

Tipo de Artículo: Artículo de Investigación Original

Área: Ciencias Médicas y de la Salud – Enfermería

Sororidad ambivalente y cuidado reproductivo en el medio rural: un estudio cualitativo en las parroquias La América y La Unión, cantón Jipijapa, Ecuador

Ambivalent sisterhood and reproductive care in rural settings: a qualitative study in La América and La Unión parishes, Jipijapa canton, Ecuador

Jenifer Dayanara Aguilar Cano¹, Gina Rosa Alonso Muñiz¹, Lorena María Loor Alvarado¹, Johanna Mabel Sánchez Rodríguez^{1,2}

Cita:

Aguilar Cano, J. D., Alonso Muñiz, G. R., Loor Alvarado, L. M., & Sánchez Rodríguez, J. M. (2026). Sororidad ambivalente y cuidado reproductivo en el medio rural: un estudio cualitativo en las parroquias La América y La Unión, cantón Jipijapa, Ecuador. *Tesla Revista Científica*, 6(2), e729. <https://doi.org/10.55204/trc.v6i2.e729>

Recibido: 12/06/2026

Revisado: 17/07/2026

Corregido: 29/07/2026

Aceptado: 04/08/2026

Publicado: 14/09/2026

Licencia:

Los contenidos de este artículo están bajo una licencia de Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0). Los autores conservan los derechos morales y patrimoniales de sus obras.

The contents of this article are under a Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) license. The authors retain the moral and patrimonial rights of their works.

¹ Universidad Estatal del Sur de Manabí, Ecuador

² Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Ecuador

¹jenifer.aguilar@unesum.edu.ec; ²gina.alonzo@unesum.edu.ec; ³lorena.loor@unesum.edu.ec; ⁴johanna.sanchez@unesum.edu.ec

¹0000-0002-1747-0266; ²0000-0003-0041-2956; ³0000-0003-2851-0742; ⁴0000-0002-7799-1151

Resumen: En el medio rural, la sororidad ambivalente se manifiesta en el cuidado reproductivo cuando las redes comunitarias de mujeres brindan un sostén vital e indispensable para la crianza, el parto y el apoyo doméstico ante la falta de servicios de salud pública, pero al mismo tiempo ejercen un control social que fiscaliza, juzga y reproduce mandatos patriarcales sobre la sexualidad, la anticoncepción y las decisiones corporales de sus pares, con el objetivo de comprender cómo operan estas redes informales de cuidado. La metodología empleó un enfoque cualitativo descriptivo basado en el Análisis Temático Reflexivo con 12 participantes mediante inserción comunitaria, narrativas textuales y entrevistas semiestructuradas. Los resultados muestran que los saberes circulantes constituyen una construcción intergeneracional reciente iniciada por las adultas para romper el silencio sobre la menarquia con sus hijas. La red informal funciona como una infraestructura primaria que atiende partos, pospartos, información anticonceptiva y sostén material ante embarazos tempranos, sin embargo, esta red opera como un dispositivo ambivalente que, al tiempo que protege y sustituye al Estado, ejerce control y vigilancia sobre el cuerpo femenino. Por su parte, la intervención médica formal en paridades altas se limita principalmente a la esterilización quirúrgica tardía. En conclusión, la ambivalencia de las redes no refleja fallas de solidaridad, sino barreras estructurales de género y la desprotección institucional del medio rural, requiriendo que la enfermería comunitaria fortalezca estas capacidades de cuidado sin perpetuar desigualdades.

Palabras clave: Sororidad ambivalente, Cuidado reproductivo, Salud sexual, Medio rural, Redes comunitarias.

Abstract: In rural areas, ambivalent sisterhood is manifested in reproductive care when women's community networks provide vital and indispensable support for upbringing, childbirth, and domestic support in the absence of public health services, but at the same time they exercise social control that monitors, judges, and reproduces patriarchal mandates on sexuality, contraception, and the bodily decisions of their peers, with the aim of understanding how these informal care networks operate. The methodology employed a descriptive qualitative approach based on Reflective Thematic Analysis with 12 participants through community insertion, textile narratives, and semi-structured interviews. The results show that circulating knowledge constitutes a recent intergenerational construction initiated by adults to break the silence about menarche with their daughters. The informal network functions as a primary infrastructure that attends births, postpartums, contraceptive information and material support in early pregnancies, however, this network operates as an ambivalent device that, while protecting and replacing the State, exercises control and surveillance over the female body. On the other hand, formal medical intervention in high parities is mainly limited to late surgical sterilization. In conclusion, the ambivalence of the networks does not reflect failures of solidarity, but rather structural gender barriers and the lack of institutional protection in rural areas, requiring community nursing to strengthen these care capacities without perpetuating inequalities.

