del Río et al. The Prevalence of the Risk of Sexual Dysfunction in the First and Third Trimesters of Pregnancy in a Sample of Spanish Women. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2023; 20(5).

23. Organización Mundial de la Salud. Defining Sexual Health. [Online].; 2023.
24. Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Sexual dysfunctions: Classifications and definitions. *J. Sex. Med.* [Internet]. 2017;; 241–250.
25. Martínez et al. Nursing students' attitudes towards sexuality before training in sexual and reproductive health. *Nurs Open.* [Internet]. 2023; 10(10): 7038-7047.
26. Karakas et al. Risk factors for sexual dysfunction in pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Int. J. Gynecol. Obstet.* [Internet]. 2021; 152: 226–230.
27. Ninivaggio et al. Sexual function changes during pregnancy. *Int. Urogynecol.* [Internet]. 2019;; 923–929.
28. Daud et al. Prevalence of sexual dysfunction in pregnancy. *Arch. Gynecol. Obstet.* [Internet]. 2019; 300: 1279–1285.
29. Olivares et al. Prevalencia de disfunción sexual en gestantes en control prenatal en una institución hospitalaria en Rionegro, Colombia, 2020–2021. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.* [Internet]. 2021; 72: 368–376.
30. Nievas et al. Quality of Sexuality during Pregnancy, We Must Do Something—Survey Study. *Res. Public Health.* [Internet]. 2023; 20: 965.
31. Bradfield et al. Sexual and Reproductive Health Education: Midwives' Confidence and Practices. *Women Birth.* [Internet]. 2022; 35: 360–366.
32. Mahnaz et al. Effect of a Structured Educational Package on Women's Sexual Function during Pregnancy. *Int. J. Gynecol.* [Internet]. 2020;; 225–230.
33. Everett et al. Do Sexual Minorities Receive Appropriate Sexual and Reproductive Health Care and Counseling? *J. Women's Health.* [Internet]. 2019; 28: 53–62.
34. Zhang et al. The effects of maternal health literacy, family functioning and self-efficacy on antepartum depression in pregnant women in China: a moderated mediation model. *BMC psychiatry.* [Internet]. 2025; 25(1): 101.
35. Dardouri et al. General Self-Efficacy Among Pregnant Women Attending Antenatal Care in Tunisia and Its Association with Family Quality of Life: A Multi-Center Cross-Sectional Study[Internet]. 2025.
36. De la Hoz, Franklin. Impacto del embarazo en la sexualidad de las gestantes del Eje Cafetero (COLOMBIA). *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2020; 85(5): 537-548.

37. Quiñonez L. Conducta sexual durante el embarazo en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Puente Piedra 2021: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia][Internet]. 2022.
38. Sologuren et al. Ejercicio de la sexualidad en gestantes de Tacna. Rev Chil Obstet Ginecol. [Internet]. 2020; 85(6): 584 – 594.
39. Ledesma E, Ramos M. Actitud y conducta sexual de la mujer durante la gestación atendido en el Centro de Salud Ccasapata-Yauli, Huancavelica, 2024: [Tesis para optar el Título de Especialista en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico][Internet]. 2024.
40. Anicama J, Cirilo I. Adaptación y validación de la escala de autoeficacia general de Baessler y Schwarzer en universitarios de Lima[Internet]. 2011.
41. Loo M. Estandarización del inventario de actitudes sexuales de Eysenck en adolescentes de colegios estatales de la UGEL 1 y 7 de Lima Sur: [Tesis de pregrado][Internet]. 2015.
42. Senobari et al. La relación entre índice de masa corporal, imagen corporal y función sexual: una encuesta sobre mujeres embarazadas. Int J Biomedicina Reproductiva Biomed. [Internet]. 2019; 17(7): 503512.
43. Eysenck H. Psicología del Sexo: Heder[Internet]. 1981.
44. Rossi et al. Autoeficacia general percibida y motivación para aprender en adolescentes de educación media. Act.Colom.Psicol. [Internet]. 2020; 23(1): 1 – 12.
45. Barani et al. Effect of Educational Intervention Based on Self-Efficacy Theory on the Caring Behaviour of Mothers Who Have Children With Cancer. Journal of Mother and Child. [Internet]. 2023; 27(1): 93.
46. Hacer et al. Sexuality during pregnancy: attitudes, self-efficacy and self-consciousness. Women Health. [Internet]. 2023; 63(7): 518-530.



