UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

TEMA:

"PARENTALIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES DE LA COMUNIDAD DE PUSIR, CARCHI – 2025"

Trabajo de titulación previo a la obtención del título en: Licenciatura en Enfermería

Línea de investigación: Salud y bienestar integral

AUTOR:

Valeria Alejandra López Grijalva

DIRECTOR:

Msc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa

Ibarra – Ecuador (2026)

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. **IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA**

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
APELLIDOS Y NOMBRES:	López Grijalva Valeria Alejandra

DATOS DE LA OBRA		
TÍTULO:	‘‘Parentalidad y salud reproductiva en mujeres de la comunidad de Pusir, Carchi – 2025’’	
AUTOR (ES):	López Grijalva Valeria Alejandra	
FECHA: **DD/MM/AAAA**	04/11/2026	
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO		
PROGRAMA:	■ **PREGRADO**	□ **POSGRADO**
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería	
DIRECTOR/ ASESOR:	Msc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa Msc, Mercedes del Carmen Flores Grijalva	

2. **CONSTANCIAS**

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 04 días del mes de noviembre de 2026

EL AUTOR:



(Firma)……

Nombre: Valeria Alejandra López Grijalva

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Ibarra, a los 04 días del mes de noviembre de 2026

Msc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa
DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular, el mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte; en consecuencia, autorizo a su presentación para los fines legales pertinentes.



(f)…….
Msc, Tatiana Isabel Vásquez Figueroa
CC: 1002120432

APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR

El Comité Calificador del trabajo de Integración Curricular titulado: **"Parentalidad y salud reproductiva en mujeres de la comunidad de Pusir, Carchi – 2025"** elaborado por **Valeria Alejandra López Grijalva**, previo a la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Universidad Técnica del Norte:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
TATIANA ISABEL VASQUEZ FIGUEROA

(f)…….

Msc, Tatiana Isabel Vásquez Figueroa - **DIRECTOR**

CC: 1002120432

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
MERCEDES DEL CARMEN FLORES GRIJALVA

(f)…….

Msc, Mercedes del Carmen Flores Grijalva - **ASESOR**

CC: 1001859394

DEDICATORIA

A mi mamá, con cada latido y gesto de amor, tú has sido el faro que ilumina mi camino. Tu ternura, comprensión y fortaleza me han enseñado a soñar y a luchar por lo que deseo. Gracias por ser mi refugio y mi inspiración, y por enseñarme que el amor más puro nace de la dedicación y el cuidado incondicional.

A mi papá, celebro el ejemplo de integridad y esfuerzo que siempre has representado en mi vida. Tus palabras sabias, tus enseñanzas y tu constancia me han impulsado a superar desafíos y a nunca rendirme. Gracias por mostrarme el valor del trabajo duro y por ser mi guía en cada paso del camino.

A mi hermano, compartir risas, desafíos y momentos de aprendizaje contigo ha enriquecido mi vida de formas indescriptibles. Eres mi compañero y mi amigo, y cada aventura juntos me ha enseñado sobre la lealtad, el apoyo inquebrantable y la importancia de tener a alguien que siempre esté ahí. Gracias por sumar luz y alegría a cada jornada.

A mi abuelita, tus historias, tu sabiduría y esa dulzura tan particular han dejado una huella imborrable en mi corazón. Con cada consejo y cada abrazo, me has mostrado la belleza de la vida. Gracias por ser ese tierno lazo de amor que me inspira a ser mejor.

López Grijalva Valeria Alejandra

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi directora de tesis, la Msc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa, por su paciencia, guía y confianza en mi capacidad para desarrollar este trabajo. Sus valiosos comentarios y apoyo han sido esenciales para enriquecer este proyecto.

Extiendo mi gratitud a los miembros del comité evaluador, quienes con sus observaciones y recomendaciones han contribuido significativamente a la calidad de esta investigación.

A mis amigos y compañeros, gracias por compartir momentos de estudio, risas y retos, haciéndome ver que cada dificultad es una oportunidad para aprender y superarme.

Finalmente, agradezco a todas las personas que han formado parte de este recorrido, por creer en mí y alentarme en cada etapa. Cada aporte, por pequeño que parezca, ha sido fundamental para alcanzar este importante logro.

López Grijalva Valeria Alejandra

RESUMEN EJECUTIVO

Parentalidad y salud reproductiva en mujeres de la comunidad de Pusir, Carchi – 2025

Autor: López Grijalva Valeria Alejandra
Tutor: Msc, Vásquez Figueroa Tatiana Isabel
Asesor: Msc, Flores Grijalva Mercedes del Carmen
Correo Institucional: valopezg@utn.edu.ec

La parentalidad influye en la forma en que las mujeres viven su salud reproductiva, especialmente en comunidades rurales donde el acceso a la información y a los servicios puede ser limitado. Este estudio tuvo como objetivo determinar la parentalidad y la salud reproductiva en mujeres de la comunidad de Pusir, Carchi, en 2025. Se utilizó un diseño cualitativo, fenomenológico y descriptivo. Se realizaron seis entrevistas semiestructuradas individuales a mujeres adultas de la comunidad, seleccionadas mediante muestreo intencional, y los datos se analizaron de forma manual mediante análisis temático inductivo. Los resultados mostraron una transición generacional en la crianza: de una crianza basada en el castigo físico, el silencio y el trabajo temprano hacia otra con más diálogo, confianza y asignación de responsabilidades, aunque cinco de las seis participantes señalaron que el castigo físico aún se utiliza, generalmente como último recurso. La madre apareció como la principal figura de autoridad y de comunicación. Las participantes describieron una mayor apertura para hablar de sexualidad con sus hijos, pero con límites, y reportaron un conocimiento general de métodos anticonceptivos, con barreras de acceso como los turnos, la falta de disponibilidad, la vergüenza y los mitos. Todas consideraron que la crianza influye en la salud reproductiva y destacaron la confianza y la comunicación familiar como el factor principal. Interpretados con la Teoría de las Transiciones, los hallazgos sugieren una transición todavía en curso, en la que coexisten facilitadores y obstáculos. Se concluye que fortalecer la comunicación familiar y reducir las barreras de acceso son líneas de acción prioritarias para la enfermería comunitaria.

Palabras clave: Responsabilidad parental, salud reproductiva, relaciones padres-hijo, población rural, investigación cualitativa, enfermería.

ABSTRACT

Parenting and reproductive health among women in the Pusir community, Carchi – 2025

Author: López Grijalva Valeria Alejandra
Tutor: Msc, Vásquez Figueroa Tatiana Isabel
Advisor: Msc, Flores Grijalva Mercedes del Carmen
Institutional email: valopezg@utn.edu.ec

Parenting influences how women experience their reproductive health, especially in rural communities where access to information and services may be limited. This study aimed to determine parenting and reproductive health among women in the Pusir community, Carchi, in 2025. A qualitative, phenomenological, descriptive design was used. Six individual semi-structured interviews were conducted with adult women from the community, selected through purposive sampling, and the data were analyzed manually using inductive thematic analysis. The results showed a generational transition in child-rearing: from a style based on physical punishment, silence, and early work toward one with more dialogue, trust, and assigned responsibilities, although five of the six participants reported that physical punishment is still used, usually as a last resort. Mothers emerged as the main figure of authority and communication. Participants described greater openness to talking about sexuality with their children, but with limits, and reported general knowledge of contraceptive methods, with access barriers such as appointment scheduling, lack of supplies, shame, and myths. All participants considered that parenting influences reproductive health and highlighted trust and family communication as the main factor. Interpreted through Transitions Theory, the findings suggest a transition that is still in progress, in which facilitators and barriers coexist. It is concluded that strengthening family communication and reducing access barriers are priority lines of action for community nursing.

Keywords: parenting, reproductive health, parent-child relations, rural population, qualitative research, nursing.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA 2
CONSTANCIAS 3
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR 4
APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR 5
DEDICATORIA 6
AGRADECIMIENTO 7
RESUMEN EJECUTIVO 8
ABSTRACT 9
ÍNDICE DE CONTENIDOS 10
ÍNDICE DE TABLAS 13
ÍNDICE DE FIGURAS 14
INTRODUCCIÓN 16
El Problema 16
Justificación 18
Objetivos 19
Objetivo General 19
Objetivos Específicos 19
CAPÍTULO 1 20
1. Marco Teórico 20
1.1. Antecedentes 20
1.2. Fundamentación teórica 21
1.2.1. Parentalidad y estilos de crianza 21
1.2.2. Comunicación familiar sobre sexualidad 22

1.2.3. Salud sexual y reproductiva 23
1.2.4. Factores socioculturales, género y embarazo no intencional 23
1.2.5. Educación sexual y fortalecimiento familiar 24
1.3. Teoría de enfermería 24
1.3.1. Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis 24
CAPÍTULO 2 26
2. Materiales y métodos 26
2.1. Tipo de investigación 26
2.2. Técnicas e instrumentos de investigación 26
2.2.1. Métodos 26
2.2.2. Técnicas 26
2.2.3. Instrumentos 27
2.3. Preguntas de investigación 27
2.4. Matriz de categorización de variables 28
2.5. Participantes 30
2.5.1. Población investigada 30
2.5.2. Muestra 30
2.5.3. Características generales de la muestra 30
2.5.4. Criterios de Inclusión 30
2.5.5. Criterios de Exclusión 31
2.6. Procedimiento y análisis de datos 31
2.7. Aspectos bioéticos 32
CAPÍTULO 3 33
3. Resultados y Discusión 33
3.1. Resultados 33

3.1.1. Experiencias de crianza vividas por las mujeres de la comunidad 34
3.1.2. Percepciones, experiencias, creencias y prácticas sobre parentalidad y salud reproductiva 36
3.1.3. Influencia de los métodos de crianza en la salud reproductiva y en los roles parentales..... 38
3.2. Discusión..... 39
3.2.1. Experiencias de crianza: una transición generacional en curso..... 40
3.2.2. Comunicación familiar sobre sexualidad: del silencio al diálogo, con límites..... 41
3.2.3. Conocimiento, acceso y creencias sobre anticoncepción 42
3.2.4. Embarazo adolescente y aborto..... 43
3.2.5. Influencia percibida de la crianza en la salud reproductiva..... 43
3.2.6. Lectura desde la Teoría de las Transiciones..... 44
3.2.7. Aportes del estudio..... 45
3.2.8. Limitaciones del estudio..... 46
CAPÍTULO 4..... 47
4. Conclusiones y Recomendaciones..... 47
4.1. Conclusiones 47
4.2. Recomendaciones..... 48
BIBLIOGRAFÍA..... 49
ANEXOS 53
Anexo 1. Entrevista semiestructurada 53
Anexo 2. Consentimiento informado 54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de categorías y subcategorías emergentes..... 33

Tabla 2. Hallazgos del estudio según los conceptos de la Teoría de las Transiciones..... 44

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Categorías y subcategorías emergentes sobre las experiencias de crianza en la comunidad de Pusir 34

Figura 2. Categorías y subcategorías emergentes sobre las percepciones, creencias y prácticas relacionadas con la parentalidad y la salud reproductiva..... 37

Figura 3. Categorías y subcategorías emergentes sobre la influencia de los métodos de crianza en la salud reproductiva..... 39

TEMA:

"Parentalidad y salud reproductiva en mujeres de la Comunidad de Pusir, Carchi – 2025"

INTRODUCCIÓN

El Problema

La salud reproductiva de las mujeres se ve fuertemente afectada por la parentalidad, ya que a través de ella se forman sus decisiones y comportamientos desde la adolescencia, analizar a fondo esta relación puede ayudar a optimizar la atención de salud pública, pero la falta de investigaciones exhaustivas pone de manifiesto la necesidad de examinarla más detenidamente (1).