Keywords: Ambivalent sorority, Reproductive care, Sexual health, Rural environment, Community networks.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva constituye un derecho humano reconocido en instrumentos internacionales como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1), en áreas rurales de países de ingresos medios como Ecuador, su ejercicio efectivo encuentra barreras estructurales y culturales persistentes: acceso restringido a servicios, cobertura insuficiente de educación sexual integral, tabúes familiares y desigualdades de género arraigadas.

El cantón Jipijapa, en la provincia de Manabí, ilustra estas condiciones, un estudio transversal reciente realizado con 150 adolescentes de 12 a 19 años de las comunidades rurales de La Unión, Chade y San José una de ellas coincidente con el presente estudio documentó conocimientos insuficientes sobre métodos

anticonceptivos, ciclo menstrual e infecciones de transmisión sexual en el 68 % de las participantes, así como ausencia de programas educativos formales estructurados (2). Estos indicadores describen una brecha entre las necesidades de la población rural y la oferta institucional.

Esta situación local se inscribe en un panorama regional reconocido por los organismos internacionales especializados en género y desarrollo rural. En 2023, la FAO, ONU Mujeres y el UNFPA suscribieron un plan de trabajo conjunto para acelerar los derechos de las mujeres rurales en América Latina y el Caribe, que identifica como prioridad la ampliación de la cobertura rural de los servicios de cuidados, salud sexual y reproductiva y violencia basada en género, ante evidencia de que las mujeres rurales de la región dedican al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado hasta el triple del tiempo que dedican los hombres, y de tres a diez horas más que las mujeres de zonas urbanas (3).

Ecuador, y en particular sus provincias costeras de población rural dispersa como Manabí, no escapa a este patrón: la brecha entre la oferta institucional de servicios de salud sexual y reproductiva y las necesidades de las mujeres rurales documentada para Jipijapa, constituye una expresión local de un déficit que los organismos internacionales han identificado como estructural y regional, antes que excepcional o coyuntural (4).

Ante la insuficiencia de la oferta formal, las mujeres desarrollan mecanismos de cuidado sostenidos en redes informales, en este sentido, la sororidad ha sido conceptualizada en el feminismo latinoamericano como un pacto político entre mujeres que rompe con los mandatos patriarcales de rivalidad y aislamiento, y que se distingue de la mera solidaridad femenina por su carácter horizontal y deliberado (5). Una noción complementaria, el *affidamento*, designa la confianza depositada en otra mujer a la que se reconoce autoridad y saber, y admite por tanto relaciones asimétricas (6). Ambas categorías resultan pertinentes para examinar los vínculos que sostienen el cuidado reproductivo en el medio rural, y la distinción entre ellas es analíticamente productiva, como se argumentará.

En Ecuador, los estudios sobre salud sexual y reproductiva rural se han concentrado en indicadores cuantitativos de fecundidad adolescente y acceso a servicios, con menor atención a los procesos relacionales que sostienen el cuidado en la vida cotidiana. Este estudio se propone examinar esos procesos.

Este artículo deriva del proyecto de investigación “Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado en la salud sexual y reproductiva en adolescentes y mujeres de las parroquias rurales de La América y La Unión del cantón Jipijapa”, ejecutado por docentes investigadores de la Carrera Enfermería de la Universidad Estatal del Sur de Manabí, y responde específicamente a su tercer y cuarto objetivos: analizar las percepciones y experiencias respecto a la maternidad, la planificación familiar y la toma de decisiones sobre la salud reproductiva, y explorar las dinámicas de género presentes en dichas decisiones. Aborda una pregunta distinta de los productos previos del proyecto: el libro colectivo publicado en 2023 reporta la caracterización de conocimientos, actitudes y prácticas de la población estudiada, mientras que el presente trabajo se pregunta por el modo en que operan las redes de apoyo entre mujeres, analiza un corpus de entrevistas en profundidad no utilizado en aquella publicación y desarrolla una interpretación de la ambivalencia de dichas redes que no fue abordada previamente.

El objetivo general fue comprender cómo operan las redes de apoyo entre mujeres en el cuidado de la salud sexual y reproductiva en las parroquias rurales La América y La Unión, cantón Jipijapa.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo con alcance descriptivo, fundamentado en el marco del Análisis Temático Reflexivo (Braun & Clarke, 2006, 2022), siendo un enfoque metodológico idóneo para la identificación, análisis y construcción de patrones de significado a partir de los relatos de vida de las participantes, evitando la imposición de categorías conceptuales previas.

El trabajo de campo se ejecutó entre diciembre de 2023 y julio de 2024 en las parroquias rurales La América y La Unión, cantón Jipijapa, Ecuador, donde se desarrollaron visitas semanales con inserción en la vida cotidiana y festiva comunitaria. Como estrategia de acercamiento y construcción de confianza, se emplearon las narrativas textiles mediante encuentros comunitarios de bordado. Esta actividad manual

compartió una función de convergencia, habilitando conversaciones laterales y prolongadas que facilitaron el abordaje de dimensiones íntimas, fuera de la formalidad clínica o del sesgo de una entrevista frontal directa.