## **ANEXOS**

**Anexo 1**  
**Consentimiento informado**

Yo, ....., acepto participar voluntariamente en este estudio de investigación, que es realizado por las señoritas:, Minaya Coaquira Carroll Nickoll y Rivera Oviedo Nelly Roxana, declaro que he sido informada que el objetivo de este estudio es determinar la relación entre el nivel de autoeficacia y las actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar. He comprendido las explicaciones que se me han brindado acerca de los cuestionarios que debe resolver y también se han aclarado todas las dudas que tenía al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informada que los datos proporcionados serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de investigación.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en el estudio de Investigación: **Relación entre el nivel de autoeficacia y las actitudes hacia la sexualidad durante el embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2024**, contestando las preguntas de los cuestionarios considerando que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

Arequipa.....de noviembre del 2024.

\_\_\_\_\_  
Nombre:

DNI :

## Anexo 2

### Escala de Autoeficacia General

En este cuestionario encontrará una lista de formas diferentes con las que la gente suele encarar las diferentes situaciones. Deberás indicar, marcando con una “X”, qué tan de acuerdo está con la frase. No hay respuestas correctas o erróneas. No dedique mucho tiempo a cada frase; simplemente responda lo que cree que se ajusta mejor a su forma de actuar.

	<b>En desacuerdo</b>	<b>Algo de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
1. Si alguien se me opone, puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero.				
2. Puedo resolver problemas difíciles siempre y cuando me esfuerce lo suficiente.				
3. Respondo inmediatamente ante las diferentes situaciones que se me presentan				
4. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué hacer.				
5. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta alcanzar mis metas.				
6. Soy una persona equilibrada.				
7. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente eventos inesperados.				
8. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.				
9. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.				
10. A veces me da un sentimiento de impotencia e invalidez.				

11. Puedo encontrar una solución para casi cualquier problema <u>si</u> invierto el esfuerzo necesario				
12. Cuando me encuentro en dificultades, puedo permanecer tranquila porque cuento con las habilidades y recursos necesarios para manejar situaciones difíciles.				
13. Al enfrentar un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas para resolverlo.				
14. Ante una situación casi siempre tomo las mejores decisiones				

\* **Anicama; Cirilo, (40).**



### Anexo 3

#### Inventario de Actitudes Sexuales de Eysenck

La presente es una encuesta de carácter anónimo, lea cada una de las alternativas y luego marque con un aspa (X), según tu criterio CIERTO (C), o FALSO (F). En caso de que le sea imposible decidirse marque el signo de interrogación (?). Por favor, conteste a todas las afirmaciones, no hay respuestas buenas o malas, lo que nos interesa es su punto de vista en el momento actual.

		<b>Cierto</b>	<b>Falso</b>	<b>?</b>
	Los juegos sexuales durante el embarazo son inofensivos.			
	Me disgusta que mi pareja trate de tocarme o toque mi cuerpo.			
	Con frecuencia me vienen a la mente ideas sobre sexo.			
	Me es difícil tomar la iniciativa para relacionarme cuando trato con personas del sexo opuesto.			
	Durante mi embarazo he tenido sentimientos de culpa luego de tener relaciones sexuales satisfactorias.			
	Las píldoras anticonceptivas deben estar al alcance de todos.			
	Durante el embarazo hay modos de hacer el amor que considero inadecuados			
	Durante el embarazo hay formas de hacer el amor que no me excitan			
	Me considero físicamente poco atractiva.			
	Me considero sexualmente reprimida.			
	Creo que el aborto debería ser permitido.			
	La masturbación es mala y durante el embarazo es peor aún.			
	A veces me pongo nerviosa cuando tengo que relacionarme o interactuar con mi pareja.			
	A veces me vienen ideas sexuales que me alteran.			
	La virginidad es lo más valioso de una mujer.			
	Es dañino que los niños vean desnudos a sus padres.			
	Logro con rapidez sentirme sexualmente excitada.			
	Tengo dificultad para expresarle a mi pareja mis deseos y sentimientos.			
	A veces temo no poder controlar mis deseos sexuales.			