La parentalidad incluye las habilidades, prácticas y actitudes que los padres toman para cubrir las necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas de sus hijos, garantizando un ambiente apropiado para su desarrollo completo, el concepto no se restringe únicamente a la crianza directa, abarca también la planificación y el ejercicio de responsabilidad en términos reproductivos lo que significa participar en decisiones que impactan tanto la procreación como la educación de las generaciones venideras (2).

Por ello, la parentalidad se vincula estrechamente con la salud reproductiva, ya que los estilos de crianza se relacionan con las conductas que una persona adopta frente a su salud sexual y reproductiva, asimismo, un enfoque integral de ambas favorece el desarrollo saludable de los hijos y ayuda a prevenir problemas en este ámbito.

A escala mundial, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) estimó en 2022 que casi la mitad de todos los embarazos, alrededor de 121 millones cada año, son no intencionales (3). Además, el acceso insuficiente a servicios de salud reproductiva y a métodos anticonceptivos seguros sigue siendo un problema significativo. Según la Organización Mundial de la Salud, de los 1.900 millones de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que había en el mundo en 2021, 1.100 millones necesitaban planificación familiar; de ellas, 874 millones utilizaban métodos anticonceptivos modernos y 164 millones tenían una necesidad insatisfecha de anticoncepción (4). Esta brecha se asocia con más embarazos no intencionales y con mayor exposición a complicaciones ginecológicas e infecciones de transmisión sexual (ITS).

En Ecuador, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) registró en 2024 un total de 1.621 nacimientos de madres de 10 a 14 años y 30.580 de madres de 15 a 19 años (5). Estas cifras muestran que la maternidad temprana continúa siendo un desafío de salud pública y justifican el estudio del papel que cumple la familia en la formación de las decisiones reproductivas.

Diversos estudios han analizado la relación entre parentalidad y salud reproductiva en distintos contextos. En Ghana, Osei et al. (6) realizaron entrevistas semiestructuradas a 30 padres y adolescentes y aplicaron un Análisis Fenomenológico Interpretativo; encontraron experiencias diversas, con visiones tanto favorables como desfavorables sobre la educación sexual en el hogar. En Colombia, Castro et al. (7), en un estudio de métodos mixtos realizado entre 2020 y 2021 en ocho colegios, reportaron que cerca de la mitad del estudiantado tenía conocimientos pertinentes y que la mayoría mostraba actitudes favorables hacia la anticoncepción, vinculadas con la formación sexual recibida; no obstante, identificaron obstáculos para la educación sexual tanto en el hogar como en las instituciones educativas.

En Ecuador, Kotkowski et al. (8) describieron en Riobamba, en 2022, un programa piloto en el que cuatro docentes lideraron la formación de veinte facilitadores de educación sexual y evaluaron su seguridad y destreza para impartir los contenidos; los facilitadores mostraron mayor confianza y habilidad para enseñar, este antecedente aporta saberes culturalmente pertinentes que podrían orientar la formación de madres y padres en comunidades conservadoras.

Sin una intervención apropiada, la falta de acceso a servicios de salud reproductiva y a educación, sumada a una parentalidad inadecuada, podría incrementar los embarazos no planificados, perpetuar la pobreza y afectar el progreso social y económico. También podría aumentar la morbimortalidad materna e infantil por la ausencia de control prenatal y posnatal, en este escenario, el apoyo afectivo, las formas de control y la comunicación familiar resultan fundamentales: su carencia pone en riesgo la salud de las familias y genera un ciclo de vulnerabilidad que puede alcanzar a las generaciones siguientes.

Una parentalidad basada en el respaldo emocional y el diálogo fortalece la capacidad de las mujeres para tomar decisiones conscientes y responsables sobre su salud sexual, en cambio, una

parentalidad deficiente puede limitar su autonomía y su capacidad de decisión, y mantener problemas asociados a la falta de educación y de planificación en salud reproductiva.

En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la parentalidad y la salud reproductiva en las mujeres de la comunidad de Pusir, Carchi, en 2025, mediante un enfoque cualitativo fenomenológico basado en entrevistas individuales, con ello se busca generar información que oriente políticas y programas de educación y comunicación en salud sexual, y que fomente un entorno de respaldo y prevención que favorezca el bienestar de las mujeres.

Justificación

Estudiar la relación entre las prácticas parentales y la salud reproductiva de las mujeres de la comunidad de Pusir, Carchi, resulta relevante en varios ámbitos.

En lo académico, la literatura revisada se concentra principalmente en adolescentes y en contextos urbanos o de otros países, por lo que se conoce poco sobre cómo el entorno familiar y los factores de crianza se relacionan con las decisiones reproductivas de mujeres de comunidades rurales ecuatorianas, asimismo, en las zonas rurales, donde el acceso a la información y a la atención en salud reproductiva suele ser limitado, los factores culturales y la educación recibida de los padres desempeñan un papel decisivo en los comportamientos y decisiones de salud, por lo tanto, este estudio aborda el tema desde las vivencias de las propias mujeres y considera los contextos familiares y socioculturales, lo que puede aportar una visión útil para comunidades con características similares.

Desde la enfermería, la investigación aporta insumos para fortalecer las competencias de atención, educación en salud reproductiva y apoyo familiar, asimismo, sus resultados permiten a los profesionales diseñar estrategias de intervención y programas educativos acordes con las necesidades y el contexto de las mujeres rurales, y respaldan el papel de la enfermería comunitaria dentro de la atención primaria de salud y la promoción de la salud familiar.

En lo social, las mujeres de la comunidad de Pusir son las beneficiarias directas, pues los hallazgos podrán orientar acciones de educación en salud reproductiva que contribuyan a su bienestar y empoderamiento. Los beneficiarios indirectos son la comunidad en general, ya que una mejor educación en salud reproductiva fortalece el tejido social y las prácticas de autocuidado y cuidado mutuo, por lo tanto, el estudio se alinea con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, "Salud y bienestar", y con el Plan de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024-2025 (9).

En la práctica, los resultados pueden ser utilizados por entidades de salud pública y organizaciones sociales para diseñar intervenciones adaptadas a los factores sociales y culturales de comunidades rurales, y para fortalecer las estrategias de atención comunitaria.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la parentalidad y salud reproductiva en las mujeres de la Comunidad de Pusir, Carchi – 2025.

Objetivos Específicos

- Describir las experiencias de crianza vividas por las mujeres de la Comunidad de Pusir.
- Indagar las percepciones, experiencias, creencias y prácticas relacionadas con la parentalidad y la salud reproductiva dentro de la Comunidad de Pusir.
- Analizar cómo los métodos de crianza percibidos o experimentados dentro de la comunidad influyen en la salud reproductiva y en los roles parentales.

CAPÍTULO 1

1. Marco Teórico

1.1. Antecedentes

Para este estudio se revisó bibliografía relacionada con las categorías de investigación: parentalidad, comunicación familiar y salud reproductiva, a continuación, se presentan los antecedentes más relevantes.

En Zambia, Isaksen et al. (10) publicaron el estudio transversal "Comunicación entre padres e hijos sobre cuestiones sexuales en Zambia: un estudio transversal de niñas adolescentes y sus padres", en el que evaluaron cómo los factores sociodemográficos y psicosociales influyen en la comunicación entre padres e hijas adolescentes sobre temas sexuales, esa comunicación se consideró una estrategia clave para reducir el riesgo sexual en un contexto con alta prevalencia de embarazos tempranos, abortos inseguros y VIH. Con datos de un ensayo aleatorio controlado con 4.343 adolescentes y 3.878 padres, encontraron que las adolescentes con un vínculo positivo con sus padres, y que se sentían cómodas al tratar estos temas, tenían más probabilidades de dialogar sobre ellos, por el contrario, los estilos de comunicación basados en el miedo o las actitudes contrarias a la educación anticonceptiva disminuían esa posibilidad, además, las jóvenes escolarizadas conversaban menos sobre sexo con sus padres que las no escolarizadas. Los autores destacaron la importancia de estilos de crianza abiertos y de actitudes favorables hacia la comunicación y el uso de métodos anticonceptivos.

En Tabriz (Irán), Naghizadeh y Mirghafourvand (11) exploraron los conocimientos y actitudes de 270 adolescentes y 270 madres sobre el embarazo temprano, ambos grupos mostraron conocimientos limitados, con promedios de 5,17 y 5,57 en una escala de 0 a 9, respectivamente. Aunque la mayoría de las adolescentes (94,1 %) y de las madres (87,1 %) estaba en contra del embarazo antes de los 18 años, identificaron como factores principales de la gestación temprana la escasa información sobre relaciones sexuales (57,4 % y 66,3 %) y sobre métodos anticonceptivos (51,9 % y 59,2 %), además, las jóvenes cuyos padres se habían casado antes de

los 18 años tenían tres veces más probabilidades de aceptar un embarazo temprano (OR = 3,10; p = 0,037), y las madres con hijos casados antes de esa edad, casi cinco veces más (OR = 4,91; p = 0,045). Los autores subrayaron la necesidad de programas educativos dirigidos a adolescentes y familias que corrijan ideas culturales erróneas.

En Ghana, Osei et al. (6), en su estudio "Educación sexual en el hogar en Ghana: perspectivas de adolescentes y padres", examinaron las vivencias de jóvenes y progenitores sobre la educación sexual y su influencia en la salud sexual y reproductiva. Realizaron entrevistas semiestructuradas a 30 participantes en el municipio metropolitano de Ablekuma South y aplicaron un Análisis Fenomenológico Interpretativo. Identificaron experiencias diversas, aunque con puntos de vista similares entre padres y adolescentes, y recalcaron la importancia de promover una comunicación franca sobre la sexualidad que sustituya los eufemismos y supere los obstáculos culturales.

1.2. Fundamentación teórica

El estudio se ubica en un campo multidisciplinario que integra la psicología del desarrollo, la salud pública y los estudios de género, la evidencia disponible indica que los estilos de crianza influyen en los comportamientos sexuales y reproductivos de las personas a lo largo de su vida (12, 13).