El vínculo se estableció bajo una lógica de acompañamiento y convivencia activa, sin impartir capacitaciones ni intervenciones educativas previas sobre salud sexual y reproductiva, por ende, las narrativas documentadas reflejan exclusivamente repertorios de saber preexistentes en la comunidad.

La muestra estuvo conformada por $n = 12$ mujeres residentes en las parroquias La América ($n = 4$) y La Unión ($n = 8$). Se aplicó un muestreo no probabilístico intencional por máxima variación, garantizando diversidad en términos etarios, escolaridad y trayectoria reproductiva. Se consideraron los criterios de inclusión: Residencia permanente en las parroquias seleccionadas, haber participado en al menos una actividad comunitaria del proyecto y aceptar de forma voluntaria la entrevista individual. Criterios de exclusión: Manifestar negativa al uso de grabadora de audio o residencia temporal en la zona.

La edad de las participantes abarcó desde la adolescencia hasta la vejez, en cinco casos se registró la edad exacta, mientras que en las demás se estimó mediante hitos biográficos narrados durante las entrevistas (Tabla 1).

Tabla 1

Caracterización sociodemográfica de las participantes (Jipijapa, Ecuador, 2023–2024).

Seudónimo	Parroquia	Edad	Hijas/os	Escolaridad	Estado Civil	Ocupación
Vale	La América	16	0	Bachillerato en curso	Soltera	Estudiante
Estefanía	La Unión	36	2	Bachillerato culminado	Unión libre	Hogar / Agricultura
Colorada	La América	46	0+	No declarada	Soltera	Agricultura
Anita	La Unión	49	1	Auxiliar de enfermería	Separada	Venta de almuerzos
Alexi	La América	50+	2	Bachillerato	Separada	Hogar / Cuidado de nieta
Chavita	La Unión	51	4	Primaria / Costura	Unida	Costurera / Agricultura
Beatriz	La Unión	61	4	No declarada	Casada	Ama de casa
Marjore	La Unión	70+	4	No declarada	Unida	Ama de casa
María	La Unión	77+	6	Primaria	Viuda	Hogar / Recolección de café
Aurora	La América	Adulta ma- yor +	4	Primaria / Bachillerato adulta	Casada	Hogar
Dorothea	La Unión	Adulta ma- yor +	0	No declarada	Soltera	Agricultura / Cuidadora
Rosa	La Unión	Adulta ma- yor +	85	No declarada	Casada	Hogar / Agricultura

Fuente: Elaboración propia.

2.1 Recolección de datos y producción de información

La recolección de datos se llevó a cabo al finalizar la etapa de vinculación comunitaria mediante entrevistas individuales semiestructuradas, conducidas en español por docentes investigadores del área de la salud, previa capacitación en técnicas cualitativas orientada por la dirección del proyecto.

Instrumento: Se empleó una guía de entrevista enfocada en siete ejes temáticos: a) trayectoria biográfica y juventud, b) menarquia y aprendizajes corporales, c) vivencias de embarazo y parto, d) uso de métodos anticonceptivos, e) redes de apoyo e información, f) relación con los servicios formales de salud, y g) pautas intergeneracionales transmitidas a mujeres jóvenes de su entorno.

Procedimiento: Las entrevistas se desarrollaron en espacios privados elegidos por las participantes, con una duración promedio de 45 minutos. Todas las sesiones se grabaron en formato de audio previa autorización de las informantes y fueron transcritas textualmente (verbatim) para conformar el corpus de análisis. El registro administrativo del trabajo de campo sirvió como bitácora de seguimiento operativo, sin integrarse a la unidad de análisis textual.

2.2 Análisis de datos

El análisis temático reflexivo se desarrolló siguiendo las seis fases propuestas por Braun y Clarke (2006, 2022):

1. **Familiarización con los datos:** Lectura activa y relectura del corpus de transcripciones a la par de la escucha del audio original.

2. **Generación de códigos iniciales:** Codificación inductiva de los fragmentos de texto relevantes según sus significados semánticos y latentes.
3. **Búsqueda de temas:** Agrupación y organización de códigos en patrones de significado más amplios o temas candidatos.
4. **Revisión de temas:** Cotejo de los temas con los extractos codificados y la totalidad del corpus textual.
5. **Definición y denominación de temas:** Delimitación del alcance conceptual de cada categoría y asignación de nombres analíticos.
6. **Redacción del informe:** Selección de citas textuales ilustrativas y articulación con la literatura científica.

Para garantizar la credibilidad y transferibilidad de la investigación, se aplicaron estrategias de triangulación entre investigadores durante la codificación y la inmersión prolongada en el campo durante ocho meses. La confirmabilidad se resguardó mediante el archivo detallado de las transcripciones y bitácoras de campo.