No deben tenerse experiencias sexuales fuera del matrimonio.			
Prefiero evitar caricias cercanas a partes de mi cuerpo que considero íntimas.			
Durante mi embarazo necesito estar de un ánimo especial para excitarme sexualmente.			
Me avergüenza hablar sobre asuntos o temas sexuales.			
He tenido experiencias sexuales dolorosas.			
Las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo no siempre son normales.			
A los niños se les debe ocultar temas sobre sexualidad			
Me considero sexualmente poco excitada.			
Tengo cierto temor a las relaciones sexuales en el embarazo			
Mis problemas relacionados con mi sexualidad son un problema en mi vida.			
No debería tenerse relaciones sexuales antes del matrimonio.			
Hay cosas que por moralidad no haría con nadie.			
Rara vez pienso en el sexo.			
Me considero sexualmente tímido(a) e inhibido(a).			
Siento que mis impulsos sexuales son más fuertes que mi voluntad.			
Está bien que existan diferencias entre el hombre y la mujer respecto a las exigencias morales.			
Me desagrada ver a una persona desnuda.			
Incluso embarazada logro excitarme sexualmente con facilidad.			
Me preocupa no satisfacer sexualmente a mi pareja.			
A veces tengo pensamientos sexuales que me desagradan.			
No deberían censurarse las escenas sexuales de las películas.			
No me gusta que extraños me besen.			
Con frecuencia me siento sexualmente excitada.			
Necesito de condiciones especiales para excitarme sexualmente.			
Me considero muy insegura en mi comportamiento sexual.			
Mi vida sexual está llena de temores y frustraciones.			

\*Gonzales, (14).

## Anexo 4

### Ficha de recolección de datos

Número: ..... Fecha de atención:.....

#### Datos sociodemográficos

Edad:.....años

Edad de la pareja:.....años

Situación conyugal: ( ) Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente ( ) Separada

Nivel de instrucción: ( ) Ninguno ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior

Gestaciones previas: ( ) Si ( ) No

Paridad: ( ) Nulípara ( ) Primípara ( ) Multípara

Trimestre de la gestación: ( ) Primero ( ) Segundo ( ) Tercero

Ha recibido información de los profesionales de la salud acerca de la sexualidad durante el embarazo: ( ) Si ( ) No

Ha tenido cambios en la vivencia de la sexualidad durante el embarazo: ( ) Si ( ) No

Gracias



**Anexo 5**  
**Matriz de datos**

A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	Puntaje	Autoeficacia	Puntaje
3	0	3	3	4	2	3	3	2	2	2	3	3	3	26	Promedio	Promedio
1	4	2	2	3	2	3	4	3	1	4	3	3	3	28	Promedio	Promedio
3	3	3	3	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	30	Promedio	Promedio
2	4	3	3	3	3	4	3	3	2	3	2	0	2	27	Promedio	Promedio
3	3	3	4	3	4	3	3	4	3	4	3	3	3	33	Promedio	Promedio
2	3	3	4	3	2	3	3	4	4	3	2	4	3	31	Promedio	Promedio
3	3	3	4	3	3	4	3	4	3	4	3	3	4	34	Alta	Alta
3	3	4	3	2	4	2	2	2	2	2	3	3	4	27	Promedio	Promedio
2	4	2	3	3	2	1	2	3	4	3	2	3	2	26	Promedio	Promedio
3	3	2	3	3	2	2	2	3	2	3	2	4	4	28	Promedio	Promedio
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	Promedio	Promedio
3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	4	32	Promedio	Promedio
2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	29	Promedio	Promedio
3	4	4	4	4	3	3	4	3	4	3	4	3	3	35	Alta	Alta
3	4	3	4	4	3	2	3	2	3	4	4	4	3	34	Alta	Alta
3	3	2	3	4	3	2	4	2	2	3	3	3	4	28	Promedio	Promedio
3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	3	24	Baja	Baja
3	3	4	3	2	3	3	2	3	2	3	3	4	4	31	Promedio	Promedio
2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	3	3	19	Baja	Baja
3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	4	33	Promedio	Promedio
3	3	4	3	3	4	3	4	4	4	3	3	4	4	33	Promedio	Promedio
3	3	4	3	3	4	3	4	3	3	4	3	3	4	32	Promedio	Promedio
3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	4	3	34	Alta	Alta
3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	4	33	Promedio	Promedio
3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	4	3	2	3	31	Promedio	Promedio
2	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	4	3	4	32	Promedio	Promedio

