



Itinerarios hormonales, sujetos (in)disciplinados

Análisis de las experiencias y resistencias a los métodos anticonceptivos hormonales

Sheila Escobar Peregrina

Tutorizado por la Dra. Gloria García-Romeral Moreno

Màster Oficial en Estudis de Dones, Gènere i Ciutadania

Institut Interuniversitari d'Estudis de Dones i Gènere

Universitat de Barcelona

2023-2024

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo explorar las experiencias y resistencias de (ex)usuarias al uso de métodos anticonceptivos hormonales. Empleando la metodología cualitativa, a través de la técnica de la entrevista semiestructurada, analizamos los itinerarios hormonales de mujeres bisexuales, lesbianas y heterosexuales de la provincia de Barcelona, desde el inicio del consumo hasta el abandono (o no) de la tecnología contraceptiva. El análisis situado de las experiencias encarnadas del grupo de mujeres entrevistadas revela que, en ciertas condiciones, la noción de los anticonceptivos hormonales como tecnologías intrínsecamente emancipadoras, puede ser cuestionada. El consumo de anticonceptivos hormonales se concibe como la reproducción de un guion de género, una performance de ciertas convenciones de género, que demanda que los cuerpos femeninos asuman la responsabilidad y los posibles riesgos asociados a la contracepción y reproducción, así como que alcancen la ciclicidad perfecta mediante su hormonización y (bio)medicalización. No obstante, se constata que las mujeres entrevistadas se sirven de diferentes mecanismos para intentar resistir, contestar, (re)negociar o buscar alternativas a estos guiones de género materializados en los fármacos.

Palabras clave: Métodos anticonceptivos hormonales, resistencias, guion de género, feminismo, contracepción.

Resum

El present treball té com a objectiu explorar les experiències i resistències de (ex)usuàries a l'ús de mètodes anticonceptius hormonal. Emprant la metodologia qualitativa, a través de la tècnica de l'entrevista semiestructurada, analitzem els itineraris hormonal de dones bisexuals, lesbianes i heterosexuals de la província de Barcelona, des de l'inici del consum fins a l'abandonament (o no) de la tecnologia contraceptiva. L'anàlisi situada de les experiències encarnades del grup de dones entrevistades revela que, en unes certes condicions, la noció dels anticonceptius hormonal com a tecnologies intrínsecament emancipadores, pot ser qüestionada. El consum d'anticonceptius hormonal es concep com la reproducció d'un guió de gènere, una performance de certes convencions de gènere, que demanda que els cossos femenins assumeixin la responsabilitat i els possibles riscos associats a la contracepció i reproducció, així com que aconseguixin la ciclicitat perfecta mitjançant la seva hormonació i (bio)medicalització. No obstant això, es constata que les dones entrevistades se serveixen de diferents mecanismes per a intentar resistir, contestar, (re)negociar o buscar alternatives a aquests guions de gènere materialitzats en els fàrmacs.

Paraules clau: Mètodes anticonceptius hormonal, resistències, guió de gènere, feminisme, contracepció.

Abstract

The present study aims to explore the experiences and resistances of (former) users to the consumption of hormonal contraceptive methods. Using qualitative methodology, through the semi-structured interview technique, the hormonal pathways of bisexual, lesbian and heterosexual women in the province of Barcelona are examined, from the beginning of consumption to the renunciation (or not) of contraceptive technology. The situated analysis of the embodied experiences of the group of women interviewed reveals that, under certain conditions, the notion of hormonal contraceptives as intrinsically emancipatory technologies can be questioned. The use of hormonal contraceptives is viewed as the reproduction of a gender script, a performance of certain gender conventions, which demands that female bodies assume responsibility and the possible risks associated with contraception and reproduction, as well as achieve perfect cyclicity through their hormone therapy and (bio)medicalisation. However, it has been found that the women interviewed make use of different mechanisms to try to resist, respond, (re)negotiate or seek alternatives to these gender scripts materialised in drugs.

Keywords: Hormonal contraceptive methods, resistances, gender script, feminism, contraception.

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco infinitamente a Júlia, Andrea, Cala, Manuela, Sandra y Laia por vuestro tiempo, vuestra confianza y ayuda. Sin vosotras esto no hubiera sido posible.

A mi madre, mi padre, mi hermano y mi hermana por confiar en mí. A Iván, por los cuidados diarios, la comprensión y por releerse el trabajo una y otra vez (y otra vez). A mis amistades por la calma, el ánimo y el humor que tanto he necesitado.

A Cooper, por hacer que no me sienta sola escribiendo.

Finalmente, pero no menos importante, a Gloria, por la paciencia, la ayuda, los consejos, el tiempo y, en general, por guiarme en todo este proceso: infinitas gracias.

Índice

1. Introducción	8
2. Marco teórico	12
2.1. Contextualización de la píldora como primer método hormonal: la pastilla como un <i>script</i> de género	12
2.1.1. Creación de un concepto: la construcción del cuerpo hormonal	12
2.1.2. La naturalización del cuerpo femenino	14
2.1.3. La transformación de las “hormonas sexuales” en píldora	15
2.1.4. La píldora como un <i>script</i> de género: el panóptico comestible	18
2.2. El uso y el abandono actual de los métodos anticonceptivos hormonales	22
2.2.1. Principales motivos de consumo	23
2.2.2. Principales motivos de abandono	25
2.3. Cuerpos que resisten: “Donde hay poder hay resistencia”	32
3. Metodología	35
3.1. Postura epistemológica	35
3.2. Técnicas de producción de datos	36
3.2.1. Búsqueda, selección de participantes y ética de la investigación	37
3.3. Sujetos de la investigación	39
4. Análisis y discusión	40
4.1. El ingreso al consumo: ritual hormonal y <i>script</i> de género	40
4.1.1. Razones y actores influyentes en el consumo: “¿Cómo no te lo han recetado antes?” ...	40
4.1.2. La elección del método hormonal: “este es el que mejor te irá”	45
4.2. El cuerpo durante la toma: hegemonía del cuerpo en regla	49
4.2.1. Métodos seguros, pero no tanto: “¿soy así?, ¿seré así para siempre?”	49
4.2.2. La regularidad cíclica como mandato: “no era mujer porque no tenía la regla”	55
4.2.3. Las estructuras de poder en consulta: relatos deslegitimados	61
4.2.4. Mujeres disciplinadas: “me la tomo yo, la responsabilidad es mía”	63

4.3. El cuerpo como trinchera: donde hay poder hay resistencia	66
4.3.1. De la resignación a la agencia: “ya basta”	67
4.3.2. ¿Y ahora qué?: “usamos preservativo o no usamos nada”	70
4.3.3. Autoconocimiento, colectivización y sororidad.....	73
4.4. (Re)apropiación del cuerpo: el presente	77
5. Reflexiones finales.....	79
Bibliografía.....	85
Anexos.....	99
Anexo I. Mi itinerario hormonal.....	99
Anexo II. Aclaraciones terminológicas	101
Anexo III. Guion de la entrevista	102
Anexo IV. Consentimiento informado	106
Anexo V. Sujetos de investigación.....	108

1. Introducción

La pastilla anticonceptiva, como primer método hormonal, constituye, desde su introducción al mercado en 1960, una de las más importantes aportaciones a la planificación familiar del siglo XX. En efecto, la comúnmente conocida como “la píldora” ha sido conceptualizada como una herramienta que permitió la emancipación y liberación de la mujer, su entrada al mercado e incluso marcó el inicio de la “revolución sexual”¹ (Epstein, 2022) al permitir vivir una sexualidad desligada de la reproducción. En la actualidad, se estima que es consumida por más de 150 millones de mujeres alrededor del mundo, seguido del DIU, los inyectables (72 millones) y los implantes (25 millones) (Department of Economics and Social Affairs, 2022)². No obstante, en los últimos años, diferentes artículos periodísticos se han hecho eco de diversos discursos que circulan por las redes sociales y han sugerido que un gran número de mujeres están dejando de tomar anticonceptivos hormonales (El Mundo, 2021; Washington Post, 2024; El Comercio Perú, 2024) por distintas razones.

Esta “tendencia en aumento” aún no demuestra el inicio de un cambio de paradigma en el consumo de los métodos anticonceptivos hormonales (en adelante MAH), pues esta cuestión solo podrá ser respondida en un futuro distante con evidencia empírica y perspectiva (Alpe, 2019). Sin embargo, estos eventos nos permiten traer a colación diversos temas que son mencionados en las noticias y que se consideran parte de la cartografía de la controversia social española (Vidal, 2019) generada en torno a los MAH: efectos secundarios, fines no contraceptivos, relación médico-paciente o responsabilidad femenina.

Tomando este escenario como punto de partida y sumándonos a otros estudios (Sánchez, 1999; Silies, 2010; Felitti, 2012, Thoms, 2014; Malich, 2015; König, 2016, Ignaciuk y Ortiz, 2016), que consideran la píldora y, por consiguiente, el resto de MAH como una “gendered drug” (Ortiz y Santesmases, 2014) por excelencia o como un “script” de género (Cuevas,

¹ Ignaciuk y Villén (2018) deciden hacer uso del término “pequeña revolución sexual”, al entender que también existen muchas otras experiencias, sobre todo en mujeres de las periferias, en que las relaciones sexuales estuvieron marcadas por la violencia sistemática que ejercían los maridos sobre ellas, donde la sexualidad y los embarazos fueron herramientas de dominación masculina.