1.2.1. Parentalidad y estilos de crianza

Los estilos de crianza se conceptualizan a partir de los trabajos de Diana Baumrind, quien en la década de 1960 identificó tres patrones de parentalidad: autoritario, autoritativo y permisivo (14). Maccoby y Martin (15) incorporaron después un cuarto estilo, el negligente. La tipología se basa en dos dimensiones: la responsividad (calidez y apoyo emocional) y la exigencia (nivel de control y expectativas de conducta).

- **Autoritativo:** alta responsividad y alta exigencia, los padres establecen límites claros explican sus expectativas y mantienen una comunicación bidireccional que fomenta la autonomía, es el estilo más asociado con resultados favorables en el desarrollo, incluida la salud sexual y reproductiva (12).

- **Autoritario:** alta exigencia y baja responsividad, se exige obediencia sin explicaciones y con frecuencia mediante métodos punitivos, lo que puede inhibir la comunicación sobre sexualidad y generar tabúes.
- **Permisivo:** alta responsividad y baja exigencia, hay afecto, pero pocos límites y poca supervisión, lo que se ha asociado con inicio sexual más temprano y mayor probabilidad de conductas de riesgo (12), (13).
- **Negligente:** baja responsividad y baja exigencia, hay mínima supervisión y apoyo, lo que deja un vacío de información que los adolescentes pueden llenar con fuentes poco confiables.

La supervisión parental, entendida como el conocimiento y seguimiento que los padres mantienen sobre las actividades y amistades de sus hijos, es un componente central de la crianza, asimismo, un estudio brasileño con más de 102.000 adolescentes halló una asociación inversa entre el nivel de supervisión parental y los comportamientos sexuales de riesgo (13). Una supervisión efectiva no se limita al control: incluye comunicación, expectativas claras y monitoreo adecuado a la edad, y busca un equilibrio entre protección y autonomía.

Estas tipologías se desarrollaron principalmente en contextos occidentales y urbanos, por lo que su aplicación a comunidades rurales requiere considerar el contexto cultural en que se ejerce la crianza.

1.2.2. Comunicación familiar sobre sexualidad

La comunicación entre padres e hijos sobre sexualidad es un factor protector frente a conductas sexuales de riesgo (12, 13). Los adolescentes que reciben información sexual de sus padres tienen mayor probabilidad de retrasar el inicio sexual y de usar métodos anticonceptivos de forma consistente, la calidad de esa comunicación pesa más que su frecuencia: requiere información precisa, actitudes no condenatorias y disponibilidad para conversar de forma continua (12).

Las barreras para esta comunicación incluyen la incomodidad de los padres ante los temas sexuales, su falta de conocimiento, las creencias religiosas o culturales que restringen el tema y el

temor de que la información promueva el inicio sexual temprano (12). La comunicación debe comenzar temprano y adaptarse al nivel de desarrollo del hijo o la hija.

1.2.3. Salud sexual y reproductiva

La Organización Mundial de la Salud define la salud sexual como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, que requiere un enfoque positivo y respetuoso de las relaciones sexuales y la posibilidad de tener experiencias placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia (16). Sus componentes esenciales incluyen el acceso a información integral y de calidad, el conocimiento de los riesgos, la disponibilidad de servicios de salud sexual y un entorno social que promueva esa salud (16).

La salud reproductiva se define como un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones, e incluye el derecho a decidir si procrear, cuándo y con qué frecuencia (17). El término se estableció como marco conceptual en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, en 1994 (17). Sus componentes comprenden información, asesoramiento y educación en anticoncepción, atención prenatal y posnatal de calidad, acceso a métodos anticonceptivos seguros y modernos, y prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (17). Su provisión efectiva exige sistemas de salud que garanticen disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, y que consideren los factores socioculturales y económicos de cada población.

1.2.4. Factores socioculturales, género y embarazo no intencional

Las construcciones sociales de género generan expectativas distintas para hombres y mujeres que influyen en las decisiones sexuales y reproductivas (18). En el estudio brasileño con más de 102.000 adolescentes, la supervisión parental fue mayor en las mujeres y se observó que opera de manera distinta en mujeres y varones (13). El acceso limitado a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva sigue siendo un problema global: la Organización Mundial de la Salud estimó que 164 millones de mujeres tenían una necesidad insatisfecha de anticoncepción en 2021 (4).

El embarazo en la adolescencia se asocia con complicaciones obstétricas, limitaciones educativas y laborales, y perpetuación de ciclos de pobreza (16, 17). Entre sus factores de riesgo se cuentan el uso inconsistente de anticonceptivos, el conocimiento limitado sobre reproducción y el acceso restringido a servicios de salud reproductiva; una mayor supervisión parental se asoció con conductas sexuales más protectoras, como un inicio sexual más tardío y un mayor uso del preservativo (13). Las decisiones sobre la continuación o interrupción de un embarazo están influidas por factores individuales, familiares y sociales, entre ellos el apoyo familiar, los recursos económicos y las normas religiosas o culturales (16, 17).

1.2.5. Educación sexual y fortalecimiento familiar

Los programas de educación sexual integral son más efectivos cuando desarrollan habilidades, abordan las normas de género, involucran a familias y comunidades y se mantienen en el tiempo (12, 16). Su implementación exige considerar las normas culturales y religiosas del contexto y adaptar los contenidos con participación de la comunidad (16). Los programas de fortalecimiento familiar, que combinan educación parental, entrenamiento en comunicación y estrategias de supervisión adecuadas a la edad, mejoran la confianza de los padres para hablar de sexualidad con sus hijos (12, 13).

1.3. Teoría de enfermería

1.3.1. Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis

La Teoría de las Transiciones, formulada por Afaf Ibrahim Meleis, es una teoría de rango medio que explica cómo las personas atraviesan cambios que modifican su vida, su identidad y sus roles, y cómo la enfermería puede acompañar y facilitar esos procesos (19, 20). Una transición se entiende como el paso de una fase, condición o estado de la vida a otro, e implica un proceso que se desarrolla en el tiempo y que exige a la persona redefinir su identidad y sus formas de actuar (21).

La teoría distingue cuatro tipos de transición: de desarrollo (por ejemplo, la adolescencia o la maternidad), situacional (como cambios de rol o de estructura familiar), de salud-enfermedad y organizacional. Sus propiedades esenciales son la conciencia del cambio, el compromiso con el proceso, el cambio y la diferencia que se experimentan, el período de tiempo en que ocurre y la presencia de puntos y eventos críticos (19).

La forma en que se vive una transición depende de condiciones que actúan como facilitadores o inhibidores en tres niveles: personal (significados, creencias y actitudes culturales, situación socioeconómica, preparación y conocimiento), comunitario y social (19). Una transición saludable se reconoce por indicadores de proceso, como sentirse conectado, interactuar, situarse en el nuevo contexto y desarrollar confianza y capacidad de afrontamiento, y por indicadores de resultado, como el dominio de las nuevas habilidades y la integración de una identidad renovada (19). Desde esta perspectiva, la intervención de enfermería se orienta a la valoración, la preparación para la transición y la suplementación de roles, es decir, a acompañar a la persona con información, apoyo y recursos (20).

Esta teoría resulta pertinente para el estudio por tres razones, primero, la parentalidad y la maternidad son transiciones de desarrollo y de rol que cada mujer vive en un momento y con apoyos distintos, segundo, las transformaciones en los estilos de crianza entre generaciones pueden entenderse como una transición colectiva en la que las prácticas tradicionales se modifican de forma gradual, tercero, los conceptos de facilitadores e inhibidores permiten analizar cómo las creencias culturales, la información disponible, el acceso a los servicios de salud y la comunicación familiar favorecen u obstaculizan el ejercicio de una salud reproductiva autónoma, así, en el análisis de resultados se utilizará esta teoría como marco interpretativo, sin perder de vista que las categorías surgen de los testimonios de las participantes.

CAPÍTULO 2

2. Materiales y métodos

2.1. Tipo de investigación

El estudio siguió una metodología cualitativa, con diseño fenomenológico y alcance descriptivo, se eligió este enfoque porque el propósito fue comprender en profundidad las experiencias, percepciones y significados que las mujeres de la comunidad atribuyen a la parentalidad y a su salud reproductiva, tal como los viven y los narran, sin modificar variables ni intervenir en su entorno natural, el enfoque fenomenológico permitió explorar estos fenómenos sociales y culturales desde la perspectiva de las participantes y alcanzar una comprensión contextualizada de sus vivencias en torno a la crianza, la sexualidad y la salud reproductiva.

El estudio fue de campo, porque los datos se recolectaron directamente en el entorno de las participantes, y transversal, porque la información se obtuvo en un solo momento, lo que permitió captar una "fotografía" de sus experiencias y percepciones en ese período.

2.2. Técnicas e instrumentos de investigación

2.2.1. Métodos

Se aplicó el método inductivo, que permitió identificar patrones, significados y perspectivas comunes a partir de los relatos de las participantes y construir interpretaciones sobre sus realidades en torno a la parentalidad y la salud reproductiva, se empleó además el método analítico-sintético: primero se descompusieron los relatos en sus elementos (creencias, actitudes y prácticas de crianza, comunicación familiar y decisiones reproductivas) y luego se integraron para construir una visión comprensiva de los fenómenos estudiados.

2.2.2. Técnicas

La técnica de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada individual, se eligió porque permite abordar con mayor privacidad temas sensibles, como la crianza, la sexualidad y la anticoncepción, y porque combina una guía común para todas las participantes con la flexibilidad de profundizar en aquello que cada una considera relevante.

2.2.3. Instrumentos

- **Guía de entrevista semiestructurada (Anexo 1).** Se elaboró una guía con diez preguntas principales, acompañadas de preguntas de profundización, que abordaron las formas de crianza, las diferencias según el sexo de los hijos, las tradiciones y costumbres, los métodos de disciplina, las reglas del hogar, la comunicación familiar, los valores, el embarazo, el conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos, el aborto y la influencia de la crianza en la salud reproductiva.
- **Grabadora de audio.** Se utilizó una grabadora digital para registrar las entrevistas, lo que permitió su transcripción literal y la conservación íntegra de los testimonios.
- **Diario de campo.** Se registraron observaciones del contexto, del lenguaje no verbal y de las reacciones de las participantes, que complementaron los datos de las grabaciones.

2.3. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las experiencias de crianza vividas por las mujeres de la Comunidad de Pusir?
- ¿Cómo perciben, experimentan y qué creencias sostienen las mujeres de la Comunidad de Pusir en torno a la parentalidad y la salud reproductiva?
- ¿De qué manera los métodos de crianza percibidos o experimentados por las mujeres de la comunidad influyen en la salud reproductiva y en los roles parentales asumidos?

2.4. Matriz de categorización de variables

- **Objetivo 1:** Describir las experiencias de crianza vividas por las mujeres de la Comunidad de Pusir.