3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	4	3	4	33	Promedio	Promedio
3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	4	32	Promedio	Promedio
3	3	2	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	29	Promedio	Promedio
3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	30	Promedio	Promedio
3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	4	3	3	3	33	Promedio	Promedio
3	3	2	3	4	3	3	4	3	4	3	3	2	4	29	Promedio	Promedio
2	4		3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	24	Baja	Baja
3	3	3	4	3	2	2	3	3	3	3	2	3	4	29	Promedio	Promedio
3	3	4	4	4	4	3	3	3	4	2	3	3	4	32	Promedio	Promedio
3	3	4	4	3	4	3	4	3	4	3	3	3	4	32	Promedio	Promedio
3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4	2	3	28	Promedio	Promedio
2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	4	2	3	3	28	Promedio	Promedio
4	3	2	3	2	4	3	3	3	2	4	3	4	4	31	Promedio	Promedio
2	3	3	3	3	3	3	3	4	2	4	3	4	4	32	Promedio	Promedio
4	4	4	4	3	3	2	3	2	3	2	2	1	3	28	Promedio	Promedio
2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	1	1	3	3	20	Baja	Baja
2	2	2	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	23	Baja	Baja
4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	33	Promedio	Promedio
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	20	Baja	Baja
3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	28	Promedio	Promedio
3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	33	Promedio	Promedio
3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	27	Promedio	Promedio
4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	2	3	36	Alta	Alta
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	31	Promedio	Promedio
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	Promedio	Promedio
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	Promedio	Promedio
3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	32	Promedio	Promedio
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	Promedio	Promedio
3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	31	Promedio	Promedio
3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	38	Alta	Alta

4	3	2	4	4	2	3	4	3	3	2	4	4	3	33	Promedio	Promedio
1	2	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	3	29	Promedio	Promedio
3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	29	Promedio	Promedio
3	4	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	30	Promedio	Promedio
3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	31	Promedio	Promedio
3	3	2	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3	29	Promedio	Promedio
3	3	2	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	4	27	Promedio	Promedio
4	4	4	3	3	4	3	4	3	3	3	4	4	4	35	Alta	Alta
3	3	2	0	3	2	3	4	4	2	3	3	4	3	28	Promedio	Promedio
4	4	3	4	3	3	4	4	3	3	4	3	3	3	35	Alta	Alta
3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	3	24	Baja	Baja
3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	33	Promedio	Promedio
3	4	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	32	Promedio	Promedio
3	4	4	3	4	4	2	3	2	3	4	3	3	3	32	Promedio	Promedio
3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	33	Promedio	Promedio
2	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	25	Promedio	Promedio
1	1	2	1	2	2	1	3	2	2	1	2	2	2	15	Baja	Baja
2	2	1	1	2	2	2	4	2	2	2	3	1	2	18	Baja	Baja
2	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	24	Baja	Baja
2	2	2	3	2	3	2	3	2	2	3	3	2	2	23	Baja	Baja
2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	22	Baja	Baja
3	3	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3	3	4	34	Alta	Alta
3	3	3	3	4	4	4	2	3	3	3	4	3	4	33	Promedio	Promedio
3	4	4	3	4	3	3	2	3	4	4	4	2	4	34	Alta	Alta
4	3	3	4	3	3	4	3	4	3	4	4	3	4	36	Alta	Alta
1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	13	Baja	Baja
1	1	1	2	3	1	1	2	2	1	1	1	2	1	15	Baja	Baja
2	3	1	2	3	4	2	3	1	4	2	3	3	4	22	Baja	Baja
2	3	0	1	4	2	2	1	2	4	3	1	3	2	21	Baja	Baja
3	4	4	4	3	3	3	3	3	1	4	3	4	4	35	Alta	Alta

2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	Baja	Baja
2	2	2	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	Promedio	Promedio
2	3	3	2	3	4	3	4	3	3	3	2	4	3	28	Promedio	Promedio	
3	3	4	3	2	3	3	2	3	2	3	3	4	4	31	Promedio	Promedio	
3	3	4	3	2	3	3	2	3	2	3	3	4	4	31	Promedio	Promedio	
3	3	4	3	2	3	3	2	3	2	3	3	4	4	31	Promedio	Promedio	
3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	3	24	Baja	Baja	
3	3	2	3	4	3	2	4	2	2	3	3	3	4	28	Promedio	Promedio	
4	3	3	4	3	3	3	4	4	3	3	2	3	2	32	Promedio	Promedio	
1	3	2	1	1	2	2	2	3	4	3	2	3	2	21	Baja	Baja	
4	2	1	2	3	2	2	2	1	3	3	2	2	1	22	Baja	Baja	
1	3	3	2	2	1	1	2	2	4	3	1	2	2	20	Baja	Baja	
3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	3	4	35	Alta	Alta	
3	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	39	Alta	Alta	