² La investigación no distingue entre DIU hormonal y de cobre, ni recoge el uso mundial del anillo vaginal.

2014a), es decir, un medicamento o una tecnología marcado por el género³, nace la presente investigación; fruto de mi propia trayectoria o itinerario hormonal como exusuaria de MAH (véase Anexo I, para conocer mi itinerario hormonal).

Mi experiencia encarnada me hace replantearme un continuum de preguntas que pueden servirnos como catalizadores para encauzar una discusión: ¿Por qué razones las mujeres inician el consumo de MAH? ¿Qué otras razones, además de la contracepción, motivan su uso? Estas otras razones, ¿qué nos dicen acerca de las identidades femeninas inscritas en estas tecnologías? En el contexto actual, diferente al de los 60 o 70 en el caso español, ¿la motivación de iniciar el consumo puede ser leída como algo emancipador o, por el contrario, surge como un deseo socialmente aprendido? En ambos casos, ¿qué actores posibilitan e influyen el ingreso? ¿Qué razones motivan a algunas mujeres a abandonar por voluntad propia su consumo? ¿Es posible pensar ese abandono como una forma de resistencia? Más aun, ¿es posible pensar esa resistencia como una forma de negociar los discursos dominantes acerca de la sexualidad, la reproducción y los cuerpos femeninos? Si la respuesta es positiva, ¿qué aspectos de ese guion de género son resistidos, contestados o negociados?

En este sentido, el objetivo general de esta investigación es explorar las experiencias y resistencias de usuarias y exusuarias⁴ al uso de MAH (estrógenos y progestágenos) y los efectos e impactos sobre la experiencia corporal a través de sus itinerarios hormonales. Este propósito queda dividido en dos objetivos específicos: por un lado, transitar los itinerarios hormonales de las participantes desde su trayectoria de ingreso hasta el abandono (o no) del tratamiento y, por otro lado, identificar las emociones, los motivos y los mecanismos de aceptación, resignación, contestación, negociación o resistencia ante el consumo de MAH.

En suma, pretendemos contribuir a la continuidad de los aportes y reflexiones al debate sobre las razones que motivan actualmente a las mujeres a dejar de consumir MAH, como Fierro

³ Considerar la píldora una “gendered drug” posibilita “profundizar en el estudio de las ideologías y jerarquías sustentadas en la desigualdad social de las mujeres” (Ignaciuk y Ortiz, 2016, p. 4), así como para indagar en la agencia sobre su cuerpo, su sexualidad y su capacidad reproductiva.

⁴ En adelante se emplea el término (ex)usuarias para englobar ambas categorías.

(2020) o Cuevas (2014b). De esta forma aproximaremos los debates no solo a los motivos y actos de resistencias, sino también a las percepciones y significaciones simbólicas que se construyen alrededor de estos fármacos, a las estructuras de poder desde las cuales se produce esta tecnología contraceptiva y a los discursos que se promueven acerca de los cuerpos femeninos. Todo ello, situando la experiencia corporal en el centro del análisis donde los cuerpos de las (ex)usuarias de MAH superan la categoría de objeto y se constituyen como sujetos de investigación enclaves en la producción de conocimientos. Después de todo, no es un aspecto menor que las mujeres jóvenes de la actualidad, que han desarrollado su sexualidad fuera de la retórica “revolucionaria” que acompañó la comercialización masiva de los MAH a partir de los sesenta, revelen otras ideas, intereses y agendas sobre sus cuerpos y derechos (Alpe, 2019).

La investigación está estructurada en cuatro bloques, además de la introducción. El primero corresponde al marco teórico, donde profundizamos sobre las aportaciones teóricas realizadas respecto al objeto de investigación. A continuación, se presenta la metodología, en cuyo apartado describimos el método de investigación y la recopilación de información empleada -en este caso, entrevistas en profundidad semiestructuradas-. La tercera sección corresponde al análisis, donde se examinan en profundidad los itinerarios de las usuarias. Por último, en las conclusiones, presentamos unas reflexiones finales como síntesis de los diferentes elementos referidos al largo del texto.

Finalmente, el tópico planteado parece no haber tenido un papel protagónico hasta el momento en la bibliografía local sobre salud sexual y reproductiva, debido, creemos (Alpe, 2019), a varios factores que radican mayormente fuera del campo académico. Entre las distintas razones cabe subrayar la (no) consecución de diferentes derechos sexuales y reproductivos como el acceso a la información ginecológica -o al sistema de salud en su conjunto-, el aborto o el acceso a métodos anticonceptivos. De forma análoga, se torna difícil discutir sobre las desventajas de los MAH cuando existen posicionamientos políticos y religiosos que siguen “atacándolos” (Epstein, 2022) y pueden usar, para su beneficio, los

discursos generados para perjudicar el acceso a los cuidados reproductivos⁵. No obstante, consideramos que la lucha por la garantía efectiva de los derechos sexuales y reproductivos no puede ir en detrimento de otras casuísticas como la correcta evaluación del riesgo o la información veraz entorno a los MAH, entre otras, así como tampoco debe conllevar la invisibilización de asimetrías de género (Alpe, 2019)⁶.

⁵ “La izquierda no quiere ni considerar la posibilidad de que haya peligros asociados a los anticonceptivos hormonales, porque puede ir en contra de las peticiones de acceso a cuidados reproductivos. Pero, a la vez, la derecha se mete en el debate porque están tan en contra del control reproductivo que, si la izquierda dice algo, la derecha lo tergiversa” (Marrs, 2021, en Epstein, 2022, 54min21s).

⁶ En el Anexo II se encuentran las “aclaraciones terminológicas”.

2. Marco teórico

En esta sección se abarcarán las principales aportaciones realizadas por diferentes autorías, a fin de ubicar la teoría de la presente investigación y ampliar el debate en torno a la noción de los MAH como tecnologías intrínsecamente emancipadoras. Comenzaremos desde un primer plano, abordando los contextos histórico, científico y social que contextualizan la píldora, como primer método hormonal, e identificaremos las estructuras de poder que guían su construcción. Posteriormente, analizaremos los motivos de uso y abandono actuales, como posibles lugares para la implantación del poder y finalizaremos con una aproximación a las resistencias cotidianas a fin de entender estos lugares de poder como posibles espacios para la resistencia.

2.1. Contextualización de la píldora como primer método hormonal: la pastilla como un *script* de género

El presente capítulo queda dividido en cuatro apartados: en el primero, se examina cómo el concepto de “hormona sexual”, convertido en un hecho científico, significa transformaciones profundas para la interpretación de los cuerpos; a continuación, se analiza cómo esa reinterpretación implica una “naturalización” y “sexualización” del cuerpo femenino, desde una postura constructorista; y, finalmente, se explora la transformación de las hormonas en la píldora anticonceptiva haciendo énfasis en la construcción social de esta tecnología. Para ello, nuestra aproximación sigue principalmente las aportaciones de Cuevas (2014a, 2014b), Oudshoorn (1990, 1994, 2003a) y Preciado (2008), como contribuciones centrales al debate acerca de los roles sexuales y la dominación que este tipo de tecnologías suponen y reproducen.

2.1.1. Creación de un concepto: la construcción del cuerpo hormonal

En la actualidad, es prácticamente imposible imaginar un mundo sin hormonas. No obstante, el concepto de “hormona”, y el de “hormona sexual” en particular, es relativamente reciente (Cuevas, 2014a). El primer científico en utilizar el concepto o término “hormona” es el

británico Ernest H. Starling en 1905 (Oudshoorn, 1994). Para los años veinte y treinta, estas nuevas sustancias químicas -u hormonas- se convierten rápidamente en una nueva línea de investigación para la comunidad científica y desde ginecología, una vez vislumbradas las posibilidades terapéuticas que ofrecían para tratar los desórdenes menstruales y “otros problemas de la mujer” (Marks, 1997), reorientan su atención hacia las “hormonas femeninas”. Para Oudshoorn (1994), este dúo, junto con la industria farmacéutica, logran reconceptualizar la idea pre-científica⁷ de las gónadas como agentes de la diferenciación sexual, esto es, como reservorios de la feminidad y la masculinidad; creando una “dualidad sexual”.

La introducción del concepto de “hormona sexual” no solo implica “una serie de transformaciones del cuerpo, sino también, y probablemente más importante, en su construcción e interpretación” (Cuevas, 2014a, p.119). Desde esta perspectiva, múltiples características, funciones, roles y comportamientos considerados como esencialmente femeninos o masculinos comienzan a ser atribuidos a las hormonas; aspecto que implica una transformación radical del concepto de sexo. En efecto, el sexo se concibe, “además del resultado de características anatómicas, como el resultado de sustancias químicas” (p. 119). Así, lo que Oudshoorn (1994) denomina el “cuerpo hormonal” permite la construcción de nuevas significaciones y prácticas asociadas al cuerpo humano. Tal y como propuso Starling en 1923 delante del Colegio Real de Médicos en Londres:

“He sugerido que, si el control recíproco de las diferentes funciones del cuerpo está determinado en gran parte por la producción de sustancias químicas bien determinadas, el descubrimiento de estas sustancias nos permitiría interferir en sus funciones en cualquiera de sus etapas y adquirir así un control absoluto sobre el cuerpo humano” (Starling, 1923, en Sinding, 2003, p. 53).