El protocolo del estudio respetó los principios éticos para la investigación en seres humanos. Se obtuvo el consentimiento informado expreso (escrito o verbal grabado, según el nivel de alfabetización de la participante) previo a la realización de las entrevistas. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad mediante la asignación de seudónimos elegidos o acordados en el proceso, y se retiró cualquier identificador directo de las transcripciones finales.

RESULTADOS

A partir del análisis temático reflexivo del corpus de entrevistas, se identificaron y construyeron tres temas principales que articulan las vivencias, saberes y prácticas de las participantes alrededor de su salud sexual y reproductiva (Tabla 2).

Tabla 2

Matriz analítica de temas y subtemas emergentes.

Tema principal	Subtemas componentes	Hallazgo nuclear
1. Un manual sin herederas: la construcción reciente de la transmisión.	• La vivencia del silencio y el secreto. • Transmisión por figuras maternas no biológicas. • Inauguración del diálogo intergeneracional.	Transición desde una menarquia marcada por el ocultamiento y la falta de preparación previa hacia la institución activa de conversaciones sobre el cuerpo y las relaciones con las hijas.
2. La red como infraestructura: sostener, informar, sustituir.	• Atención del parto y posparto en el hogar. • Circulación horizontal de información anticonceptiva. • Redes de apoyo material ante el embarazo temprano. • Esterilización quirúrgica en paridades altas.	La red comunitaria de mujeres actúa como la infraestructura primaria y efectiva de cuidado ante la falta o inaccesibilidad de servicios especializados de salud formal.
3. Protección y control: las dos caras de un mismo dispositivo.	• Vigilancia y castigo físico en la crianza. • Respuestas comunitarias e individuales ante la violencia de género. • Desplazamientos y rupturas generacionales contemporáneas.	Los saberes y consejos comunitarios protegen, pero al mismo tiempo ejercen control sobre el cuerpo femenino, registrándose un cambio progresivo en las generaciones más jóvenes.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis del corpus.

3.1 Un manual sin herederas: la construcción reciente de la transmisión

El repertorio de saberes prácticos, emocionales y normativos que circula entre las participantes denominado en este estudio como «Manual Sororo» no aparece en los relatos como una herencia cultural recibida, sino como una práctica dialogante que las propias participantes tuvieron que inaugurar con sus hijas.

Las participantes de mayor edad describieron la menarquia como un hecho vivido en aislamiento y sin preparación previa por parte de sus madres:

«Sí, escondidita, a nadie, a nadie comenté. [...] Casi como de 12 años parece, sí, no recuerdo bien. Pero yo no, ni a mi mamá, yo escondidita, escondidita.» (Aurora)

«[Mi mamá decía]: "No, no, no, no. [...] En ese tiempo no"[...] A nosotros era que nos cogían y nos rechazaban.» (Rosa)

Esta ausencia de preparación previa no fue exclusiva de las generaciones mayores; Vale, la participante de menor edad (16 años), relató una experiencia similar de desinformación inicial:

«Me levanté en la madrugada, fui al baño y me asusté porque llovía sangre. Y yo me puse a llorar y llamé a mi mami. [...] Mi mami nunca tampoco se acordó de lo que iba a suceder.» (Vale)

En los casos donde existió transmisión de información previa sobre el desarrollo corporal, esta provino de figuras femeninas de crianza que asumieron un rol materno no biológico (Tabla 3).

Tabla 3

Agentes y contenidos de transmisión inicial sobre la menarquia y el cuerpo.

Participante	Agente de transmisión	Vínculo	Contenido clave del mensaje
Aurora	Inexistente	Madre biológica	Ocultamiento y silencio.
Rosa	Inexistente	Madre biológica	Rechazo y negativa a conversar.
Vale	Inexistente	Madre biológica	Falta de anticipación al evento.
Anita	Madre de crianza	Familia afín	Identificación del sangrado como cambio a «señorita» y mandato de cuidado.
Estefanía	Tía paterna/materna	Familia extendida	Explicación sobre cambios corporales, relaciones sexuales y consecuencias.

Fuente: Elaboración propia.

En los relatos de Anita y Estefanía, la narrativa de la transmisora se organizó alrededor de la advertencia. La expresión recurrente «ya eres señorita» operó como un marcador del ingreso al estatus reproductivo y, simultáneamente, como inicio de la vigilancia sobre el cuerpo.

Frente al vacío experimentado, las participantes actuaron como agentes de cambio, instituyendo con sus hijas las conversaciones que no tuvieron y extendiendo los consejos hacia la elección de pareja y la autoprotección:

«Uno le decía que a veces los hombres, cuando le digo son enamorados son cariñosísimos, pero después cuando se casan ya cambian [...] y así yo le decía que vean a un hombre que verdaderamente las quiera, las respete.» (Aurora)

3.2 La red como infraestructura: sostener, informar, sustituir

Ante las barreras de acceso geográficas y estructurales del sistema formal de salud, la red social de mujeres operó como la infraestructura efectiva de cuidado reproductivo en las parroquias analizadas (Tabla 4).