A S1	A S2	A S3	A S4	A S5	A S6	A S7	A S8	A S9	AS 10	AS 11	AS 12	AS 13	AS 14	AS 15	AS 16	AS 17	AS 18	AS 19	AS 20	AS 21	AS 22	AS 23	AS 24	AS 25	AS 26	AS 27	AS 28	AS 29	AS 30	AS 31	AS 32	AS 33	AS 34	AS 35	AS 36	AS 37	AS 38	AS 39	AS 40	AS 41	AS 42	AS 43	AS 44	AS 45	Puntaje				
0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	14			
0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	12			
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4			
0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	19			
0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	22		
0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	15		
1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	23	
1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	16		
1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	25		
0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	15		
1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	21		
1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	20
1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	14		
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	14	
1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	21	
1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	21	
0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	15		
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	
1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	33	
1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	26	
1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	29	
1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	25	
1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	17	
1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	19	
1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	28
1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	28	
1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	30	

1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	27						
1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	23							
1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	24							
1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	19						
0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	17					
1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	21				
1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	22			
1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	24			
0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	16			
0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	20			
1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	23					
0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	17			
1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10				
1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23			
1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17			
0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9			
1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	21
0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17		
1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17		
1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	
1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	30		
1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28		
1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31	
0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	
0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28	
1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	
0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23
0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23

0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	29					
1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	16						
0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30				
0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	16			
0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	14		
1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	17		
0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	15		
0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	23	
1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	22
0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	21	
0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	16	
1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	20		
1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	26		
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6		
1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	24		
0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	20		
0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12		
1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	17		
0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	18		
1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	29		
1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	27		
1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	27		
1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	24			
0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	27		
1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	26			
0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	14		
1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	18		
0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	13			
1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	34				
0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	16	

1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	18			
0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	14		
0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	14		
0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	15		
1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	21	
1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	24	
0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	15
0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	25
0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	22
0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	27
1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	24
1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	29



<b>Actitudes</b>	<b>Edad</b>	<b>Edad pareja</b>	<b>Situacion conyugal</b>	<b>Instrucción</b>	<b>Gestaciones previas</b>	<b>Paridad</b>	<b>Trimestre</b>	<b>Información</b>	<b>Cambios en vivencia</b>
Desfavorable	24	24	3	3	2	1	2	1	1
Desfavorable	26	33	2	3	2	1	3	1	2
Desfavorable	40	42	1	4	1	3	3	1	1
Ligeramente favorable	43	43	2	4	1	3	2	2	1
Moderadamente favorable	30	50	3	3	2	1	1	1	1
Desfavorable	34	40	3	3	1	2	3	2	2
Moderadamente favorable	25	27	3	4	2	1	3	1	1
Ligeramente favorable	30	31	4	4	1	2	3	1	1
Moderadamente favorable	27	0	1	3	1	2	3	1	1
Desfavorable	34	36	3	3	1	3	3	1	1
Ligeramente favorable	36	39	4	3	1	2	2	1	1
Ligeramente favorable	36	47	3	3	2	1	2	1	1
Desfavorable	33	34	1	4	1	2	3	1	1
Desfavorable	23	25	1	3	2	1	3	1	1
Ligeramente favorable	27	30	1	4	2	1	1	1	1
Ligeramente favorable	38	39	3	3	1	3	2	1	1
Ligeramente favorable	40	47	3	4	1	3	2	1	1
Desfavorable	26	27	3	4	2	1	1	1	1
Ligeramente favorable	20	25	3	4	1	1	2	1	1
Favorable	24	0	1	4	2	1	2	1	1
Moderadamente favorable	36	36	2	3	1	2	2	1	1
Moderadamente favorable	30	28	3	4	2	1	3	1	1
Moderadamente favorable	22	26	1	4	2	1	2	1	1
Ligeramente favorable	30	0	1	3	1	3	2	1	1