Para Cuevas (2014a), la píldora anticonceptiva fue la mayor realización de este proceso. En este contexto, el cuerpo femenino -y no el masculino- es representado como un cuerpo “controlado por las hormonas” y, por tanto, susceptible a ser “controlado”. Esta “hormonización” se sustenta en un proceso de naturalización del cuerpo femenino, el cual se analiza a continuación.

⁷ Es necesario entender que muchas de las investigaciones endocrinológicas se basaron en ideas pre-científicas que fueron utilizadas como recursos cognitivos (Fleck, 1979), como hechos científicos universales. Para un análisis más detallado acerca de esta “arqueología de las hormonas”, véase Oudshoorn, 1994.

2.1.2. La naturalización del cuerpo femenino

Hacia finales del siglo XVII, el cuerpo humano como unidad de investigación desaparece progresivamente del discurso biomédico (Braidotti, 1989) y, en su lugar, gana preponderancia una concepción del cuerpo en “piezas separadas” donde “los órganos sin cuerpo” (Oudshoorn, 1994) reemplazan poco a poco al cuerpo como unidad. Esta construcción va acompañada de una “naturalización” y “sexualización” del cuerpo, particularmente el femenino (Cuevas, 2014a). Así, hacia finales del siglo XIX, el cuerpo femenino comienza a ser conceptualizado en términos opuestos al masculino hasta el punto de imprimir la diferenciación sexual sobre cada órgano del cuerpo. El énfasis en las diferencias funcionó además como una forma de “inscribir”, en el cuerpo de las mujeres, su rol social y político. En ese marco, el cuerpo femenino se convierte en el objeto médico por excelencia (Foucault, 1976).

La “esencia” de la feminidad se fija primero en el útero y, posteriormente, en los ovarios, reflejando una “naturalización” de la feminidad, y las hormonas femeninas se empiezan a utilizar como forma para interpretar todo tipo de dolencias “propias de las mujeres” (Cuevas, 2014a). Esto, facilita que el cuerpo “hormonalmente construido” (Oudshoorn, 1994) adquiera un estatus de fenómeno universal y natural. La interpretación del cuerpo femenino tiene como consecuencia cambios profundos en cuanto “a las prácticas médicas, las relaciones de poder entre médicos y pacientes y el lenguaje utilizado para referirse a las experiencias corporales” (Cuevas, 2014a, p. 121). Ahora, el modelo hormonal es adoptado por una gran mayoría de mujeres para comprender e interpretar sus cuerpos (Oudshoorn, 1997) y el ciclo menstrual y la reproducción se convierten en el dominio de la intervención médica, contribuyendo así a su medicalización (Gardey y Löwy, 2000).

Finalmente, el concepto de cuerpo “hormonal” y “natural” facilita una situación en la que las hormonas “femeninas” son transformadas en un nuevo tipo de droga cuyo consumo se concibe como exclusivamente femenino: la píldora (Cuevas, 2014a). Ahora bien, para que dichas hormonas pasen a ser empleadas con fines contraceptivos, se requiere de un contexto social y político particular que se explora a continuación.

2.1.3. La transformación de las “hormonas sexuales” en píldora

Desde principios del siglo XX, la posibilidad de usar hormonas con fines contraceptivos es conocida, pero no es hasta cincuenta años después que se empieza a desarrollar un fármaco contraceptivo. En efecto, la pastilla anticonceptiva se produce en Estados Unidos hacia finales de los años cuarenta y principios de los cincuenta. Hasta los setenta, los métodos contraceptivos utilizados -y disponibles- se denominaban dispositivos “simples” (Clarke, 1998), es decir, tecnologías relativamente fáciles de usar y que no necesitan de intervención médica específica⁸. En contraste, la píldora pasa a formar parte de los “métodos científicos modernos” (Cuevas, 2014a); métodos considerados tecnológicamente más sofisticados y sistémicos y cuyo consumo requiere de la pericia médica. Los métodos “modernos” pasaron a ser considerados métodos más “técnicos” y, por lo tanto, más “científicos”, disminuyendo la legitimidad de los métodos “simples” (Tone, 2001).

Para Clarke (1998), el desarrollo y la introducción de los métodos “modernos” es el resultado de “una empresa moderna por excelencia, a saber, el control del cuerpo femenino y de la reproducción” (Cuevas, 2014a, p. 121-122). Así, la reproducción fue “disciplinada”, no únicamente porque un poder fue ejercido sobre el momento, los medios y la frecuencia de la concepción, sino también en el sentido en que hubo una “formación disciplinaria” -la endocrinología- permitiendo toda una serie de desarrollos tecnológicos sin los cuales la píldora no pudo haber sido concebida.

A fin de conocer las razones por las que la comunidad científica pone el foco en la concepción de la píldora -en un clima político y científico restrictivo-, se hace necesario enfocarse, en los actores sociales que jugaron un rol central en la “recontextualización de la historia hormonal” (Oudshoorn, 1994): las activistas feministas, la medicina y la academia neomalthusiana y eugenista. Estos grupos reconfiguran sus orientaciones entre 1910 y 1963, lo que permite, desde diferentes casuísticas o motivaciones, la puesta en marcha de un

⁸ Métodos de barrera -preservativos, esponjas vaginales, diafragma-, duchas vaginales, el método del ritmo, espermicidas y el uso de hierbas medicinales.

proyecto en común: limitar la reproducción humana separando la sexualidad de la reproducción (Clarke, 1998).

Los primeros pasos hacia la transformación de las hormonas “sexuales” en la píldora son dados por las feministas norteamericanas de inicios del siglo XX por la consecución de una contracepción más accesible y universal. A pesar de los esfuerzos, no es hasta 1920 y 1930 que se produce un verdadero desarrollo de los movimientos feministas (Clarke, 1998) con Margaret Sanger⁹ como principal referente. Ahora bien, tendremos que esperar hasta después de la crisis de 1929 (Cuevas, 2014a) y de la Segunda Guerra Mundial (Oudshoorn, 1994) para que su proyecto adquiera resonancia y legitimidad; momento en que la ideología y la retórica de la contracepción se dirigen hacia un discurso de la planificación familiar y el control de la población -sobre todo de los países considerados en “vías de desarrollo”- (Cuevas, 2014a). De esta forma, bajo la amenaza de una “bomba demográfica”, medicina, eugenistas y neomalthusianos comienzan a pronunciar el mismo discurso, no sin algunos conflictos, sobre los “problemas de la población” (Oudshoorn, 1994). En consecuencia, las voces de las feministas, fuertes al principio, por la autonomía reproductiva de las mujeres, quedan reducidas y cooptadas al silencio a causa de este nuevo movimiento social y político que busca un control “racional”, científico y político de la capacidad reproductiva femenina (Tone, 2001).

En este contexto, Sanger decide aliarse con la comunidad científica para legitimar su proyecto e impulsar la investigación sobre anticonceptivos hormonales. Así, en 1951, se reúne con Gregory Pincus, hoy en día considerado como el “padre” de la pastilla, para proponerle investigar sobre un “contraceptivo universal” (Oudshoorn, 1994). Con la ayuda económica de su amiga, la activista feminista millonaria McCormick, la compañía farmacéutica G. D. Searle y el ginecólogo John Rock, la píldora es creada y, posteriormente, testada en mujeres de Puerto Rico y Haití.

⁹ Sanger era activista por los derechos de la mujer, pionera del control de la natalidad en EE. UU y enfermera de profesión, por lo que se vio constantemente expuesta a los sufrimientos que los embarazos no deseados y los abortos clandestinos causaban en las mujeres.

Es importante detenerse, para los efectos de este capítulo, en los aportes de Preciado (2008). El autor, mediante el análisis de las técnicas y redes económicas que llevan a la producción de la píldora evidencia que esta emerge en el marco de una investigación experimental de ayuda a la procreación de familias blancas católicas estériles (Tone, 2001). Asimismo, los procesos de investigación y de evaluación de la eficacia técnica, como ya hemos introducido, dejan al descubierto sus raíces coloniales: la acción y la eficacia de la primera píldora es evaluada en la isla de Puerto Rico entre las mujeres de la población negra local, muchas de las seleccionadas semiletradas o completamente analfabetas y con grandes familias (Marks, 1997). Esta isla se postula como la solución perfecta para Pincus y Rock al necesitar una “jaula de hembras ovulantes” (Oudshoorn, 1994) para sus ensayos: población estable y “cautiva”, sin oportunidades para desplazarse y fácilmente monitoreable, mujeres fértiles con necesidades anticonceptivas, desesperación social por controlar la natalidad y sin recursos.