Tabla 4

Componentes de la red informal de atención y cuidado reproductivo.

Dimensión de cuidado	Prácticas y actores involucrados	Evidencia empírica en los relatos
Atención del parto	Parteras tradicionales, comadronas, abuelas y trayectos de parto.	Partos atendidos en el hogar (Felisa Gutiérrez en el caso de Rosa; la abuela en el caso de María). Partos ocurridos durante el traslado por falta de transporte oportuno (Chavita).
Cuidado posparto	Dieta tradicional y confinamiento coordinado por madres y familiares.	Consumo de caldo de gallina para la recuperación de fuerzas (Rosa); aislamiento (entoldado) de 8 a 40 días y preparación de alimentos sin aliño (María).
Información anticonceptiva	Comunicación horizontal entre vecinas y pares.	Acceso a información sobre anticoncepción oral a través de amigas vecinas ante la prohibición o restricción del cónyuge para acudir a centros de salud (María).
Sostén ante embarazo temprano	Adopción informal y tutoría familiar.	Adopción e inscripción legal del nieto por parte de los abuelos (Rosa); orientación familiar e incentivo para la continuidad de estudios secundarios (Colorada).

Fuente: Elaboración propia.

La red informal funcionó como sustituto directo de la atención institucional. Salvo una participante que refirió orientar explícitamente hacia la búsqueda de condones y atención en dispensarios formales (Colorada), los relatos evidenciaron que la red no actuaba como canalizadora hacia el sistema sanitario, sino como la única alternativa disponible.

Las participantes identificaron deficiencias estructurales en la oferta de salud local. Como señaló Anita (auxiliar de enfermería): «Solamente cuenta con medicina general y vacunación, pero un ginecólogo sí [falta]».

Por su parte, cuando el sistema biomédico formal intervino en la vida reproductiva de las mujeres con alta paridad, lo hizo principalmente mediante procedimientos de esterilización quirúrgica (ligadura de trompas). Estos eventos ocurrieron tras haber tenido entre seis y ocho hijos, y en algunos casos requirieron la gestión autónoma o el traslado fuera de la comunidad (Guayaquil) sin la aprobación del cónyuge.

3.3 Protección y control: las dos caras de un mismo dispositivo

El repertorio de saberes y prácticas transmitido entre mujeres desempeñó una función ambivalente: proveyó herramientas de cuidado al tiempo que reprodujo mecanismos de control y restricción sobre la conducta de las mujeres.

La vigilancia sobre el cuerpo y el comportamiento sexual se ejerció en el entorno doméstico, recurriendo en diversos casos al castigo físico por parte de las madres o tutoras (Tabla 5).

Tabla 5

Manifestaciones de control, violencia y mecanismos de respuesta.

Tipo de dinámica	Agente o contexto	Manifestación en el relato	Respuesta / Resolución de la participante
Castigo físico y crianza estricta	Madres biológicas y tías	Golpes y reprimendas físicas ante la mediación en relaciones afectivas o noviazgos epistolares.	Salida temprana del hogar (Estefanía a los 13-14 años hacia el trabajo doméstico y posterior unión temprana).
Violencia en la pareja y permanencia	Cónyuges/Esposos	Maltrato físico y verbal en contextos de consumo de alcohol.	Sostenimiento de la unión orientado al bienestar de los hijos (Marjore); rechazo inicial a la denuncia legal recomendada por la madre (María).
Límites a la violencia de pareja	Auto favorabilidad / Autodefensa	Agresión física del cónyuge y coerción en el débito conyugal durante el posparto.	Confrontación física directa con uso de fuerza defensiva («cogí un palo de leña») y distanciamiento progresivo (María).
Presión reproductiva materna	Madre biológica	Mandato de continuar gestando hasta obtener una hija mujer tras cuatro varones consecutivos.	Búsqueda de información anticonceptiva por vías horizontales comunitarias (María).

Fuente: Elaboración propia.

Pese a la prevalencia de estas dinámicas, las narrativas documentaron desplazamientos analíticos e intergeneracionales. Mientras que en las generaciones mayores la resolución de los conflictos dependió de la resistencia individual o el apoyo informal de pares, en los relatos de las participantes más jóvenes y de edad intermedia se evidenciaron nuevas pautas:

1. **Reconceptualización de la sexualidad y la violencia:** «En la actualidad ya uno puede decir que la sexualidad no es algo cohibido» (Estefanía), incorporando la atención psicológica como recurso válido.
2. **Transformación del temor normativo:** «Ahora ya es diferente. [...] Ahora ya no hay por qué temer» (Marjore).
3. **Desplazamiento de las fuentes de información:** La participante más joven (Vale, 16 años) identificó a las instituciones de salud y educativas como sus principales agentes formativos («nos capacita el centro de salud»), desvinculando la educación sexual del ámbito estrictamente doméstico o del silencio generacional.