Categoría	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Técnica
Crianza y contexto	Condiciones sociales, económicas y culturales en las que se desarrolla la crianza, incluidas las costumbres de la comunidad (22).	Contexto socioeconómico y cultural	Pobreza y condiciones de vida, trabajo temprano, tradiciones y costumbres comunitarias.	Entrevista semiestructurada (P1, P2)
Disciplina	Métodos y prácticas que las madres y los padres utilizan para corregir y orientar la conducta de sus hijos (22).	Prácticas parentales	Castigo físico, diálogo y corrección verbal, sanciones no físicas (retirar privilegios, asignar obligaciones).	Entrevista semiestructurada (P3)
Reglas y responsabilidades	Normas del hogar, tareas y valores éticos y sociales que los padres enseñan y refuerzan en sus hijos (23).	Organización del hogar y educación moral	Reglas y tareas domésticas, quién las establece, respeto, responsabilidad, obediencia.	Entrevista semiestructurada (P4, P5)
Diferencias de género	Tratamiento diferencial en la crianza según el sexo del hijo o la hija (24).	Igualdad o desigualdad de roles	Reglas, responsabilidades y libertades diferenciadas por género; vigilancia; diferencias en la comunicación.	Entrevista semiestructurada (P1, P3, P4)

- **Objetivo 2:** Indagar las percepciones, experiencias, creencias y prácticas relacionadas con la parentalidad y la salud reproductiva dentro de la Comunidad.

Categoría	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Técnica
Percepciones sobre parentalidad	Conjunto de opiniones y creencias sobre la crianza y el rol parental (25).	Creencias y experiencias	Valores de una buena madre o un buen padre, reparto de responsabilidades, dificultades de criar.	Entrevista semiestructurada (P5)

Comunicación sobre sexualidad	Intercambio de información y diálogo sobre sexualidad y salud reproductiva en el entorno familiar y comunitario (26), (27).	Comunicación familiar y comunitaria	Silencio o apertura para hablar del tema, confianza, límites y recelo, personas con quienes se conversa.	Entrevista semiestructurada (P5, P7, P10)
Conocimiento y acceso a anticoncepción	Información y acciones relacionadas con el cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluido el acceso a métodos anticonceptivos (28).	Conocimientos y acceso a servicios	Métodos conocidos, fuentes de información, barreras de acceso (turnos, disponibilidad, vergüenza), mitos.	Entrevista semiestructurada (P7, P8)
Embarazo y aborto	Gestación y decisiones sobre su continuidad o interrupción, incluidos los embarazos no intencionales (3).	Experiencias en salud reproductiva	Edad del primer embarazo, embarazos no deseados, aborto como práctica conocida o rumor.	Entrevista semiestructurada (P6, P7, P9)

- **Objetivo 3:** Analizar cómo los métodos de crianza percibidos o experimentados dentro de la comunidad influyen en la salud reproductiva y en los roles parentales.

Categoría	**Definición conceptual**	**Dimensión**	**Indicadores**	**Técnica**
Confianza y comunicación familiar	Relación de apoyo y diálogo entre padres e hijos que, según las participantes, influye en las decisiones y conductas reproductivas (13).	Influencia percibida	Relación percibida entre la confianza y la comunicación recibidas y las decisiones reproductivas; información escolar considerada insuficiente.	Entrevista semiestructurada (P10)
Cambio intergeneracional y roles parentales	Transformaciones en las formas de criar entre generaciones y funciones que asumen las madres y los padres en la crianza, la educación y la orientación de sus hijos (2), (20).	Transformación del rol	Comparación entre la crianza recibida y la ejercida, rol materno ampliado, vergüenza y desinformación persistentes.	Entrevista semiestructurada (P10)

2.5. Participantes

2.5.1. Población investigada

La población de estudio estuvo conformada por mujeres de la comunidad de Pusir, provincia del Carchi., con edades de entre 19 y 35 años, con una excepción justificada que se describe en el apartado 2.5.3.

2.5.2. Muestra

Se aplicó un muestreo no probabilístico intencional, porque la investigación cualitativa requiere la participación de personas con características específicas relacionadas con el fenómeno de estudio. Participaron seis mujeres, seleccionadas con base en criterios definidos previamente, este tipo de muestreo permite profundizar en significados, prácticas y experiencias particulares, sin pretender representatividad estadística sino riqueza interpretativa desde las voces de las participantes.

2.5.3. Características generales de la muestra

La muestra estuvo conformada por seis mujeres residentes en la comunidad de Pusir, codificadas de P1 a P6 para resguardar su identidad, asimismo, se incluyó una participante de 75 años, que excede el rango de edad establecido (19 a 35 años), como excepción justificada: su testimonio aportó la perspectiva de una generación que vivió la crianza tradicional y permitió contrastar la transformación intergeneracional que constituye uno de los hallazgos centrales del estudio.

2.5.4. Criterios de Inclusión

- Mujeres de 19 a 35 años de edad (con la excepción justificada descrita en el apartado 2.5.3).
- Mujeres que hayan nacido y crecido en la comunidad.
- Mujeres que deseen participar voluntariamente en la investigación.
- Mujeres con un nivel cognitivo adecuado para responder la entrevista.

2.5.5. Criterios de Exclusión

- Personas con dificultad para comunicarse verbalmente.

2.6. Procedimiento y análisis de datos

El contacto con las participantes se realizó a través del jefe del sector, quien informó a las mujeres de la comunidad sobre las entrevistas que se iban a realizar, posteriormente, la investigadora acudió a los hogares de las participantes, donde se llevó a cabo cada entrevista de forma individual, cada entrevista tuvo una duración aproximada de 30 minutos como mínimo.

El análisis de los datos se realizó de forma manual, mediante análisis temático inductivo (29), con las siguientes fases:

- **Transcripción.** Las grabaciones se transcribieron de forma literal, conservando el lenguaje y las expresiones de las participantes para preservar el sentido original de sus testimonios.
- **Familiarización.** Se leyeron las transcripciones de forma repetida y exhaustiva, con apoyo de las notas del diario de campo.
- **Codificación.** Se identificaron unidades de significado y se les asignó un código descriptivo, siguiendo un proceso de codificación abierta.
- **Categorización.** Los códigos se agruparon en subcategorías y categorías, comparando los relatos entre participantes para identificar coincidencias y divergencias, el resultado se organizó en una matriz de categorías, que se representó en mapas conceptuales (Figuras 1 a 3).
- **Interpretación.** Las categorías se interpretaron a la luz de los objetivos del estudio, del contexto sociocultural de la comunidad y del marco teórico.
- **Presentación de resultados.** Los hallazgos se ilustraron con citas textuales identificadas con el código de cada participante (P1 a P6), lo que mantiene la trazabilidad entre el relato original y la interpretación.

2.7. Aspectos bioéticos

Consentimiento informado: Se explicó a los participantes el propósito del estudio sobre "Parentalidad y salud reproductiva en mujeres de la Comunidad de Pusir, Carchi – 2025" los procedimientos y riesgos potenciales, así como el derecho a retirarse en cualquier momento, ese consentimiento se aplicó de forma voluntaria y fue firmado por los participantes en el estudio (Anexo 2).

Confidencialidad y privacidad: Los datos de los participantes se manejaron de manera confidencial, con acceso restringido sólo a los investigadores, por lo que, los datos personales y la identidad de los participantes fueron anonimizados.

Minimización de riesgos: La minimización de riesgos se garantizó en todo el desarrollo de la investigación para evitar el impacto, eliminando cualquier posible riesgo físico, psicológico o emocional para los participantes, asimismo, la dinámica de grupo focal fue diseñada para fomentar un ambiente de respeto, contención y seguridad, donde cada persona pudiera compartir libremente su experiencia sin juicios ni presiones.

Aprobación por el Honorable Consejo Directivo. El presente trabajo de titulación fue aprobado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte, mediante Resolución Nro. 0032-HCD-FCCSS-2025, que aprueba los trabajos de titulación.

CAPÍTULO 3

3. Resultados y Discusión

3.1. Resultados

Se realizaron seis entrevistas individuales a mujeres de la comunidad de Pusir (P1 a P6), los relatos mostraron una combinación de prácticas tradicionales, como el castigo físico y los roles diferenciados por género, con formas más recientes de crianza centradas en el respeto, el diálogo y el acompañamiento, además, las participantes también hablaron de su propia infancia, de cómo esa experiencia se refleja en su manera de criar y de su conocimiento sobre salud reproductiva. El análisis permitió construir las categorías y subcategorías que se presentan a continuación, organizadas según los objetivos específicos, así, cuando una frase aparece con un código doble (por ejemplo, P1, P6), significa que ambas participantes expresaron una idea equivalente.

Tabla 1. Resumen de categorías y subcategorías emergentes

Objetivo	Categoría	Subcategorías
1. Experiencias de crianza	Crianza y contexto	Pobreza y trabajo temprano; costumbres comunitarias
	Disciplina	Castigo físico tradicional; disciplina actual mixta; sanciones no físicas
	Reglas y responsabilidades	Tareas del hogar; madre como figura que pone las reglas
	Diferencias de género	Discurso de igualdad; mayor vigilancia a las mujeres; diferencias en la comunicación
2. Percepciones, experiencias, creencias y prácticas	Percepciones sobre parentalidad	Respeto y ejemplo; "ser padre y madre"
	Comunicación sobre sexualidad	Silencio en la generación anterior; mayor apertura actual; límites y recelo
	Conocimiento y acceso a anticoncepción	Fuentes de información; métodos conocidos; barreras de acceso; mitos
	Embarazo y aborto	Edad del primer embarazo; embarazos no deseados; aborto como práctica conocida o rumor

3. Influencia de la crianza en la salud reproductiva	Confianza y comunicación familiar	Factor percibido de protección; información escolar insuficiente
	Cambio intergeneracional	De la crianza con miedo a la crianza con confianza; vergüenza y desinformación persistentes