Simultáneamente, la acción y la eficacia también es testada entre varios grupos de pacientes psiquiátricos del Worcester State Hospital y entre los reclusos de la prisión del Estado de Oregón entre 1956 y 1957: “se evaluará la eficacia de la píldora para controlar la natalidad entre las mujeres, y su eficacia para controlar y disminuir la libido y las «tendencias homosexuales» entre los hombres” (Preciado, 2008, p. 129-130). De hecho, el grupo de Worcester estaba formado por 7 mujeres y 8 hombres, los primeros -y últimos- sujetos de ensayo masculinos del proyecto de investigación. Esto se debe a que, a pesar de que los preparados hormonales tenían un efecto anticonceptivo definitivo en los pacientes masculinos, los hombres no vuelven a ser incluidos en ensayos posteriores debido a la aparición de efectos secundarios. Los efectos secundarios también son reportados por las “participantes” de Puerto Rico; sin embargo, a pesar de que murieron cinco mujeres durante los ensayos y de los riesgos y los efectos adversos documentados, Pincus los minimizó y concluyó que tales quejas tenían un origen psicogénico, es decir, ocurrían porque las mujeres esperan que sucedan. Por lo tanto, siguiendo a Preciado (2008) la píldora no solo se define como un método de control de la reproducción, sino, y, sobre todo, como un método de producción y de purificación de la raza, una técnica eugenésica de control de la reproducción de la especie.

Con todo, en mayo de 1960, la *Food and Drug Administration* (FDA), bajo el nombre de *Enovid*, aprueba su comercialización en Estados Unidos. En 1965, solo cinco años después de su introducción al mercado, la píldora se convierte en el método más utilizado en ese país (Engelman, 2011). En 1969, Barba Seaman publica *The Doctor's Case Against the Pill*, para exponer los peligros de prescribir y consumir la píldora y, como consecuencia, un año después se realiza una audiencia en la cámara estatal del Senado estadounidense para recoger testimonios sobre dichos peligros. No obstante, el Colectivo de Liberación de las mujeres de D.C. protesta por la estructura de las audiencias al no incluir los testimonios de las mujeres usuarias. El impacto de las quejas de este grupo feminista consigue que el gobierno de los EE. UU. exija que la industria farmacéutica incluya una hoja para las pacientes con información completa sobre los efectos secundarios en cada paquete vendido (Epstein, 2022). Más adelante, se convertirá en la sustancia farmacológica más vendida de la historia (Cuevas, 2014a).

2.1.4. La píldora como un *script* de género: el panóptico comestible

La historia presentada anteriormente nos revela, entre otras cosas, la manera en que la comunidad científica construye e inscribe representaciones específicas de las mujeres en las tecnologías contraceptivas configurándolas en el discurso y en la práctica. En efecto, la comunidad científica “estandarizó” a las mujeres (Cuevas, 2014a), mediante un proceso de construcción de semejanzas entre los cuerpos femeninos, que fue más allá de lo discursivo: se necesitó de pruebas clínicas en las cuales se crearon semejanzas mediante un régimen específico de medicalización (Oudshoorn, 1994). En palabras de la autora:

“Pincus pudo haber producido un ciclo menstrual de cualquier duración si hubiera cambiado la indicación de cómo usar las pastillas. Sin embargo, él escogió reproducir un ciclo menstrual “normal” que fue materializado posteriormente en la pastilla. Esto redujo la variedad de los patrones menstruales femeninos: todas las usuarias de la pastilla tienen un ciclo regular de cuatro semanas. La pastilla por lo tanto creó, literalmente, semejanzas entre las funciones reproductivas femeninas” (Oudshoorn, 1994, p. 136).

Esta cita evidencia cómo la píldora opera, desde el principio, como una técnica no de control de la reproducción, sino de producción y control de género (Preciado, 2008). Siguiendo este

enfoque, e inspirándonos en los trabajos de Cuevas (2014a, 2014b) la píldora puede ser considerada como un *script* o guion de género, es decir, “como una tecnología que materializa representaciones de género particulares, así como valores y prácticas que reposan sobre estructuras sociales y culturales determinadas” (Cuevas, 2014b, 124). Esta idea de *script* permite reflexionar sobre cómo la píldora permite a diversos actores -medicina, productores, usuarias- reproducir la visión del cuerpo como una construcción hormonal. Al respecto, Oudshoorn (2003a) define la pastilla en términos “foucauldianos”¹⁰, es decir, como una tecnología disciplinaria que forma parte de la socialización y la normalización del comportamiento reproductivo. Sin embargo, Nijensohn (2015) señala que la teoría del “biopoder”, término originalmente acuñado por Foucault, se centra especialmente en los siglos XVIII y XIX para formular el pasaje del paradigma soberano al paradigma biopolítico. En este sentido, se hace necesario conocer las técnicas más recientes del poder; por ello, la autora recurre a los aportes de Preciado (2008) ubicados en el siglo XX. El autor sostiene que después de la Segunda Guerra Mundial aparecen nuevas tecnologías de gestión de los cuerpos que introducen un nuevo capítulo en la historia de la sexualidad inaugurada por Foucault: “es a través del surgimiento de la noción de “género”, la píldora anticonceptiva y la pornografía como cultura de masas, que ingresamos en una era farmacopornográfica” (Nijensohn, 2015, p. 2).

A diferencia del “biopoder” de Foucault, el “tecno-bio-poder” de Preciado (2008), aunque también desde un enfoque foucaultiano, se erige como un nuevo panóptico comestible. Ahora, las estructuras son ejercidas e impuestas por y sobre nosotras, sin necesidad de estructuras masivas como una cárcel. En este sentido, las mini-tecnologías como la pastilla anticonceptiva doméstica, ligera, portable, comestible, individualizada y afable son una creación de control miniatura para modificar el cuerpo. El sujeto farmacopornográfico deja de habitar en dispositivos disciplinarios externos como la prisión, para pasar a ser habitado por técnicas internas de control de la sexualidad como la pastilla anticonceptiva. Aquí la

¹⁰ Para Foucault, la sexualidad -de la misma forma que el género y el sexo (Butler, 2007)- se constituye como un dispositivo disciplinar mediante el cual el cuerpo queda atrapado en técnicas anatomopolíticas y biopolíticas de control de poblaciones. Así, el “biopoder”, se desarrolla mediante dos formas principales: la anatomopolítica que se centra sobre el cuerpo como máquina a través de su disciplinamiento (cuerpo-máquina) y la biopolítica que se centra sobre la población, mediante controles reguladores (cuerpo-especie) (Costa, 2008).

relación cuerpo-poder se vuelve tautológica: “la tecnopolítica toma la forma del cuerpo, se incorpora” (p. 66). En efecto, las técnicas de gobierno se miniaturizan (técnicas biomoleculares, digitales, prostéticas) al punto que el sujeto puede ingerirlas, pasando de ser un objeto de estas a un usuario. La píldora, por tanto, es conceptualizada como el panóptico comestible.

En ese marco, y siguiendo a Cuevas (2014a), “los contextos de producción y uso de la pastilla representan espacios claves para analizar ideas centrales sobre la feminidad y el cuerpo femenino, como su *medicalización*, su *ciclicidad* y su función esencialmente *reproductora*” (p. 124).

La conceptualización del género como una “performatividad” (Butler, 2002, 2007), resulta útil para entender este enfoque. En efecto, se parte de la idea que ni la tecnología ni el género poseen cualidades intrínsecas. Para Butler, el género es “performativo”: es decir, es el resultado de “una repetición y un ritual que consigue su efecto a través de su naturalización en el contexto de un cuerpo” (Butler, 2007, p. 17). Esta teoría, desde una posición postestructuralista, se inserta en una matriz de poder heterosexual y heteronormativo “que supone el mantenimiento de convenciones de género muy particulares” (Cuevas, 2014a, p. 124).

A partir del análisis anteriormente presentado, Cuevas (2014b) concluye que las tecnologías contraceptivas pueden contribuir al mantenimiento y a la transformación de ciertas “performatividades” de género. Por ello, su estudio es una cuestión importante, ya que estas tecnologías, en tanto actores no humanos, “pueden ayudar a entender los procesos implicados en la estabilización o la desestabilización de convenciones particulares de género” (p. 142). Por ejemplo, Oudshoorn (2003a) nos muestra como antes de la introducción de la píldora no existen convenciones estables concernientes a la relación entre identidades de género y uso de contraceptivos. Ahora bien, esta situación cambia radicalmente en el momento en que las tecnologías contraceptivas invasivas disciplinan tanto a hombres como a mujeres a concebir la reproducción y la contracepción como responsabilidades primordialmente femeninas (Cuevas, 2014a). Es por esta razón que Clarke (1998) considera que estas tecnologías forman

parte de la “socialización del comportamiento reproductivo”: disciplinando a ambos sexos y creando fuertes alineaciones entre feminidad y responsabilidad de la reproducción.