DISCUSIÓN

El presente estudio demuestra que la vivencia de la menarquia en las comunidades rurales sigue estando atravesada por un patrón histórico de secreto, vergüenza y vacíos de información previa, la falta de comunicación reportada tanto por las participantes adultas mayores como por la más joven coincide con las observaciones de Camacho Puente et al. (7), quienes sostienen que la menstruación en contextos rurales latinoamericanos continúa gestionándose desde el ocultamiento como mecanismo de protección frente al estigma social. Sin embargo, el fenómeno identificado como «Manual Sororo» expone una agencia transformadora: ante la ausencia de una transmisión formal recibida de sus madres, las mujeres rompen el tabú e inauguran activamente espacios de diálogo con sus hijas. Este cambio intergeneracional respalda los aportes de Castaño et al. (8), respecto a cómo el trabajo corporal y el afecto de las redes femeninas de cuidado permiten reconfigurar la pedagogía de la salud sexual comunitaria, pasando del silencio a la advertencia preventiva y al diálogo abierto.

El rol de las figuras maternas no biológicas en la entrega de las primeras pautas sobre el cuerpo y la sexualidad pone de relieve la relevancia de las familias extendidas en la ruralidad. Como señalan Scopinaro Nina (9), las dinámicas reproductivas en sectores rurales frecuentemente descentralizan la figura materna biológica, derivando en agentes comunitarios y familiares afines la responsabilidad socializadora del autocuidado. No obstante, la omnipresencia de la consigna «ya eres señorita» observada en el relato de las participantes revela que dicha alfabetización inicial no estuvo exenta de connotaciones normativas. En consonancia con lo descrito por Riera & Morales (2023), la menarquia en el ámbito rural es conceptualizada

no solo como un evento biológico, sino como un umbral socio-reproductivo que activa simultáneamente la vigilancia comunitaria sobre la moralidad y la conducta sexual de las mujeres (10).

En lo concerniente a la red informal como infraestructura de atención, los datos confirman que las parteras tradicionales, comadronas y vecinas sostienen la continuidad del cuidado materno-perinatal ante la precarización y la inaccesibilidad del sistema público de salud. Este hallazgo concuerda con las investigaciones de Hlongwane et al. (11) en zonas rurales de la región, las cuales documentan que la lejanía geográfica, la falta de especialistas como ginecólogos y las deficiencias en el transporte convierten a las redes comunitarias en el recurso primario y no accesorio para la atención del parto y el posparto. Asimismo, el uso de remedios tradicionales como dietas a base de caldo de gallina y el confinamiento (entoldado) evidencia la vigencia de etnomedicinas del puerperio que, según afirman Díaz- Cárdenas et al. (12), devuelven a la mujer un estatus de protección biológica y cultural que la medicina formal suele desatender.

La circulación horizontal de información sobre métodos anticonceptivos entre vecinas opera como una estrategia de resistencia frente al control coercitivo ejercido por las parejas. Esta vía clandestina de aprendizaje coincide con lo reportado por Hernández & Silva (13), quienes argumentan que, en comunidades con altos índices de violencia basada en género o patriarcado arraigado, el apoyo entre pares femeninos sustituye la falta de autonomía que el sistema formal exige al pedir autorización del cónyuge o al requerir traslados imposibles de justificar. Por otra parte, la esterilización quirúrgica como principal respuesta del sistema de salud formal ante la alta paridad corrobora los análisis de Maila et al. (14) sobre la violencia obstétrica y reproductiva estructural. La biomédica tiende a intervenir de forma tardía mediante la anticoncepción irreversible en lugar de proveer una atención integral de la salud reproductiva a lo largo del curso de vida.

La función ambivalente del repertorio de saberes que protege mientras restringe y vigila se alinea con la noción de dispositivo de género abordada por Puente Guachun et al. (15). El uso del castigo físico por parte de las progenitoras para contener el inicio de la vida afectiva demuestra cómo la violencia estructural es internalizada y reproducida dentro de la propia línea materna como un medio desesperado de protección frente a los riesgos del entorno rural. Igualmente, la permanencia de las participantes en uniones violentas motivada por la crianza de los hijos o la presión materna para continuar gestando coincide con los hallazgos de Iglesias Quintana et al. (16), quienes identificaron que la dependencia económica y la estigmatización de la separación perpetúan la exposición a la violencia intrafamiliar en sectores rurales vulnerables.