3.1.1. Experiencias de crianza vividas por las mujeres de la comunidad

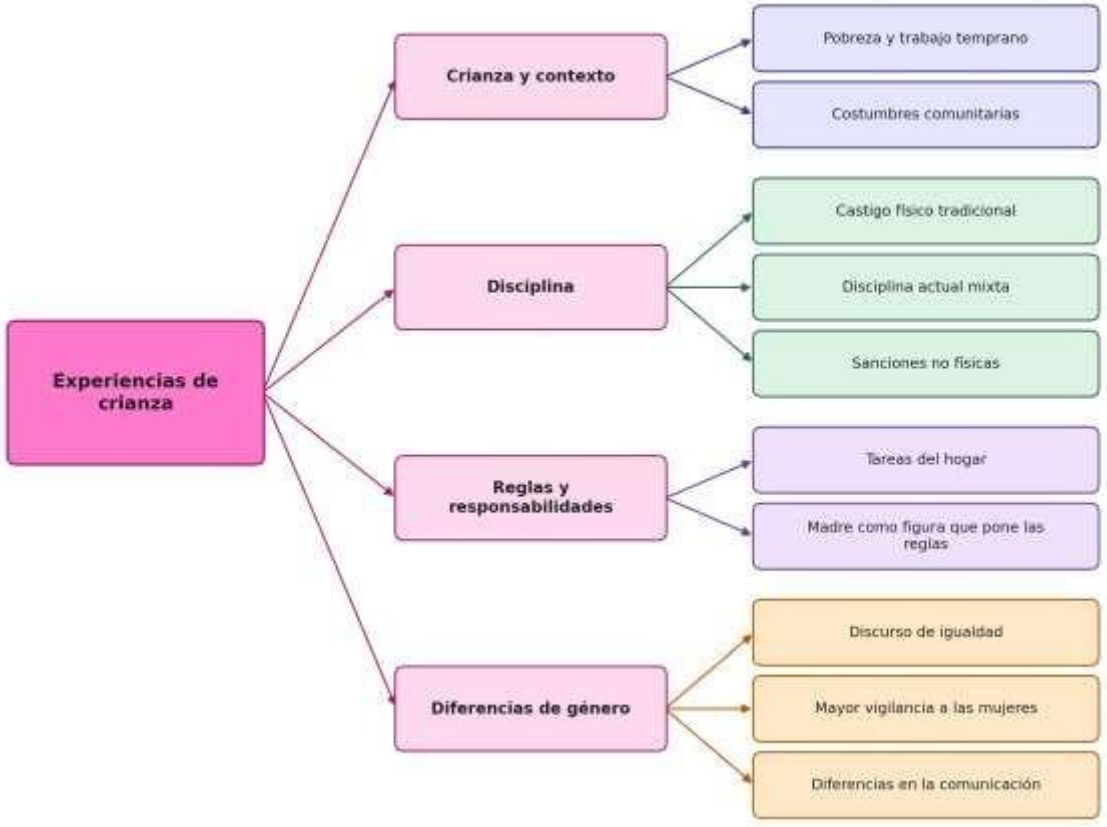


Figura 1. Categorías y subcategorías emergentes sobre las experiencias de crianza en la comunidad de Pusir

Crianza y contexto. Varias participantes situaron la crianza en un contexto de escasez y de trabajo temprano, una de ellas describió su crianza con las siguientes palabras: "A la medida de la pobreza fue como teníamos. Lo que había, con poroto, con camote, con yuca" (P2). El trabajo agrícola aparece desde la niñez: "Desde los doce ya me llevaban a trabajar. A esa edad ya toca" (P1), idea que otra participante expresó de forma similar: "Desde los 12 ya salen a trabajar" (P6), otra explicó

que a los niños "les van dando responsabilidades, de ayudar en las huertas" a medida que crecen (P5). Entre las costumbres comunitarias, dos participantes describieron un ritual ante la muerte de un bebé: "Aquí cuando un niño fallece, le sientan en una silla y bailan alrededor. Es como una forma de despedida" (P4); la otra lo explicó así: "dicen que a los bebés recién fallecidos o bebés que tengan hasta los dos años no pueden durarle" (P5), en cambio, una participante afirmó que "no seguimos una tradición fija. Cada familia tiene su estilo" (P3).

Disciplina. Las participantes describieron un castigo físico muy presente en su propia infancia: "Antes sí nos daban duro. A nosotros nos criaban con ramas de purgo, varas. En la casa y en la escuela era así" (P2); "A mí también era lavar. Cogen un árbol por ahí, le pelan esas hojas y queda solo lavar" (P5), dos participantes señalaron que ellas no fueron golpeadas, pero sus hermanas sí (P1, P6), y una tercera, criada por su abuelo tras la muerte de su madre, recordó que "nunca me pegó. Ella era cariñosa" (P4).

En la actualidad, el cuadro es mixto. Varias participantes afirmaron que existen otras formas de corregir: "Hoy en día hay palabras para hacerles entender" (P1, P6), "Solo se les disciplina con obligaciones" (P1, P6), "A veces se les castiga si no cumplen con algo, como quitándoles el celular" (P3) o "si no cumplía, simplemente ya no sale y ya" (P5). Sin embargo, cinco de las seis participantes (P1 a P5) mencionaron que el castigo físico sigue utilizándose, en varios casos como último recurso: "a veces, cuando no hacen caso, toca corregir con correa" (P1); "Ahora si llegan borrachos, por ejemplo, les doy con el cabresto [...]. Pero ya no se pasa de ahí" (P2); "A veces a uno le hace falta ese cariñito de correa" (P4); "Aquí es directo lavar o meterle de cabeza en una fosa de agua" (P5). También hubo una percepción de que los derechos de la niñez limitan estas prácticas: "ya no se les puede ni pellizcar porque dicen 'te denuncio'" (P2), solo P6 sostuvo que hoy "ya no se les pega".

Reglas y responsabilidades. Las reglas del hogar giraron en torno a las tareas domésticas, los estudios y el respeto: "Primero tienen que hacer los deberes. Después deben arreglar su cuarto" (P1); "El mayor, que tiene 20, tiene que lavar los platos" (P2); "Tienen que cumplir sus tareas en la casa y en la escuela" (P4). En un caso las normas se centraron en el control de las salidas: "Uno sale pidiendo permiso y diciendo a dónde va, con quién va y a qué hora regresa" (P5). Cuatro

participantes (P1, P2, P4 y P6) indicaron que son ellas quienes ponen las reglas, y tres se describieron como madre y padre a la vez: "Yo soy padre y madre" (P1, P2, P6). Solo P3 y P5 mencionaron que ambos progenitores definen las normas.

Diferencias de género, la mayoría de las participantes afirmó que las reglas son iguales para hijas e hijos: "Todos deben aprender a colaborar, sin importar si son varones o mujeres" (P2), sin embargo, aparecieron diferencias en otros planos. Una participante recordó que antes "el trato era diferente. A las mujeres se les enseñaba desde chiquitas lo que hacía la mamá" (P2), otra describió que "el hombre va al terreno y la mujer se queda en la casa", aunque "al llegar al terreno, las mujeres también se igualan con los hombres" (P1), una tercera señaló que "él, como es varón, tiene un poco más de libertad. A nosotras las mujeres nos cuidan más" (P5), también se mencionaron diferencias en la comunicación: los varones "hablan más" (P1, P6) y "las niñas a veces no se atreven a contar, por miedo" (P4).

3.1.2. Percepciones, experiencias, creencias y prácticas sobre parentalidad y salud reproductiva

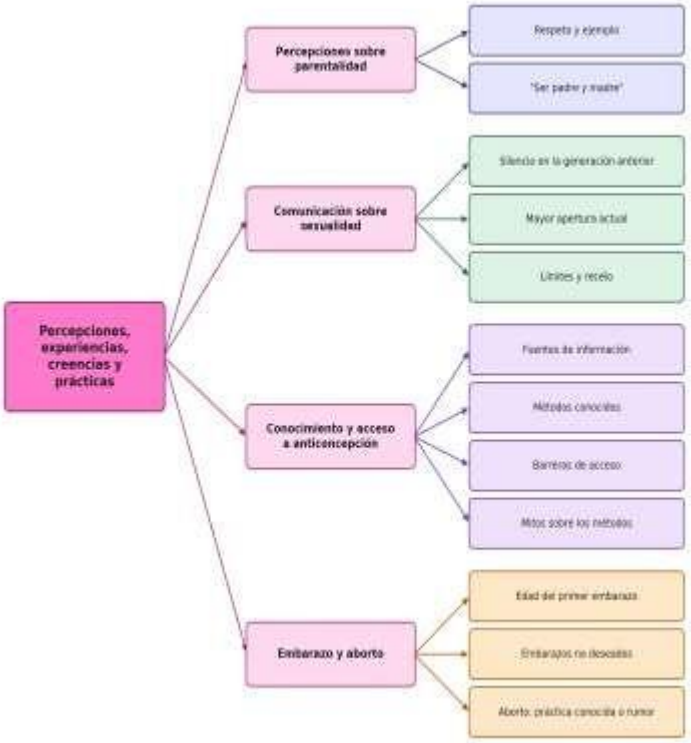


Figura 2. Categorías y subcategorías emergentes sobre las percepciones, creencias y prácticas relacionadas con la parentalidad y la salud reproductiva

Percepciones sobre parentalidad. El respeto fue el valor más repetido para definir a una buena madre o padre: "El respeto. Si usted respeta, le respetan" (P2, P4). Se asoció con el ejemplo: "dar el ejemplo, porque si uno no vale, los hijos tampoco" (P1, P6). Las participantes reconocieron la dificultad de la tarea: "Aquí padres perfectos no hay. [...] Me parto el lomo por mis hijos" (P1, P6). Una de ellas expresó la incertidumbre de forma distinta: "No sé si soy buena mamá, pero les doy a la medida de lo que tengo" (P2), en cambio, para P5 ambos progenitores comparten la responsabilidad: un buen padre es "respetuoso, puntual, comprometido con los hijos, comprensivo, atento".

Comunicación sobre sexualidad. Las participantes de mayor trayectoria describieron un silencio en su infancia: "Yo no podía decirle nada a mi mami. Ni siquiera lo del periodo" (P1, P6); "Con mi mamá no hablábamos de esas cosas, como del embarazo o la regla" (P4); "Con mis padres no se hablaba mucho" (P2). Hoy se refieren a una mayor apertura: "Ahora ya es cosa normal hablar de la sexualidad" (P6); "mi hija me cuenta si tiene novio, si quiere hacer planificación" (P1, P6); "Yo con mis hijos converso todo" (P2), no obstante, esa apertura tiene límites: "Sí se habla, pero no le cuentan todo. Tienen sus límites" (P4), y P3 calificó su relación comunicativa con sus padres como "regular", por su parte, E5 reportó una experiencia distinta: "Mis padres sí me hablaban de eso, de que debo cuidarme".

Conocimiento y acceso a anticoncepción. Las seis participantes dijeron que las mujeres de la comunidad conocen métodos anticonceptivos, asimismo, mencionaron el implante, las pastillas, la T de cobre, el anillo, el preservativo y la anticoncepción de emergencia ("el día después"), además, las fuentes de información fueron el centro de salud, el colegio, la televisión y, en algunos casos, el hogar: "En la escuela, en el centro de salud y también en la casa" (P3).Una participante cuestionó la calidad de lo enseñado en la escuela: "la información de la escuela no es buena. Yo pienso que en la casa es lo más preciso para la educación" (P4). Respecto de las infecciones de transmisión sexual, solo E5 nombró enfermedades específicas (VIH, gonorrea); las demás respondieron de forma general que "sí saben".

Todas coincidieron en que los métodos son accesibles en el centro de salud, y dos valoraron la atención como buena (P3, P5), aun así, señalaron obstáculos: la necesidad de turno y espera ("hay que sacar turno y esperar", P2), la falta de disponibilidad ("Cuando hay, sí. Pero cuando no hay, les toca comprar a las niñas", P4), la vergüenza ("Sí le dan, simplemente que no van por la vergüenza", P5) y los mitos: "Algunas dicen que el implante o la T les hace daño, que engorda o les hace flaquear, y que por eso viene el cáncer" (P2), dos participantes destacaron un cambio en la autonomía: antes se debía acudir acompañada de un adulto y ahora es posible ir sola (P1, P6).