Siguiendo esta lógica, Preciado (2008), en relación con la píldora y la producción “performativa” del género, indica que aquello que es imitado no es únicamente “una representación teatral o un código semiótico, sino más bien la totalidad biológica del viviente” (p. 130). Aquello representado e imitado técnicamente a través de la pastilla no es un estilo corporal o un código de vestimenta, sino un proceso biológico; concretamente, el ciclo menstrual en su totalidad. El autor nos muestra que no solo se estandariza el ciclo en cuatro semanas, como se expone anteriormente, sino que además se crea un falso sangrado. De hecho, la primera píldora, aunque eficaz como control de natalidad, es rechazada por el Instituto Americano de la Salud debido a que suprimía totalmente la menstruación y, por tanto, venía a poner en cuestión, según el comité científico y los ideales católicos de la época, la feminidad de las mujeres americanas. Así, se crea una segunda píldora igualmente eficaz, pero con una diferencia: su capacidad para reproducir técnicamente el sangrado. Este sangrado es renombrado por Preciado (2008) como “tecno-regla”¹¹, es decir, un sangrado técnicamente inducido que produce la ilusión del ciclo natural; también conocido como “sangrado por privación”¹² (Valls, 2009). En sus palabras esto deriva de: “una intención de producción farmacopornográfica del género: hacer que el cuerpo de las tecno-mujeres del siglo XX siga pareciendo efecto de leyes naturales inmutables, transhistóricas y transculturales” (Preciado, 2008, p. 131-132).

Asimismo, la píldora u otros MAH no únicamente regulan el ciclo menstrual adecuándolo a los ritmos de la “feminidad natural”, sino que también poseen una serie de efectos cosméticos “feminizantes” (Gros, 2016): mejoran la calidad de la piel, impiden el acné y el crecimiento de vello corporal y facial, producen un aumento del volumen de los pechos, etcétera

¹¹ “La diferencia entre bio- y tecno- no es una diferencia entre lo orgánico y lo inorgánico. No se trata aquí de evaluar el paso de lo biológico a lo sintético, sino de señalar la aparición de un nuevo tipo de corporalidad” (Preciado, 2008, p. 139).

¹² El sangrado por privación se produce por la caída abrupta de las hormonas en los días de descanso del tratamiento hormonal en cuestión y no como consecuencia de un proceso ovulatorio, puesto que los MAH son precisamente para evitar ese ciclo.

(Preciado, 2008). Además, y esto es de suma importancia en la argumentación de Preciado, la píldora “feminiza” la complejidad psíquica de las mujeres: “estas adquieren un humor lánguido y depresivo, experimentan una disminución de la libido y se vuelven pasivas y sumisas” (Gros, 2016, p. 257).

Similarmente, a diferencia de la mayoría de los medicamentos usados para prevenir o curar enfermedades, los MAH son únicos, ya que son diseñados para administrarse a personas saludables por largos periodos (Marks, 1997). En este sentido, Nucci (2012) propone entender la píldora como una droga de “estilo de vida”. En efecto, los MAH se emplean para tratar fenómenos fisiológicos, como la menstruación, o para fines no contraceptivos, como el acné o el vello, ejemplificando la paulatina (bio)medicalización¹³ (Foucault, 1977; Conrad, 2007) de la anticoncepción hormonal.

Con todo, se concibe el consumo de la píldora -y se extrapola a otros MAH-, como una “performance” de ciertas convenciones de género, pero también como un fármaco que permite “modificar el comportamiento, temporalizar la acción, regular la actividad sexual, controlar el crecimiento de la población y diseñar la apariencia sexual (refeminizándola sintéticamente) de los cuerpos que se lo autoadministran” (Preciado, 2008, p. 135).

2.2. El uso y el abandono actual de los métodos anticonceptivos hormonales

En el anterior capítulo observamos como la construcción social y cultural de la píldora nos permite comprender no únicamente las instituciones sociales y las prácticas implicadas en la construcción de esa tecnología, sino también “las significaciones simbólicas, formación de identidades y sistemas de creencia que ella supone” (Cuevas, 2014a, p. 124). No obstante, para comprender la manera en que se (re)configuran ciertas formas de identidades de género, así como, la manera en que ciertas mujeres (re)negocian algunas prácticas y discursos, se

¹³ La (bio)medicalización es definida como la “internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los individuos mismos, no requiriendo necesariamente la intervención médica. No se trata solamente de definir, redefinir, detectar y tratar procesos mórbidos, sino de que la población esté informada y alerta de potenciales riesgos e indicios que pueden derivar en una patología” (Iriart, 2014, p. 5).

hace necesario el análisis del uso y del abandono (o no) a las tecnologías contraceptivas (Cuevas, 2014b). Por ello, a continuación, se exponen, por un lado, los usos actuales y más comunes de los MAH y, por otro lado, los principales motivos de abandono; contemplando los posibles lugares donde se instaura el poder.

2.2.1. Principales motivos de consumo

El Instituto Nacional de Estadística (INE, 2024), en su encuesta más reciente, asegura que para el 2018, 6.621.899 mujeres en España hacen uso de anticonceptivos -frente a 5.304.962 que no lo hace-, de las que 2.525.376 son usuarias de MAH. Siguiendo la VII Encuesta de anticoncepción en España (Equipo Daphne, 2011), impulsada por la farmacéutica Bayer, encontramos que en muchas ocasiones los MAH no son prescritos como métodos contraceptivos, sino para tratar sintomatología asociada a la menstruación -cólicos menstruales o dismenorrea, irregularidad menstrual, sangrado abundante o síndrome premenstrual-, problemas hormonales, como el acné, el cabello graso o el vello corporal, mejorar la anemia junto con la reducción del sangrado o tratar enfermedades ginecológicas como los miomas, la endometriosis o el Síndrome de Ovarios Poliquísticos, etcétera (Nucci, 2012, Ignaciuk, 2014; Alpe, 2021). Concretamente, el 42,2% de las usuarias consume MAH por razones distintas a la contracepción (Equipo Daphne, 2011).

En cuanto a la relación entre médico-paciente, la Sociedad Española de Contracepción (SEC, 2022) indica que un 39,2% de las mujeres entrevistadas declara que la/el ginecóloga/o es la persona que le indica el método anticonceptivo que debe utilizar. Cabe destacar que este porcentaje asciende significativamente entre las mujeres que utilizan el DIU (79,3%) y la píldora (61,8%). En cuanto a los motivos principales para elegir la píldora o el DIU hormonal son “por indicación o recomendación médica” (p. 42), mientras que uno de los motivos para escoger el preservativo es porque es el método que menos efectos secundarios, incompatibilidades o problemas de salud genera. Al margen de donde proceda la indicación del método que se utiliza, hay diversos agentes que influyen en mayor o menor medida en la decisión final: el personal sanitario es el que tiene mayor influencia final (47,9%), seguido de la familia y amistades (18,4%). El peso final del personal sanitario en la toma de la

decisión “se reduce especialmente entre las menores de 20 años (35,2%), intervalo en el que familia y amistades adquieren la misma relevancia (35,2%)” (p. 28). Entre las mujeres de nacionalidad española la influencia del personal sanitario es sustancialmente mayor (49,6%) que entre las personas de nacionalidad extranjera (34,7%)¹⁴. El peso final del personal sanitario en la decisión del método que se utiliza es mayor entre las mujeres que han optado por la píldora (77,5%) o el DIU (71,9%), mientras que entre las usuarias del preservativo y el anillo vaginal adquiere también una gran relevancia la influencia de la familia y amistades (24,6% y 31,4%, respectivamente).

Finalmente, en relación con el perfil de consumidoras, la SEC (2022) recoge que el porcentaje de mujeres en España que no usan ningún método anticonceptivo es ligeramente superior entre las personas de nacionalidad extranjera, las que disponen de menos estudios, las que conviven en pareja y las que esperan tener otra criatura. No obstante, se hace necesario recurrir a otros estudios que tengan en cuenta otras variables. Por ejemplo, Morete y López (2015) y Rodríguez (2019) concluyen que en función de la religión y/o la cultura, así como el nivel económico, las mujeres de origen migrante o la población gitana deciden hacer uso de uno u otro método. Asimismo, Yupanqui, Aranda y Ferrer (2021), nos alertan que, en 2017, las Naciones Unidas declaran que 38 países, entre ellos España, continúan realizando esterilizaciones forzadas en mujeres y niñas con discapacidad o diversidad funcional a pesar de tratarse de una práctica ampliamente condenada por diversos organismos internacionales de derechos humanos.

En suma, se hace necesario que las profesionales de la salud sean conscientes de dichas intersecciones, buscando el método anticonceptivo que de forma individualizada mejor encaje con las necesidades de esa persona (Borrel, 2009).

¹⁴ La SEC (2022) diferencia entre nacionalidad española o extranjera, es decir, entre personas que disponen de nacionalidad y las personas de origen migrante. Esta diferenciación no contempla que personas con nacionalidad española también pueden ser de origen migrante.

2.2.2. Principales motivos de abandono

Durante los años 70, algunas feministas de corte más radical detectaron los “efectos adversos” de la píldora. Estos efectos no solo englobaban un sinnúmero de reacciones físicas y químicas que acontecían en el cuerpo de las mujeres tras su consumo, sino que además la píldora y su aplicación se dirigió al “refuerzo de la familia nuclear en occidente, la perpetuación de la maternidad como valor individualista, y los miedos hacia la promiscuidad de las mujeres” (Dupuy, 2011, p. 27). Como afirma Elaine Tyler:

“As it turned out, the pill did not solve all the problems of the world. It did not eradicate poverty, nor did it eliminate unwanted pregnancies or guarantee happy marriages. But it became a major player in many of the most dramatic and contentious issues of the last half of the twentieth century: the quest for reproductive rights; challenges to the authority of medical, pharmaceutical, religious and political institutions; changing sexual mores and behaviors; reevaluation of foreign policy and foreign aid; and women’s emancipation.” (2010, p. 6).