Ligeramente favorable	37	36	2	4	1	2	2	1	1
Moderadamente favorable	26	29	3	3	2	1	2	1	1
Moderadamente favorable	36	40	1	3	1	3	2	1	1
Favorable	19	19	1	3	2	1	3	1	1
Moderadamente favorable	19	0	1	4	1	2	3	1	1
Moderadamente favorable	18	20	3	3	1	2	2	1	1
Moderadamente favorable	36	35	3	3	1	3	2	1	1
Ligeramente favorable	27	29	1	3	1	1	1	1	1
Ligeramente favorable	18	22	3	3	1	2	2	1	1
Ligeramente favorable	35	37	3	3	1	2	3	1	1
Moderadamente favorable	21	22	1	4	1	2	2	1	1
Moderadamente favorable	41	40	2	3	1	3	2	1	1
Ligeramente favorable	35	39	3	1	1	3	2	1	1
Ligeramente favorable	31	33	1	2	1	2	2	1	1
Moderadamente favorable	28	32	3	3	1	2	2	1	1
Ligeramente favorable	28	28	3	4	1	1	2	1	1
Desfavorable	18	22	1	3	2	1	1	1	1
Moderadamente favorable	18	23	3	3	2	1	2	1	1
Ligeramente favorable	26	28	3	4	2	1	3	1	1
Desfavorable	29	33	4	3	1	2	1	1	1
Ligeramente favorable	31	0	1	3	1	3	2	1	1
Ligeramente favorable	34	0	1	4	2	1	3	1	1
Ligeramente favorable	29	32	3	3	1	2	3	1	1

Ligeramente favorable	34	39	2	4	1	2	1	1	1
Favorable	28	32	3	3	1	2	2	1	1
Moderadamente favorable	26	25	3	4	2	1	3	1	1
Favorable	18	22	1	3	2	1	3	1	1
Ligeramente favorable	30	30	2	4	1	2	3	1	1
Ligeramente favorable	22	23	3	4	2	1	3	1	1
Moderadamente favorable	26	29	3	3	2	1	3	1	1
Ligeramente favorable	37	35	2	4	2	1	3	1	1
Moderadamente favorable	22	20	1	3	2	1	2	1	1
Desfavorable	33	0	1	2	1	2	2	1	1
Moderadamente favorable	35	0	3	3	1	2	3	1	1
Moderadamente favorable	39	35	1	3	1	2	1	1	1
Ligeramente favorable	33	33	3	4	1	3	1	1	1
Favorable	37	42	1	3	1	3	2	1	1
Ligeramente favorable	39	41	2	3	1	3	1	1	1
Desfavorable	37	38	3	4	1	2	2	1	1
Ligeramente favorable	34	36	3	3	1	3	1	1	1
Desfavorable	20	25	3	3	2	2	2	1	2
Moderadamente favorable	36	39	3	3	1	2	3	1	1
Moderadamente favorable	30	32	3	3	1	3	2	1	1
Ligeramente favorable	31	33	1	2	1	2	2	1	1
Ligeramente favorable	40	35	1	3	1	3	2	1	1
Ligeramente favorable	40	43	2	4	1	3	2	1	1
Moderadamente favorable	34	39	3	3	1	2	3	1	1

Desfavorable	26	38	3	3	1	3	3	1	1
Moderadamente favorable	24	27	4	3	2	1	2	1	1
Ligeramente favorable	27	30	3	3	2	1	3	1	1
Desfavorable	25	23	3	4	2	1	3	1	1
Ligeramente favorable	23	0	1	3	2	1	3	1	1
Ligeramente favorable	38	32	4	3	1	2	2	1	1
Moderadamente favorable	40	40	2	3	1	3	2	1	1
Moderadamente favorable	27	29	2	4	2	1	2	1	1
Moderadamente favorable	37	45	3	3	1	2	2	1	1
Moderadamente favorable	34	39	4	3	1	2	3	1	1
Moderadamente favorable	25	27	3	4	2	1	1	1	1
Moderadamente favorable	34	37	3	2	1	2	2	1	1
Desfavorable	21	0	1	3	2	1	1	1	1
Ligeramente favorable	23	22	3	3	2	1	3	1	1
Desfavorable	35	33	2	4	1	2	1	1	1
Favorable	29	36	2	4	1	3	3	1	1
Ligeramente favorable	35	0	1	4	2	1	3	1	1
Ligeramente favorable	20	23	1	4	2	1	3	1	1
Desfavorable	38	42	3	4	1	2	3	1	1
Desfavorable	27	0	1	3	2	1	2	1	1
Desfavorable	44	46	3	4	2	1	2	1	1
Ligeramente favorable	26	26	3	4	2	1	3	1	1
Moderadamente favorable	43	40	2	4	1	3	2	1	1
Desfavorable	24	32	2	4	2	1	2	1	1

Moderadamente favorable	27	29	3	4	1	2	1	1	1
Moderadamente favorable	29	32	2	4	1	2	3	1	1
Moderadamente favorable	22	23	1	3	2	1	1	1	1
Moderadamente favorable	27	29	3	3	2	1	1	1	1
Moderadamente favorable	38	39	2	3	1	2	3	1	1