Embarazo y aborto. Las participantes ubicaron los embarazos tempranos entre los 13 y los 16 años: "aquí se embarazan desde los 13, 14, 15, es común ver esos casos" (P2); "Desde los 14" (P3); "tipo 16, 15 años ya han salido embarazadas" (P5). Tres participantes (P1, P2 y P6) fueron madres por primera vez entre los 14 y los 16 años, por otro lado, hubo opiniones diferentes sobre la actualidad: dos participantes consideraron que hoy es menos frecuente ("Ahora mínimo a los 15 o 16. Ya no es como antes", P1), mientras otras señalaron que sigue ocurriendo (P2, P3, P4, P5). Sobre los embarazos no deseados, se indicó que "Todos los primeros embarazos son no deseados. Solo se vuelven deseados cuando uno ya les tiene en brazos" (P1, P6), y que sucedían "porque no se cuidan bien o no hablan en casa" (P4). Dos participantes no supieron responder (P3, P5).

Sobre el aborto, cuatro participantes (P1, P3, P4 y P6) lo mencionaron como una práctica conocida o rumoreada en la comunidad, con uso de pastillas o plantas medicinales: "Algunas se toman pastillas, otras dicen que con plantas medicinales" (P1, P6); "son rumores nomás" (P3), dos de ellas añadieron que antes era más frecuente y que "eso ya casi no se escucha ahora" (P1, P6). P2 afirmó que "no se habla de abortos en esta comunidad" y P5 dijo no saber.

3.1.3. Influencia de los métodos de crianza en la salud reproductiva y en los roles parentales

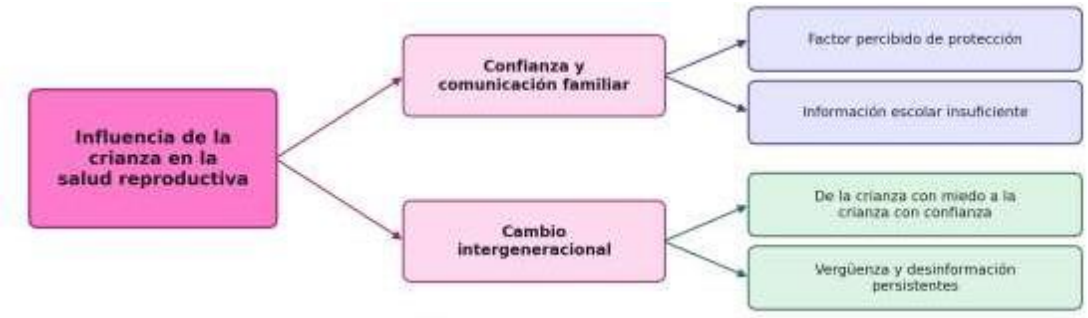


Figura 3. Categorías y subcategorías emergentes sobre la influencia de los métodos de crianza en la salud reproductiva

Las seis participantes consideraron que la forma de crianza influye en la salud reproductiva, aunque con distintos matices, así, la mayoría ubicó la confianza y la comunicación como el factor central: "Si uno conversa con los hijos, ellos se cuidan más" (P2); "La falta de comunicación es lo que hace que las niñas se embaracen muy jóvenes" (P2); "Antes no había confianza, por eso uno se quedaba embarazada sin saber nada" (P1, P6); "las niñas se cuidan a escondidas, y por eso se embarazan" (P4). P3 fue más cauta: "Sí influye, en parte. Hay recelo en los jóvenes para conversar sobre estos temas. Como hay mucha desinformación, no saben cómo comunicarse".

Varias participantes describieron cambios en su propio rol materno respecto a la crianza que recibieron: "Yo fui criada con golpes y sin poder hablar. Ahora con mis hijos tengo más confianza, aunque a veces, cuando no hacen caso, toca corregir con correa" (P1); "Antes era con palo y miedo. Ahora yo hablo con ellos, les explico las cosas, aunque sigo siendo estricta con el respeto y el trabajo" (P2). Este cambio coincide con la experiencia de las participantes que fueron madres en la adolescencia (P1, P2 y P6) y que hoy relatan un estilo de crianza más comunicativo, asimismo, otra participante planteó la transmisión de ese diálogo a la siguiente generación: "Esa comunicación hay que transmitirla a nuestros hijos. Como quien dice, de generación en generación" (P5).

Al mismo tiempo, los testimonios evidencian que el cambio no es completo, persisten la vergüenza para acudir a los servicios (P5), los mitos sobre los métodos (P2), el recelo para conversar (P3, P4) y una información escolar que se percibe como insuficiente (P4), así, la crianza de varias participantes también recayó, o recae, en una sola mujer que cumple el rol de madre y de padre (P1, P2, P6).

3.2. Discusión

Este estudio permitió describir, a partir de las voces de seis mujeres de la comunidad de Pusir, cómo se vivió y se vive la crianza en un entorno rural, cómo se habla o se calla la sexualidad dentro

de la familia y de qué manera las participantes relacionan esa crianza con la salud reproductiva. El hallazgo central es una transición generacional todavía incompleta: se pasa de una crianza marcada por el castigo físico y el silencio hacia una crianza con más diálogo y confianza, pero ese cambio convive con prácticas punitivas, vergüenza, mitos y barreras de acceso a los servicios, a continuación, se discuten los resultados según los objetivos del estudio, con apoyo de la literatura revisada y de la Teoría de las Transiciones de Meleis.

3.2.1. Experiencias de crianza: una transición generacional en curso

El primer objetivo fue describir las experiencias de crianza vividas por las mujeres de la comunidad, los relatos mostraron que la crianza se desarrolló en un contexto de escasez y de trabajo temprano: varias participantes comenzaron a trabajar en el terreno alrededor de los 12 años (P1, P6) y la crianza se hizo "a la medida de la pobreza" (P2), esto sugiere que, para estas mujeres, la transición hacia responsabilidades propias de la vida adulta comenzó antes de la adolescencia, lo que interesa porque la literatura sobre parentalidad y salud reproductiva suele centrarse en adolescentes escolarizados y en contextos urbanos (6), (7).

En cuanto a la disciplina, la crianza que recibieron las participantes de mayor edad coincide con el estilo autoritario descrito en el marco teórico, caracterizado por alta exigencia y baja responsividad: "Antes era con palo y miedo" (P2). Hoy, las participantes dicen utilizar más el diálogo, las obligaciones y la retirada de privilegios, y una de ellas lo resumió como "sigo siendo estricta con el respeto y el trabajo" (P2), lo que puede interpretarse como un estilo más cercano al autoritativo, sin embargo, el estudio mostró que el castigo físico no desapareció: cinco de las seis participantes lo mencionaron como práctica vigente, aunque varias lo describieron como último recurso.

Este resultado matiza la idea de un abandono completo de la disciplina física y muestra que el cambio ocurre de forma gradual y desigual entre familias, además, se identificó una influencia del contexto social, pues una participante percibió que los derechos de la niñez limitan estas prácticas (P2), asimismo, la literatura vincula los estilos de crianza con la resiliencia en salud reproductiva,

por ejemplo, en adolescentes casadas de Indonesia (30), lo que da sentido a estudiar la disciplina como parte del tema.

En las diferencias de género, la mayoría de las participantes sostuvo que las reglas son iguales para hijas e hijos, pero aparecieron indicios de una vigilancia mayor hacia las mujeres ("a nosotras las mujeres nos cuidan más", P5) y de diferencias en la comunicación (los varones "hablan más", P1, P6; las niñas "no se atreven a contar, por miedo", P4), estos hallazgos concuerdan en contextos muy distintos, con estudios que analizan cómo las normas de género moldean la comunicación entre padres e hijos sobre salud sexual en comunidades rurales (18). La percepción de reglas iguales también es coherente con un metaanálisis que encontró diferencias mínimas en el control parental hacia niños y niñas (25), lo que este estudio añade son los matices que las participantes describieron en la vigilancia y la comunicación.

Un aporte propio de este estudio es la identificación de la madre como figura central de autoridad: cuatro participantes (P1, P2, P4 y P6) indicaron que son ellas quienes ponen las reglas, y tres se describieron como "padre y madre" (P1, P2, P6), este rasgo no fue un eje de los estudios comparados que se revisaron y tiene implicaciones prácticas, porque la educación en salud dirigida a la familia llegaría en gran medida a mujeres que sostienen solas la crianza.

3.2.2. Comunicación familiar sobre sexualidad: del silencio al diálogo, con límites

Las participantes de mayor trayectoria describieron un silencio casi total en su infancia ("Ni siquiera lo del periodo", P1, P6; "con mis padres no se hablaba mucho", P2), este silencio coincide con las barreras parentales descritas en la literatura, como el conocimiento limitado y la incomodidad de los progenitores para tratar el tema (31), y con los bajos niveles de comunicación que reportan estudios en otros contextos: 73,3 % de 647 adolescentes tanzanos nunca habló con sus padres sobre salud sexual y reproductiva (32), y solo 43,7 % de 833 adolescentes rurales de Etiopía lo había hecho alguna vez (33). Estas cifras provienen de encuestas a adolescentes y no son comparables con un estudio cualitativo en adultas, pero sí permiten situar los relatos de Pusir dentro de un patrón de comunicación limitada que se repite en comunidades rurales.

La novedad que aportan los resultados es el sentido del cambio, las participantes describieron que hoy hablan con sus hijos sobre novios, planificación y preservativos ("Ahora ya es cosa normal hablar de la sexualidad", P6), y que la madre es la principal interlocutora, esto se acerca a lo que muestran trabajos sobre comunicación parental, donde una mayor comunicación sexual directa e indirecta se asocia con mayor intención de adoptar conductas protectoras (34), y donde la comunicación se da dentro de un sistema familiar amplio que incluye a otros parientes (35); en esa línea, el relato de P4 sobre el abuelo que aconsejaba ilustra el papel de la familia extendida. En Zambia, la comunicación sobre sexualidad fue menos probable cuando se basaba en el miedo (10), lo que resulta coherente con el relato de P2 sobre la crianza "con palo y miedo" y la falta de comunicación como causa percibida del embarazo temprano.

El diálogo actual, sin embargo, tiene límites: "Sí se habla, pero no le cuentan todo" (P4), y P3 calificó la comunicación con sus padres como "regular", asimismo, este recelo se parece a los eufemismos y obstáculos culturales descritos en Ghana (6) y a la desinformación señalada en Irán, tanto en adolescentes como en madres (11), por lo tanto, en conjunto, los resultados indican que abrir la conversación no basta si los progenitores no cuentan con información precisa y con confianza para tratar el tema.

3.2.3. Conocimiento, acceso y creencias sobre anticoncepción

Las seis participantes afirmaron que las mujeres de la comunidad conocen métodos anticonceptivos, y mencionaron el implante, las pastillas, la T, el anillo, el preservativo y la anticoncepción de emergencia, sin embargo, ese conocimiento fue general: solo P5 nombró infecciones de transmisión sexual específicas, además, una participante cuestionó la calidad de la educación escolar ("la información de la escuela no es buena", P4), en la línea de los obstáculos que se han descrito en el hogar y en las instituciones educativas en Colombia (7) y de la escasez de información como factor asociado al embarazo temprano en Irán (11).