La década de los 80 se caracteriza por una reacción crítica contra las Nuevas Tecnologías Reproductivas (NTR). Ahora, “la tecnología es entendida como un instrumento más, generado por el poder científico androcéntrico, para el control y la subyugación de la mujer” (Dupuy, 2011, p. 59). De forma análoga, desde el “Black feminism” ya se venía denunciando una década atrás que las NTR se empleaban para responder a intereses no solamente sexistas, sino también clasistas y racistas. Posteriormente, a partir de los años 90, se abre un campo de investigación denominado tecno-feminismo encabezado por Wajcman (2006), que critica el excesivo determinismo tecnológico de los años 80. A diferencia de la década anterior, busca un punto de vista más optimista que ponga de manifiesto la agencia de las mujeres en el uso de las tecnologías (Dupuy, 2011). En esta línea, durante la última década, un gran número de mujeres de los países occidentales han recurrido a diversas plataformas de redes sociales para compartir sus experiencias insatisfactorias con diversas formas de anticoncepción hormonal -píldoras, parches, anillos, implantes, inyectables y dispositivos intrauterinos hormonales- (Le Guen et al. 2021), así como su decisión de dejar de usarlas (Kissling, 2014).

En este punto nos preguntamos: ¿por qué cada vez más personas dejan de tomar la píldora u otros MAH? Ante esta cuestión, Debusquat en su libro *J'arrête la pilule* (2017) recoge el testimonio de 3.616 usuarias francesas de diferentes realidades sociales y nos responde: el 51% debido a efectos secundarios leves, pero dolorosos que ocurren diariamente, el 50%

porque cree que es mejor para su salud, el 41% porque se niega a tomar medicamentos u hormonas al no estar enferma, el 39,5% porque desea volver a sus ciclos naturales, el 29% por desconfianza hacia la industria farmacéutica y el resto por olvidar su toma con frecuencia o por la preocupación ecológica, entre otras. Autoras como Armas (2019) suman a las anteriores razones la toma de consciencia del propio cuerpo.

Un estudio más amplio bajo título *Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review* (2021) realizado por Le Guen et al. distingue ocho categorías principales como razones para rechazar la anticoncepción hormonal: problemas relacionados con los efectos secundarios físicos; alteración de la salud mental; impacto negativo en la sexualidad; preocupación por la fertilidad futura; invocación a la naturaleza; miedos y ansiedad; preocupación por la menstruación; y deslegitimación de los efectos secundarios. Por supuesto, la totalidad de los argumentos son más complejos y multifactoriales y como limitación del estudio se propone tener en cuenta otras categorías no exploradas en este, como son: la relación entre médico-paciente, el sesgo de género de la anticoncepción hormonal y la responsabilidad femenina.

A fin de facilitar la lectura, se agrupan las categorías expuestas -las más repetidas y relevantes para el tema en cuestión- en función de los cuatro ejes de controversia o debate en relación con la píldora que propone Vidal (2019): efectos secundarios (a), fines no anticonceptivos (b), relación entre especialista de la salud-paciente (c) y anticoncepción como responsabilidad femenina (d). De esta forma, las categorías sobre los efectos secundarios físicos, la alteración o trastornos de la salud mental y el impacto negativo en la sexualidad corresponden al eje de controversia a); la preocupación por la menstruación al eje b); la deslegitimación de los efectos secundarios al c); y finalmente, el sesgo de género al eje d).

a) Los efectos secundarios

Para la primera categoría, *efectos secundarios físicos*, Valls (2009) informa que “los riesgos a corto, medio y largo plazo de la administración de anticonceptivos orales han adolecido desde siempre de la escasez de ensayos clínicos para evaluar sus efectos secundarios”,

además, estos efectos “no son diferentes según el tipo de anticonceptivo usado” (p. 29), por lo que se incluye, en mayor o menor medida, la totalidad de MAH que contengan las siguientes hormonas: estrógenos y/o progestágenos. Los síntomas más frecuentes a corto plazo son la ganancia de peso, la retención de líquidos, la mastodinia y tensión mamaria, las náuseas, los dolores de cabeza, la falta de sueño, la aparición de sangrados intermenstruales, la amenorrea -ausencia de menstruación-, la disminución de la frecuencia de los ciclos menstruales, la dismenorrea -menstruación dolorosa-, las metrorragias -menstruaciones excesivas-, el edema de extremidades inferiores, la aparición de varices y dilataciones de vasos sanguíneos, entre otras (Bell y Wise, 2000, Valls, 2016, Nucci, 2012, Debusquat, 2017; Epstein, 2022).

Además de estos efectos a corto término, Valls (2009, 2010) describe otros efectos que pueden aparecer en consumidoras de largos periodos: accidentes vasculares cerebrales, ataques cardíacos y aumento del riesgo de tromboembolismo venoso y arterial cerebral (ictus), llegando a la conclusión de que el riesgo de enfermedad cardiaca y vascular arterial, que ya era apreciable en los anticonceptivos de primera generación, aumenta de forma significativa con el uso de los anticonceptivos de segunda y tercera generación. Asimismo, se comprueba una correlación entre la utilización de MAH y el incremento de incidencia de cáncer cervical, así como del cáncer de mama, tema que actualmente permanece en controversia. Sin embargo, sí que se ha establecido una correlación entre MAH e incremento del riesgo de padecerlo “cuanto más prolongada sea la exposición a estrógenos durante la vida, más elevado es el riesgo de cáncer” (Valls, 2020, p. 171). Para el caso del DIU, estos aumentan la probabilidad de desarrollar una enfermedad pélvica inflamatoria (Bell y Wise, 2000) o una infección (Taboada, 1978).

A continuación, para la categoría *alteración o trastornos de la salud mental*, Debusquat (2017) evidencia que la anticoncepción hormonal tiene efectos secundarios en la salud mental, es decir, un impacto diario en el bienestar psicológico de las mujeres. En efecto, las usuarias informan que están más irritables cuando toman MAH o que experimentan cambios de humor que les hacen sentir que se están “volviendo locas”. Al respecto, sienten nerviosismo, tristeza, depresión duradera o temporal y ansiedad (Le Guen et al. 2021). Un

estudio reciente descubre una correlación entre el uso de MAH -ya sea píldora, DIU hormonal o anillo vaginal- y el diagnóstico de depresión clínica (Wessel et al. 2016).

En relación con la tercera categoría, *impacto negativo en la sexualidad*, Bell y Wise (2000) recogen que el efecto de los MAH en la función sexual femenina no está del todo bien establecida debido, en gran parte, a su complejidad, en la cual interactúan múltiples factores de diferente etiología -biológica, psicológica, sociocultural- que complica el análisis de los resultados (Alcalá, 2017). Aunque su papel sea variado y complejo, diversos estudios (Bell y Wise, 2000; Alcalá, 2017; Debusquat, 2017; Salamanca, 2019) evidencian que su uso afecta negativamente al deseo sexual de las mujeres, expresado en términos de disminución o falta de la libido o deseo sexual. Del mismo modo, se informa de sequedad vaginal, dolor genital y mastodinia -dolor en las mamas- o sensibilidad en los senos, así como micosis recurrentes -enfermedad infecciosa causada por hongos- aspectos que pueden impactar en la sexualidad.

Para Debusquat (2017) estas tres categorías -efectos secundarios físicos, alteración de la salud mental e impacto negativo en la salud sexual-, aunque puedan clasificarse médicamente como “leves”, reducen en gran medida la calidad de vida de las usuarias, pues afectan a parámetros esenciales del propio bienestar físico, emocional y sexual. Por ejemplo, la autora documenta que la baja libido o los trastornos del estado de ánimo pueden causar un daño inmenso al reducir la autoestima y la salud mental. Siguiendo esta lógica, el consumo de MAH puede afectar directamente a la autopercepción del cuerpo. Esta percepción es, entonces, subjetiva y se encuentra constantemente determinada por la experiencia social. Así, las personas experimentan y entienden sus cuerpos de acuerdo con imágenes corporales que son culturalmente definidas y construidas (Cuevas, 2009).

b) Los fines no anticonceptivos

Las innovaciones en la anticoncepción de las últimas décadas se han dirigido a promocionar los beneficios no contraceptivos de los MAH (Watkins, 2012), enmarcándolos en un proceso de creciente medicalización de la sociedad (Quadrelli, 2015). Así, el consumo de MAH fundamentalmente busca regular el ciclo menstrual, aliviar dolores y síntomas asociados a la

menstruación y tratar enfermedades ginecológicas, así como problemas de acné, en detrimento de otros tratamientos¹⁵.