A pesar de estas dinámicas de dominación, se identifican importantes quiebres y desplazamientos intergeneracionales en los sectores rurales contemporáneos. Las expresiones de autodefensa física, el alejamiento de uniones abusivas y la reinterpretación de la sexualidad como un derecho desinhibido evidencian una reconfiguración de la agencia femenina. Este tránsito hacia la legitimación de la atención psicológica y la articulación con centros de salud expresado por la participante de menor edad corrobora lo planteado por Muñoz Elgueta (2024), respecto al impacto positivo que tienen la alfabetización digital y el acceso a servicios comunitarios juveniles en la desmitificación del tabú reproductivo. Las nuevas generaciones rurales comienzan a distanciarse de la pedagogía del temor, consolidando una soberanía corporal respaldada tanto por las instituciones de salud como por las rupturas inauguradas por sus antecesoras (17).

CONCLUSIONES

El presente estudio profundiza en la dinámica de las redes de apoyo entre mujeres rurales en Manabí para la gestión de su salud sexual y reproductiva, articulando sus resultados en tres dimensiones clave. En primer lugar, se demuestra que los saberes orales circulantes no derivan de una herencia ancestral, sino de una institución reciente impulsada por las participantes de mayor edad, quienes, tras experimentar la menarquia en el silencio y sin preparación, decidieron instaurar con sus hijas las conversaciones que les fueron negadas. Esta transmisión intergeneracional se estructura predominantemente de forma vertical y a menudo a través de figuras maternas no biológicas, un vínculo que se aproxima más a la noción de “*affidamento*” que a la sororidad estricta.

Asimismo, ante la ausencia institucional, la red de mujeres se consolida como la infraestructura efectiva de cuidado reproductivo al asumir la atención de partos y pospartos, la difusión de información anticonceptiva y el sostén material frente al embarazo temprano, aunque opera bajo un dispositivo ambivalente que

simultáneamente transmite mandatos restrictivos sobre la autonomía femenina e incluso recurre al castigo físico.

En cuanto a la interacción con el sistema formal de salud, la red comunitaria no actúa como un puente hacia los servicios públicos, sino como un sustituto directo frente a un Estado ausente, cuando el sistema sanitario biomédico interviene en la vida reproductiva de las mujeres con mayor paridad, lo hace predominantemente de manera tardía mediante la esterilización quirúrgica, una medida concedida una vez que las usuarias han cumplido con el mandato reproductivo socialmente asignado, enfatizando en que la ambivalencia de estas redes no debe interpretarse como una deficiencia en la solidaridad femenina, sino como el resultado directo del orden de género y de la desprotección institucional: dado que la responsabilidad anticonceptiva y la sanción social del embarazo recaen exclusivamente sobre el cuerpo de la mujer, la protección disponible adopta inevitablemente formas de restricción. Reconocer esta dualidad, sin idealizar ni desestimar el tejido comunitario, resulta imprescindible para que las intervenciones de enfermería comunitaria fortalezcan las capacidades de cuidado sin perpetuar las desigualdades estructurales que las hacen necesarias.

LIMITACIONES

Doce participantes de dos parroquias; los hallazgos no son generalizables y se ofrecen para su transferibilidad a contextos análogos. Una sola participante adolescente, pese a que el proyecto matriz las incluye entre su población: la perspectiva de las adolescentes está documentada de forma predominantemente indirecta, a través del relato de madres y tías, lo que constituye la limitación más relevante para la interpretación de los hallazgos sobre embarazo temprano.

FINANCIACIÓN

El artículo deriva del proyecto de investigación “Conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado en la salud sexual y reproductiva en adolescentes y mujeres de las parroquias rurales de La América y La Unión del cantón Jipijapa”, ejecutado por docentes investigadores de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal del Sur de Manabí. El manuscrito original no especifica financiación externa adicional.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no poseer conflictos de interés.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Tabla 6
Contribución de autoría según taxonomía CRediT

Participar activamente en:	Aguilar Cano	Alonso Muñiz	Loor Alvarado	Sánchez Rodríguez
Conceptualización	X	X		X
Análisis formal	X	X	X	
Adquisición de fondos	X	X		
Investigación	X	X	X	X
Metodología	X	X	X	
Administración del proyecto	X	X		
Recursos		X	X	X
Redacción – borrador original	X		X	X
Redacción – revisión y edición	X	X	X	X
La discusión de los resultados	X	X	X	X
Revisión y aprobación de la versión final del trabajo	X	X	X	X

Nota: Distribución de contribuciones conforme a la taxonomía CRediT.