El acceso se percibió como bueno en términos generales, pero con obstáculos concretos que el estudio permitió identificar: la necesidad de sacar turno y esperar (P2, P3), la falta de disponibilidad de métodos ("cuando no hay, les toca comprar a las niñas", P4), la vergüenza para

acudir (P5) y creencias como que el implante o la T "engorda" o causa cáncer (P2). Estas barreras de la comunidad son la expresión local de un problema global: la Organización Mundial de la Salud estimó en 2021 que 164 millones de mujeres tenían una necesidad insatisfecha de anticoncepción (4), además, dos participantes (P1, P6) destacaron un cambio de política con consecuencias prácticas: antes se debía acudir acompañada por una persona adulta y ahora es posible ir sola.

3.2.4. Embarazo adolescente y aborto

Tres participantes (P1, P2 y P6) fueron madres por primera vez entre los 14 y los 16 años, y otras refirieron que los embarazos entre los 13 y los 16 años siguen ocurriendo (P2, P3, P5), asimismo, esto concuerda con las cifras nacionales: el INEC registró en 2024 un total de 1.621 nacimientos de madres de 10 a 14 años y 30.580 de madres de 15 a 19 años (5). Que dos participantes consideren que hoy es menos frecuente (P1, P6) y otras que continúa (P2 a P5) refleja que la percepción cambia según la experiencia de cada una, y no permite afirmar una tendencia en la comunidad, además, la idea de que "todos los primeros embarazos son no deseados" (P1, P6) se alinea con el cálculo global de que casi la mitad de los embarazos son no intencionales (3).

Sobre el aborto, cuatro participantes lo describieron como una práctica conocida o rumoreada, con uso de pastillas o plantas, y dos como algo del pasado, sin embargo, por la sensibilidad del tema, es probable que exista subregistro, y este estudio no permite estimar su frecuencia, por lo tanto, su valor está en mostrar que el aborto forma parte del conocimiento comunitario y que se habla de él de manera indirecta.

3.2.5. Influencia percibida de la crianza en la salud reproductiva

El tercer objetivo fue analizar cómo influyen los métodos de crianza en la salud reproductiva y en los roles parentales, asimismo, las seis participantes consideraron que la crianza influye, y la mayoría identificó la confianza y la comunicación como el factor central ("Si uno conversa con los hijos, ellos se cuidan más", P2), además, las tres participantes que fueron madres en la adolescencia (P1, P2, P6) relacionaron su propia experiencia con la falta de confianza ("uno se

quedaba embarazada sin saber nada") y describieron la confianza con sus hijos como el principal cambio frente a la crianza que recibieron, asimismo, E5 planteó que ese diálogo debe transmitirse "de generación en generación". Es importante precisar que estos resultados reflejan percepciones, y que el diseño del estudio no permite establecer relaciones causales entre la crianza y los resultados reproductivos.

En relación con los roles parentales, los testimonios muestran un rol materno ampliado: las madres ponen las normas, conversan, corrigen y, en varios casos, sostienen solas el hogar; asimismo, esta ampliación del rol coincide con la idea de que la comunicación parental es una pieza clave de la salud sexual y reproductiva de los hijos (34), sin embargo, también plantea una carga de responsabilidad que recae sobre las mujeres.

3.2.6. Lectura desde la Teoría de las Transiciones

La Teoría de las Transiciones permitió organizar los hallazgos en un marco que va más allá de describirlos, asimismo, los relatos pueden entenderse como una transición colectiva de la crianza tradicional hacia una más comunicativa, y como transiciones individuales de desarrollo y de rol (la maternidad temprana, asumir la crianza sin pareja); por lo tanto, la Tabla 3 resume cómo se expresan los conceptos de la teoría en los resultados.

Tabla 2. Hallazgos del estudio según los conceptos de la Teoría de las Transiciones

Concepto de la teoría	Hallazgos en Pusir	Participantes
Tipo de transición	De desarrollo y de rol: maternidad a los 14-16 años, trabajo desde los 12. Situacional: crianza sin pareja ("padre y madre").	P1, P2, P6
Conciencia del cambio	Reconocen que la crianza actual es distinta de la que recibieron ("Sí, completamente"; "Ahora es muy distinto").	P1, P2, P6

Compromiso y puntos críticos	Decisión de hablar con los hijos ("Yo sí voy a hablar con mis hijos"). Hechos críticos: primer embarazo a los 14 años; muerte de la madre a los 16.	P1, P4, P5, P6
Facilitadores personales	Valoración del respeto y del ejemplo; experiencia propia de falta de comunicación como motivo de cambio.	P1, P2, P6
Facilitadores comunitarios y sociales	Centro de salud, colegio y campañas; acceso a implantes y planificación; ir sola a los servicios; derechos de la niñez.	P1, P2, P3, P5, P6
Inhibidores personales	Vergüenza, recelo para conversar, mitos sobre métodos.	P1 a P6
Inhibidores comunitarios y sociales	Turnos y falta de métodos; información escolar insuficiente; pobreza y trabajo temprano; mayor vigilancia a las mujeres.	P2, P3, P4, P5
Indicadores de proceso	Interacción y confianza con los hijos; confianza en sí mismas ("Me parto el lomo por mis hijos").	P1, P2, P6
Indicadores de resultado	Integración parcial del nuevo rol: el diálogo convive con la corrección física ("tengo más confianza, aunque a veces toca corregir con correa").	P1, P2

Desde esta mirada, la transición está en curso y no completa: hay conciencia del cambio y compromiso, pero los inhibidores comunitarios y sociales limitan que se consolide, y la integración del nuevo rol se refleja en que el diálogo y la corrección física coexisten, esto es relevante para la enfermería porque la teoría orienta la intervención hacia la valoración de estos procesos, la preparación para la transición y el apoyo en el nuevo rol (20): en Pusir, esto supone acompañar a madres que ya están cambiando su manera de criar, ofreciéndoles información precisa para hablar con sus hijos, y reducir las barreras de acceso que los servicios pueden modificar.

3.2.7. Aportes del estudio

- Describió desde las propias mujeres la transición de una crianza basada en el castigo y el silencio hacia otra con más diálogo, en una comunidad rural donde la evidencia es escasa.

- Matizó la idea de un cambio completo: el castigo físico sigue presente en cinco de seis relatos, aunque como último recurso, y la vergüenza y los mitos persisten.
- Visibilizó el rol central de la madre como figura de autoridad y de comunicación, a menudo en solitario.
- Identificó barreras concretas de acceso (turnos, falta de métodos, vergüenza, información escolar insuficiente) sobre las que el centro de salud y las instituciones educativas pueden actuar.
- Documentó la relación que las propias participantes establecen entre la falta de comunicación familiar y el embarazo temprano, incluida su historia personal.
- Aplicó la Teoría de las Transiciones a un contexto rural ecuatoriano y ofreció una matriz de conceptos que puede reutilizarse en estudios futuros.

3.2.8. Limitaciones del estudio

- El estudio incluyó seis participantes de una sola comunidad, por lo que sus resultados no son generalizables, su valor está en la profundidad y en la transferibilidad a contextos similares.
- Los relatos sobre la infancia dependen de la memoria de las participantes y pueden estar influidos por la deseabilidad social, sobre todo en temas sensibles como el castigo físico y el aborto.
- La muestra incluyó una participante de 75 años y otras de menor edad, lo que permitió contrastar generaciones, pero dificulta comparar edades y etapas de la vida.
- Algunos temas previstos no se exploraron a fondo, como las infecciones de transmisión sexual, el inicio de la vida sexual y la supervisión parental en la adolescencia.
- Se entrevistó solo a mujeres; la perspectiva de los padres, de los adolescentes y del personal de salud podría completar el panorama.
- No se triangularon los relatos con datos del centro de salud o de la escuela.
- Muchos de los estudios comparados se realizaron con adolescentes y con encuestas, por lo que la comparación se hizo en términos de sentido y no de magnitud.

CAPÍTULO 4

4. Conclusiones y Recomendaciones

4.1. Conclusiones

- Las mujeres de la comunidad de Pusir describieron una transición gradual en la crianza: de una crianza vivida en contextos de pobreza, trabajo temprano, castigo físico y escaso diálogo hacia otra que da más lugar a la conversación, las obligaciones y el respeto como valor central, sin embargo, el cambio es incompleto, pues cinco de las seis participantes señalaron que el castigo físico aún se utiliza, generalmente como último recurso. La madre aparece como la principal figura de autoridad: cuatro participantes indicaron que son ellas quienes ponen las reglas y tres se describieron como "padre y madre", aunque el discurso dominante fue de igualdad entre hijas e hijos, persistieron indicios de mayor vigilancia hacia las mujeres.

- El silencio sobre la sexualidad que predominó en la infancia de las participantes dio paso a una mayor apertura con sus hijos, aunque con límites y recelo, asimismo, reportaron un conocimiento general de métodos anticonceptivos y una buena percepción del acceso en el centro de salud, sin embargo, identificaron barreras: turnos, falta de disponibilidad, vergüenza, mitos sobre los métodos e información escolar que consideran insuficiente. Los embarazos entre los 13 y los 16 años formaron parte de la historia de tres participantes y siguen mencionándose como una realidad actual, y cuatro participantes describieron el aborto como una práctica conocida o rumoreada.

- Las seis participantes consideraron que la forma de crianza influye en la salud reproductiva, y la mayoría identificó la confianza y la comunicación familiar como el factor central, asimismo, las que fueron madres en la adolescencia describieron la confianza con sus hijos como el principal cambio frente a la crianza que recibieron; por lo tanto, los testimonios muestran un rol materno ampliado. Desde la Teoría de las Transiciones, los hallazgos

configuran una transición colectiva todavía en curso: hay conciencia del cambio y compromiso con una crianza más comunicativa, pero los inhibidores personales (vergüenza, mitos, recelo), comunitarios (turnos, falta de métodos, información escolar) y sociales (pobreza, mayor vigilancia a las mujeres) limitan su consolidación, estos resultados reflejan percepciones y no permiten establecer relaciones causales.

4.2. Recomendaciones

- A las familias, a las organizaciones comunitarias y a los programas de apoyo a la crianza: implementar talleres comunitarios con enfoque intercultural sobre parentalidad positiva y disciplina sin violencia, dirigidos prioritariamente a las madres e incluyendo a los padres, con reconocimiento de que muchas mujeres sostienen solas la crianza.

- Al equipo de salud y de enfermería comunitaria y a las instituciones educativas: reducir las esperas y garantizar la disponibilidad de métodos anticonceptivos; ofrecer consejería a madres, padres y adolescentes con información precisa sobre métodos, mitos frecuentes e infecciones de transmisión sexual, formar promotoras de salud de la propia comunidad para disminuir la vergüenza al consultar; y revisar los contenidos de la educación sexual escolar con participación de las familias.