En este subapartado nos centramos en la *preocupación por la menstruación* debido a que este proceso es considerado para muchas personas un signo de salud, por lo que las alteraciones hemorrágicas, tener menstruaciones abundantes o no tenerla, así como la falta de ciclicidad debido al uso de MAH puede asociarse con la ansiedad, preocupación y la ambivalencia; causando un impacto negativo en la salud de las consumidoras (Le Guen et al. 2021). Del mismo modo, la eliminación de los periodos regulares puede dificultar reconocer si han podido quedar embarazadas. Ahora bien, prácticamente la totalidad de los MAH no “regulan” la menstruación, sino que la inhiben, produciéndose un sangrado por privación (Valls, 2009). Por ende, Valls (2009) advierte: por un lado, los MAH son un “parche” en la “cura” de enfermedades como la endometriosis o el ovario poliquístico y, por otro lado, que “las consecuencias neuroendocrinológicas y metabólicas de romper la armonía del ciclo menstrual, tampoco han sido estudiadas” (p. 30).

c) La relación entre especialista de la salud-paciente

Diversas teóricas feministas han problematizado la medicina como un agente de control y subordinación de las mujeres a través de la sexualidad y la reproducción (Bleda, 2005). Estos análisis (Foucault, 1979; Preciado, 2008; Vidal, 2019) dan cuenta del importante papel que juegan las y los especialistas de la salud pues, como vimos, no solo receta los MAH, sino que son los agentes con mayor poder de influencia en la decisión que las usuarias toman.

La relación entre las y los especialistas de la salud y las usuarias es en sí misma controvertida (Vidal, 2019). En efecto, varios estudios apuntan que la capacitación administrada en consulta es insuficiente (Hincapié et al. 2013): solo una de cada tres usuarias sabe bien cómo usar el MAH que emplea (Petruta et al. 2009) y casi la mitad de las consumidoras presentan factores de riesgo añadido para sufrir un evento cardiovascular (García y Arranz, 2014).

¹⁵ “Tanto las píldoras de segunda como las de tercera generación son recetadas como tratamiento hormonal para regular el sangrado y el dolor menstrual. No obstante, las de tercera generación son más recetadas por su efecto anti-androgénico para tratar el exceso de acné o vello corporal” (Vidal, 2019, p. 30).

Asimismo, mayoritariamente, no se informa a las usuarias sobre los posibles efectos secundarios, así como tampoco se realizan pruebas previas a la prescripción o seguimientos posteriores (Valls, 2009, 2019). Las consumidoras evidencian que los *efectos secundarios* que presentan son *deslegitimados* en consulta y alertan de una falta de implicación en el proceso de toma de decisiones (Le Guen et al. 2021). Por consiguiente, posterior a abandonar el MAH utilizado, el 42% de las encuestadas no consultan al personal de ginecología para que les orientara en la elección de un nuevo método (Debusquat, 2017).

d) La responsabilidad femenina

El eje sobre la anticoncepción hormonal y la responsabilidad femenina engloba la última categoría: *sesgos de género*. Para Alpe (2019) existen dos vectores principales para analizar cómo operan de manera asimétrica los estándares feminizados o sesgos de género de *risk assessment* (procesos de evaluación de riesgo): por un lado, el del retraso comparativo entre el desarrollo de los MAH femeninos y la comercialización de una píldora análoga para hombres y, por otro lado, la medición de los riesgos con el embarazo.

Para el primer caso, varias investigaciones de los últimos años apuntan que las pruebas clínicas para testar la píldora masculina se realizan empleando criterios más estrictos y personalizados, que atienden posibles impactos negativos sobre la psique y el estado físico de los consumidores. Así, la posible pérdida de libido (Ignaciuk, 2009) o el incremento de los lípidos y el colesterol son vistos como impedimentos serios cuando, en el ámbito de la anticoncepción femenina, se suponen o consideran males menores, asociados al producto desde un inicio (Oudshoorn y Van Kammen, 2002). Oudshoorn (2003b), tomando como referencia las definiciones de género de Butler, señala el carácter performativo, mudable y construido que orbita en torno a estas tecnologías contraceptivas, pues existen tópicos socialmente arraigados propios de la masculinidad hegemónica (Alpe, 2019), entre ellos el de la “irresponsabilidad” -traducido a menudo como una condición “natural”-, que parecen imposibilitar a los hombres para un uso regular del producto (Oudshoorn, 2003b). No obstante, “la idea tan extendida de que existe una “falta de constancia” entre los hombres para tomar una pastilla diariamente puede reflejar un hecho social “real” operativo hoy día,

pero en todo caso es una construcción cultural y, por ende, susceptible de cambiar” (Alpe, 2019, p. 254).

Este desequilibrio tiene como consecuencia que en el último siglo no se hayan desarrollado nuevos métodos anticonceptivos masculinos; salvo la mejora de métodos que ya existían desde el siglo XIX, como la esterilización y los preservativos¹⁶. Sin embargo, se han creado diversos métodos anticonceptivos femeninos nuevos (Nucci, 2012) como el implante, el anillo vaginal y el parche para la piel que proporcionan diferentes sistemas de administración de las hormonas. No obstante, si nos referimos a verdaderas innovaciones en el mundo de la anticoncepción, la investigación lleva moribunda durante décadas, pues únicamente se han potenciado los efectos no contraceptivos de los MAH (Watkins, 2012).

El segundo vector, expuesto por Alpe (2019) es la medición de los riesgos de los anticonceptivos hormonales en función del embarazo. Desde sus orígenes y hasta la actualidad, se considera la función procreadora de las mujeres (asociación naturalizada) como la vertebradora a la hora de establecer el riesgo/beneficio de la pastilla. La mayoría de las recomendaciones, por ejemplo, subrayan que los eventos de complicaciones en el parto y postparto son muy superiores a los riesgos que implica el consumo de MAH, conclusión que se sintetiza en un reporte de 2013 de la *American Congress of Obstetricians and Gynecologists*: “la mitad de las mujeres desconocen que el embarazo es más peligroso que la anticoncepción” (p. 252). Este tipo de juicios no solo ignora el riesgo de los MAH, sino que transmite “un mensaje de género” al subrayar el peligro permanente de quedar embarazadas que acecha a las mujeres, sin considerar los demás efectos secundarios. Por ende, se mide el riesgo del medicamento con un embarazo y no con otros métodos anticonceptivos como el preservativo¹⁷. La autora prosigue y nos muestra un documento análogo, suscrito por la *Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada* (2013) que va

¹⁶ Oudshoorn (2004) evidencia el escaso interés de las compañías farmacéuticas en el desarrollo de los anticonceptivos hormonales masculinos, ya que estos podrían suponer bajas de usuarias de la píldora tradicional (Ignaciuk, 2009).

¹⁷ De forma más actualizada, Xusa Sanz -enfermera, nutricionista y divulgadora sanitaria especializada en salud hormonal- publica en Instagram: “la píldora anticonceptiva aumenta el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares, ¿sabes que proceso fisiológico también aumenta este riesgo? El embarazo” (Sanz, 2024).

más allá, al responsabilizar a los medios de comunicación de crear “miedo y confusión” en su “cobertura de eventos raros” (embolia o coágulos), “promoviendo el abandono de las pastillas, lo que impacta en un crescendo de la tasa de embarazos no deseados” (p. 252).

En suma, apoyándome en Geampana (2016), el sesgo ideológico que impregna el discurso de estos organismos de salud al establecer su *risk assessment* bascula en un maniqueísmo: “una mujer tiene dos opciones: ser usuaria de anticonceptivos hormonales o quedar embarazada” (p. 13).

2.3. Cuerpos que resisten: “Donde hay poder hay resistencia”

Foucault (1979) es principalmente quien contribuye a repensar el poder en términos no únicamente represivos, sino también como “una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social” (p. 182). Este autor erige una propuesta en su análisis de las relaciones de poder: “donde hay poder hay resistencia” (p. 61). En una entrevista realizada por Bernard-Henry Lévy denominada *No al sexo rey*, el autor sostiene que la resistencia “no es anterior al poder al que se opone. Es coextensiva al mismo y rigurosamente contemporánea” (Foucault en Lévy, 1977, p. 51). En este sentido, la resistencia no es la imagen invertida del poder, no es su contracara, pero es como el poder “tan inventiva, tan móvil, tan productiva como él. Es preciso que, como él, se organice, se coagule y se cimente. Que vaya de abajo arriba, como él, y se distribuya estratégicamente” (p. 51). En el momento mismo “en que se da una relación de poder, existe una posibilidad de resistencia” (p. 51). Por consiguiente, los movimientos de reacción, oposición y negación surgen como formas de concebir la relación entre fuerzas (Abal, 2007). Esta perspectiva permite abrir las puertas a un tipo de poder entendido como “capacidad y agencia, a un poder transformador, subversivo y resistente capaz de combatir el orden sexual patriarcal” (Suarez, Silvestre y Royo, 2019, p. 6). Siguiendo esta lógica, los apartados anteriores sobre los motivos de inicio y abandono, no solo se confieren como posibles lugares donde el poder se instaura, sino también como espacios susceptibles a ser analizados en términos de resistencia.