REFERENCIAS

1. Alonso de los Santos MÁ, Ramos Tovar ME. derecho a la salud sexual y reproductiva: su accesibilidad desde la interpretación internacional. Cuestiones Constitucionales Revista Mexicana de Derecho Constitucional. 2024 Jun 25;e18161. <https://doi.org/10.22201/ijj.24484881e.2024.51.18161>

2. Pinargote-Chancay R del R, Jaramillo-Veliz MA, Alcázar-Pichucho TM, Alcázar-Pincay AC. Educación sexual y reproductiva en zonas rurales del cantón Jipijapa [Sexual and reproductive education in rural areas of Jipijapa cantón]. Cuaderno de enfermería Revista científica. 2025 Oct 21;3(especial1):13–9. <https://doi.org/10.62574/f6b15s54>

3. Organización de Naciones Unidas. FAO, ONU Mujeres y UNFPA acuerdan un plan para avanzar los derechos de las mujeres rurales en América Latina y el Caribe. Washington; 2023 Oct.
4. Quiroz Villafuerte VM, Tumbaco Rodríguez SL, Acuña Mielles GA, Zambrano Romero JE, Catagua Manrique DN, Bravo Granda JJ, et al. Disponibilidad y Accesibilidad de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en la Zona Sur de Manabí: Revisión de Evidencia y Recomendaciones. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2024 Apr 15;8(1):11437–49. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.10456
5. Luz Ainai Morales Pino. Los feminismos en competencia en Zarela (Novela feminista), de Leonor Espinoza de Menéndez (¿1910?): más allá de la utopía, la conciliación y la excepcionalidad. *Revista Chilena de Literatura*. 2023 Nov 12;108:1–14.
6. María Kenia Porras Oropeza. Sororidad y affidamento: propuesta feminista para el crecimiento y el desarrollo en la salud social. *Alternativas Psicología*. 2025 Nov 12;14(3):1–17.
7. CAMACHO JM, PUENTE JD, Gudiño A, Cordova M, Torres de Lovera J. Conocimiento y gestión de la menstruación en estudiantes de un área rural. *Revista Digital de Postgrado*. 2025 Dec 4;14(3). <https://doi.org/10.37910/RDP.2025.14.3.e431>
8. Castaño Aguirre CA, Hernández-Francisco DA, Narváez-Urbano RE, Patiño-Jiménez DM, Santos-Martínez C. Territorialidad y saberes tradicionales de las mujeres rurales de Pijao (Quindío-Colombia). *Revista ciudades, estados y política*. 2024 Dec 26;11(2):57–81. <https://doi.org/10.15446/rcep.v11n2.110188>
9. Scopinaro N. Maternidades hechas de muchas mujeres: experiencias de jóvenes madres en contextos vulnerables. *Revista Punto Género*. 2025 Dec 27;(24):147–75. <https://doi.org/10.5354/2735-7473.2025.82612>
10. Riera Rodríguez Gloria Elizabeth, Morales Gómez Nora Gabriela. Incidencia de la transversalización de la lectura y la escritura en las áreas de formación básica a partir de una propuesta de un canon literario escolar transdisciplinar: un estudio de caso en sexto año de educaci [Tesis de Grado]. [Cuenca]: Universidad del Azuay; 2023.
11. Hlongwane TMAG, Pattinson RC, Bergh AM. Implementation of continuous-wave Doppler ultrasound to detect the high-risk foetus in the low-risk mother: lessons from South Africa. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023 May 27;23(1):393. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05721-3>
12. Andina Díaz E, Martins MFSV, Siles-González J. Creencias y prácticas alimentarias en embarazo y puerperio: aplicación del Modelo de Tradiciones de Salud. *Enfermería Global*. 2021 Jan 1;20(1):98–121. <https://doi.org/10.6018/eglobal.413651>
13. Hernández J de G, Silva Junior AL da, Carrara S, Baldanzi AC de O, Uziel AP. Saúde de travestis e pessoas trans no Rio de Janeiro e Região Metropolitana: estratégias e condições de acesso. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*. 2022;(38). <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22301.a>
14. Maila SM, Castelyn C, Adam S. Informed consent and ethical issues pertaining to female sterilization—Scoping review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2025 Jun 4;169(3):1037–64. <https://doi.org/10.1002/ijgo.16100>
15. Puente Guachún DA, Ramírez Coronel AA, Mesa Cano IC, Serrano Paredes KDL. Violencia intrafamiliar frente al confinamiento durante la pandemia covid-19: revisión sistemática. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*. 2021 Sep 30;5(40):284–95. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol5iss40.2021pp284-295>
16. Iglesias-Quintana JX, Guerrero-López MJ, Zúñiga-Orozco JA, Cují-León SD. Violencia contra la mujer y su influencia dentro del vínculo familiar [Violence against women and its influence on the family relationship]. *Verdad y Derecho Revista Arbitrada de Ciencias Jurídicas y Sociales*. 2024 Sep 6;3(especial):364–73. <https://doi.org/10.62574/qgznbb41>
17. Almendra Camila Muñoz Elgueta. El cuerpo femenino y la violencia estética: un análisis interseccional [Tesis de Grado]. [Santiago de Chile]: Universidad de Chile; 2024.