- A la enfermería comunitaria y a las instituciones locales de salud, educación y desarrollo social: acompañar a las madres que ya están modificando su manera de criar, mediante la valoración, la preparación para la transición y el apoyo al rol propios de la Teoría de las Transiciones, y generar espacios seguros para conversar sobre sexualidad, género y proyecto de vida con los adolescentes. A futuras investigaciones: incluir a padres, adolescentes y personal de salud, profundizar en temas que este estudio no exploró a fondo (infecciones de transmisión sexual, inicio de la vida sexual y supervisión parental en la adolescencia) y complementar los relatos con datos locales del centro de salud o de la escuela.

BIBLIOGRAFÍA

1. León RAC, Mata MES. Repercusión de factores socioculturales en la salud reproductiva de las mujeres de la Universidad de Guayaquil. MEDISAN. 2020;24(1):101-16.
2. Flores-Daniel J, García-Neri Y, Pineda-Sánchez JE, Del Castillo-Arreola A. La importancia de la parentalidad en la conformación de los estilos de afrontamiento. Educ Salud Bol Cient Inst Cienc Salud Univ Autón Estado Hidalgo [Internet]. 2018 jun 5;6(12) [citado 2025 abr 11]. doi:10.29057/icsa.v6i12.3105. Disponible en: https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/3105
3. Naciones Unidas. El asombroso número de embarazos no deseados revela un fracaso en el respeto de los derechos de las mujeres [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2022 [citado 2025 nov 5]. Disponible en: https://news.un.org/es/story/2022/03/1506472
4. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar/métodos anticonceptivos [Internet]. Ginebra: OMS; s. f. [citado 2025 nov 5]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception
5. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Menos nacimientos y cambios en los patrones maternos marcan la dinámica demográfica en Ecuador [Internet]. Quito: INEC; 2025 jul 22 [citado 2026 oct 14]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/menos-nacimientos-y-cambios-en-los-patrones-maternos-marcan-la-dinamica-demografica-en-ecuador/
6. Osei Owusu J, Salifu Yendork J, Osafo J. Home-based sexuality education in Ghana: the perspectives of adolescents and parents. Int J Sex Health. 2022;34(4):550-66.
7. Castro CA, Monterrosa-Blanco A, Rodríguez LL, Castiblanco A, Bernal L, Ladino MJ, et al. Knowledge and attitudes regarding contraceptive methods and sex education in students and parents of eight Colombian schools 2020-2021: a mixed methods study. Lancet Reg Health Am. 2024 feb;30:100678.
8. Kotkowski E, Realini J, Cisneros V, Rosenfeld J, Berggren R, Gafas Gonzalez C, et al. The pedagogy of pedagogues for sexual education in Riobamba, Ecuador: a pilot approach to training sexual education facilitators in a Latin American and Spanish language setting. Sex Educ. 2022;22(3):289-303.

9. Secretaría Nacional de Planificación. Plan de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024-2025 [Internet]. Quito: Secretaría Nacional de Planificación; 2024 [citado 2026 oct 16]. Aprobado mediante Resolución n.º 003-2024-CNP, 16 de febrero de 2024. Disponible en: https://planificacion.presidencia.gob.ec/plan-de-desarrollo-para-el-nuevo-ecuador-2024-2025/
10. Isaksen KJ, Musonda P, Sandøy IF. Parent-child communication about sexual issues in Zambia: a cross sectional study of adolescent girls and their parents. BMC Public Health. 2020 jul 16;20(1):1120.
11. Naghizadeh S, Mirghafourvand M. Knowledge and attitudes of adolescent girls and their mothers about early pregnancy: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2022 mar 14;22(1):205.
12. Yimer B, Ashebir W. Parenting perspective on the psychosocial correlates of adolescent sexual and reproductive health behavior among high school adolescents in Ethiopia. Reprod Health. 2019 may 21;16. doi:10.1186/s12978-019-0734-5
13. Reis GB, Sousa MA, Andrade GN, Malta DC, Machado IE, Felisbino-Mendes MS. Parental supervision and sexual behavior among Brazilian adolescents. Rev Bras Epidemiol. 2023;26(Suppl 1):e230013.supl.1. doi:10.1590/1980-549720230013.supl.1
14. Baumrind D. Effects of authoritative parental control on child behavior. Child Dev. 1966;37(4):887-907.
15. Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the context of the family: parent-child interaction. En: Mussen PH, editor. Handbook of child psychology. Vol. 4, Socialization, personality, and social development. 4.ª ed. Nueva York: Wiley; 1983. p. 1-101.
16. Organización Mundial de la Salud. Salud sexual [Internet]. Ginebra: OMS; s. f. [citado 2025 may 23]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health
17. Mazarrasa Alvear L, Gil Tarragato SG. Salud sexual y reproductiva. Módulo 12. En: Programa de formación de formadores/as en perspectiva de género y salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; s. f. [citado 2025 may 23]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf
18. Achen D, Nyakato VN, Akatukwasa C, Kemigisha E, Mlahagwa W, Kaziga R, et al. Gendered experiences of parent-child communication on sexual and reproductive health

issues: a qualitative study employing community-based participatory methods among primary caregivers and community stakeholders in rural south-western Uganda. Int J Environ Res Public Health. 2022 abr 21;19(9):5052. doi:10.3390/ijerph19095052

19. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. ANS Adv Nurs Sci. 2000;23(1):12-28.
20. Meleis AI. Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. Nueva York: Springer Publishing Company; 2010.
21. Schumacher KL, Meleis AI. Transitions: a central concept in nursing. Image J Nurs Sch. 1994;26(2):119-27.
22. Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: an integrative model. Psychol Bull. 1993;113(3):487-96.
23. Nomen J. El niño filósofo y la ética: propuestas pedagógicas para transmitir valores a los niños. Barcelona: Arpa; 2021. 201 p.
24. Endendijk JJ, Groeneveld MG, Bakermans-Kranenburg MJ, Mesman J. Gender-differentiated parenting revisited: meta-analysis reveals very few differences in parental control of boys and girls. PLoS One. 2016;11(7):e0159193. doi:10.1371/journal.pone.0159193
25. Morales-Castillo M. Las creencias parentales en el proceso de crianza y sus relaciones con el comportamiento adolescente. Psicol USP. 2020;31:e190052. doi:10.1590/0103-6564e190052
26. Guevara L, Pinzón N, Osorio M. Comunicación asertiva entre padres y adolescentes. Rev Estud Psicol [Internet]. 2021;1(4):51-79 [citado 2025 jul 20]. Disponible en: https://estudiospsicologicos.com/index.php/rep/article/view/1818
27. Fondo de Población de las Naciones Unidas Ecuador. Asesoría en salud sexual y reproductiva [Internet]. Quito: UNFPA Ecuador; s. f. [citado 2025 may 24]. Disponible en: https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/7503%20asesoria%20ss.pdf
28. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Salud sexual y reproductiva [Internet]. Nueva York: UNFPA; s. f. [citado 2025 may 24]. Disponible en: https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva
29. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101.

30. Yohana B, Sunarsih T, Rokhanawati D. Parenting styles and resilience towards reproductive health in married female adolescents in Gunungkidul, Yogyakarta, Indonesia. J Health Promot Behav. 2020;5(2):96-103. doi:10.26911/thejhpb.2020.05.02.04
31. Malacane M, Beckmeyer JJ. A review of parent-based barriers to parent-adolescent communication about sex and sexuality: implications for sex and family educators. Am J Sex Educ. 2016;11(1):27-40. doi:10.1080/15546128.2016.1146187
32. Millanzi WC, Osaki KM, Kibusi SM. Parent-adolescent communication about sexual and reproductive health and its determinants among adolescents: baseline findings from a randomized controlled trial in Tanzania. SAGE Open. 2023 dic;13(4). doi:10.1177/21582440231216281
33. Abraham G, Nebeb GT, Deressa BG, Megerssa B, Bayou NB, Teklehaymanot AN, et al. Rural adolescents: parental communication on sexual and reproductive health matters in Jimma Zone, Southwest Ethiopia. Int J Reprod Med. 2022;2022:8033853.
34. Wu QL, Pask EB. How family sex talks can increase daughters' intentions to engage in sexual health protective behavior: mediating roles of parents' direct and indirect sexual communication. Health Commun. 2024 nov;39(12):2896-905. doi:10.1080/10410236.2023.2291268
35. Grossman JM, Pearce N, Richer AM. The family system of sexuality communication: extended family perceptions of adolescent-family talk about sex, with sibling and non-sibling comparison. Sexes. 2021;2(1):1-16. doi:10.3390/sexes2010001

ANEXOS

Anexo 1. Entrevista semiestructurada.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Tema: "Parentalidad y salud reproductiva en mujeres de la Comunidad de Pusir, Carchi – 2025"
Objetivo General: Determinar la parentalidad y la salud reproductiva en mujeres de la Comunidad de Pusir, Carchi – 2025.
INSTRUMENTO: Entrevista semiestructurada que cuenta de 10 preguntas abiertas.

1. ¿Cómo describirían la participación de los líderes en temas de salud y parentalidad en la comunidad?
2. ¿Cómo describirían la forma en que fueron criados o educados por sus padres o cuidadores?
3. ¿Qué significa para ustedes tener una sexualidad saludable?
4. ¿Cómo aprendieron sobre métodos anticonceptivos?
5. ¿De qué manera creen que la crianza que recibieron ha influido en sus decisiones sobre su vida sexual y reproductiva?
6. ¿Cómo se vive en esta comunidad el tema de tener varias parejas sexuales?
7. ¿Qué saben o han escuchado sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS)?
8. ¿A qué edad creen que es adecuado iniciar las relaciones sexuales?
9. ¿Cómo recuerdan la supervisión o apoyo que sus padres les dieron durante su adolescencia?
10. ¿Qué opinan sobre el aborto y el acceso a servicios relacionados con este tema?

Anexo 2. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: "Parentalidad y Salud Reproductiva en mujeres de la Comunidad de Pusir, Carchi – 2025".

El objetivo de este estudio es determinar la parentalidad y la salud reproductiva de las mujeres de la Comunidad de Pusir, Carchi – 2025. Esta investigación busca entender mejor cómo la parentalidad influye en la toma de decisiones sobre el tema de salud reproductiva de las mujeres, tomando en cuenta una serie de variables influyentes en este contexto.

Declaro que he sido informado/a de invitado/a participar en la investigación sobre Parentalidad y Salud Reproductiva en mujeres de la Comunidad de Pusir, Carchi – 2025, por parte de la estudiante Valeria Alejandra López Grijalva con C.I. 1005057169. He leído y entendido la información proporcionada anteriormente. He podido hacer preguntas y estas se han respondido satisfactoriamente. Doy mi consentimiento para participar en este estudio.
Toda la información que proporcione será confidencial y se utilizará únicamente para los fines de este estudio. Los datos serán codificados y solo el equipo de investigación tendrá acceso a la información identificable.

- o Acepto
- o No acepto