En este punto, se hace imprescindible recuperar la noción de “orientación” de Sara Ahmed (2014), quien teoriza sobre el poder “como un ente direccional que dirige ciertos cuerpos en orientaciones predeterminadas, que en nuestras sociedades privilegian” (Suarez, Silvestre y Royo, 2019, p. 6). De forma similar al trabajo de Bourdieu (1991), quien formula el concepto de “habitus”, estas orientaciones son parte de nuestra herencia sociocultural y familiar que nos presiona -normalmente sin percibir dicha presión- a seguir un camino concreto. No obstante, el “habitus” es considerado por el autor como duradero debido a su profundo arraigo y, por tanto, difícil o imposible de modificar. Esto es problematizado por Suarez, Silvestre y Royo (2019) debido a su carácter limitante, ya que compromete la capacidad de agencia de los individuos para transformar sus vidas. Por ende, si bien la noción “habitus” nos resulta útil para dar cuenta de la continuidad de patrones patriarcales en la conformación de las identidades y prácticas sexuales, es insuficiente para explicar los procesos de cambio, como los que están surgiendo en el ámbito de la anticoncepción hormonal. Así, se decide hacer uso de estas orientaciones que, aunque constituyen también un mandato que no siempre se toma por voluntad propia -como el consumo de MAH-, son de carácter contingente, por lo que se pueden desobedecer en diferentes grados de manera contraria al más estricto hermetismo inherente al “habitus”.

Retomando a Foucault, se observa que las comprensiones sobre la resistencia que predominan generalmente son en un sentido revolucionario del término o en la idea de comportamientos declarados de individuos en su mayoría organizados: manifestaciones, revoluciones o militancias. Sin embargo, para el tema en cuestión, se hace necesario recuperar los aportes de Scott (1985, 2000) y Burgwal (1999). Para los autores, el término resistencia puede ir asociado a formas de luchas cotidianas, encubiertas y disfrazadas (González, 2022). Ello permite otras maneras de entender las resistencias desde lo cotidiano (Scott, 1985), desde contextos más reservados, donde los sujetos crean y defienden “un espacio social en el cual se podrá expresar una disidencia marginal al discurso oficial de las relaciones de poder” (Scott, 2000, p. 20). Para Scott (1985) la resistencia debe entenderse tanto en lo colectivo como en lo individual y puede ser también ideológica o simbólica, “porque al establecer como válida únicamente la resistencia real se obvian muchas de las luchas que cotidianamente desarrollan las clases subordinadas en diferentes entornos

represivos” (González, 2022, p. 91). Para el autor será importante estudiar estos actos cotidianos de resistencia, ocultos y menos evidentes y organizados, en las clases y grupos, en los colectivos e individuos subordinados, bajo circunstancias de opresión o bajo algún tipo de relación de poder, ya que existe la posibilidad de resistir en la cotidianidad, “ya sea para encarar, enfrentar u oponerse a las formas de dominación o simplemente para evadirlas, mostrar desacuerdo o inconformidad” (p. 89).

A partir de los aportes de Scott, sus correspondientes críticas y el estudio de las resistencias cotidianas, González (2022) propone el uso del término “micro-resistencia cotidiana”: “comportamientos y actitudes diarios que en algunos casos se muestran de formas más visibles que otros” (p. 98). Ello se debe a que, debido a las relaciones de poder a las que están sometidos los sujetos -en este caso, las usuarias-, muy pocas veces pueden darse resistencias en términos de insurrección y únicamente en determinados escenarios pueden adoptar formas más abiertas y declaradas. Por ende, se ven obligados a recurrir a “formas sutiles y encubiertas de resistencias, prácticas que en ocasiones se mantienen bajo el velo de una especie de disfraz o que se esconden tras las propias prácticas” (p. 98)¹⁸.

¹⁸ A lo largo del estudio se unifican los diferentes términos expuestos en el presente capítulo en: “resistencias cotidianas” o “resistencias”.

3. Metodología

El presente capítulo tiene como objetivo la presentación de la postura epistemológica sobre la cual se trabaja y la metodología, sus técnicas, la muestra seleccionada y sus protagonistas.

3.1. Postura epistemológica

Las epistemologías feministas son aquellas que parten de la premisa de que las producciones de conocimiento e investigaciones históricas han pretendido ser neutrales y universales a causa de una lectura androcéntrica, sexista, racista y occidental de la realidad que no ha tenido en cuenta las desigualdades de género (Martínez et al. 2014; Falconí, 2022). En este sentido, la aproximación epistemológica empleada en esta investigación es la de los conocimientos situados de Haraway (1988). En base a esta corriente, la investigadora no es ajena a la investigación -la interpretación ni el producto-, por lo que la forma en la que se exploran y emiten los conocimientos son fruto de una observación de la realidad que parte de una subjetividad. Como recoge Falconí (2022): “una perspectiva feminista se manifiesta en la selección de los temas, los objetivos de la investigación, [...] el abordaje del objeto de estudio, [...] así como el cuestionamiento a las pretensiones de neutralidad, objetividad y universalidad sin considerar el género de los sujetos” (p. 6). Así, la teoría del conocimiento situado defiende la existencia de saberes y experiencias diferentes de acuerdo con las subjetividades desarrolladas dentro del contexto social y cultural de quien produce el conocimiento (Blázquez, 2010), por lo que las vivencias de las mujeres entrevistadas son objeto de una exploración que parte de unas experiencias propias con unas características particulares, acotando la pluralidad real existente.

Siguiendo esta lógica, reflexionar sobre mi propio posicionamiento desde un conocimiento situado, como explica Haraway (1988), es indispensable para poder contemplar los posibles sesgos que puedan surgir en el presente trabajo fruto de mi contextualización como mujer blanca, cis, bisexual, de clase media-baja, europea y exusuaria de MAH.

La investigación se centra en las experiencias y resistencias al consumo de MAH de mujeres cis en la provincia de Barcelona teniendo en cuenta su orientación sexual. No obstante, somos conscientes que existen otros ejes de desigualdad que también pueden estar presentes y añadir complejidad al tema de estudio, pero que no se tienen en cuenta debido a las limitaciones de la muestra y de la propia investigación (tiempo, recursos, acceso a las personas participantes, etcétera).

3.2. Técnicas de producción de datos

“...a veces nuestro cuerpo se hace poderosamente (y extrañamente) presente. Él, que siempre ha estado condenado al silencio y a la invisibilidad, inesperadamente dice, se muestra, pronuncia. Lo más probable es que desate polifonías” (Meri Torras, 2007, p. 27).

La metodología empleada, a fin de poder comprender los discursos y las experiencias y, por ende, la construcción social, los significados y los símbolos en que se desenvuelven (Ruiz, 2012), es cualitativa. La entrevista semiestructurada ha sido la técnica de recolección de información empleada, a fin de poder adaptarnos al diálogo sin desviarnos del guion como eje vertebrador (Martínez et al. 2014). Partimos de este tipo de entrevista, puesto que no solo posibilita el reajuste y clarificación de las preguntas, apostando por una mayor flexibilidad de esta (Fábregues et al. 2016), sino que también es útil para la reconstrucción de acontecimientos pasados (Quivy y Carnpenhoudt, 2005), como el consumo de MAH.

En este sentido, se hace necesario recuperar el concepto de “itinerario corporal” de Mari Luz Esteban (2004, 2008). Esta herramienta epistemológica y metodológica es una de las diferentes propuestas y estrategias dirigidas a corporeizar las investigaciones y los conocimientos, así como a poner de relieve la centralidad que ocupan los cuerpos en su relación con otros -intercorporalidad- y las experiencias corporeizadas en los procesos de producción de conocimientos (Martínez, 2020). Así, el cuerpo es considerado como “un lugar para la implantación de hegemonía, desigualdad y control social, pero también un espacio de conciencia crítica, resistencia y, en un sentido más genérico, experiencias alternativas del mundo” (p. 136). Retomando el concepto presentado, Esteban (2004) define los itinerarios corporales como:

“procesos vitales individuales pero que nos remiten siempre a un colectivo, que ocurren dentro de estructuras sociales concretas, y en los que damos toda la centralidad a las acciones sociales de los sujetos, entendidas éstas como prácticas corporales. El cuerpo es considerado, por tanto, un nudo de estructura y acción, el lugar de la vivencia, el deseo, la reflexión, la resistencia, la contestación y el cambio social, en diferentes encrucijadas económicas, políticas, sexuales, estéticas e intelectuales” (p. 54).

En base a ello, aunque no se emplea esta herramienta, se decide adaptar el concepto de los “itinerarios corporales” como punto de partida para contextualizar las experiencias de (ex)usuarias de MAH a partir de lo que denominaremos “itinerarios hormonales”¹⁹. Por consiguiente, la técnica de la entrevista semiestructurada tiene como objetivo conocer el “itinerario hormonal” de las participantes, que comprende desde el ingreso o el inicio al consumo, hasta al abandono (o no) de este. Siguiendo esta lógica, la estructura del guion tiene un corte marcadamente biográfico, retrospectivo y auto-reflexivo atravesado por cuestiones a propósito de la(s) experiencia(s) del(de los) cuerpo(s), los posicionamientos de género, las interacciones con los contextos así como con otros seres humanos, las respuestas y resistencias o contestaciones ante los patrones de género y cuestiones similares (Grau, 2019).

A partir de lo expuesto, el guion de las entrevistas se divide en cuatro bloques principales: primeramente, el inicio o ingreso al consumo, donde se exploran las razones que motivan la toma de MAH y los actores influyentes; seguido, el cuerpo durante el consumo, para estudiar los motivos que llevan a abandonar (o no) posteriormente los MAH; después, el final del consumo, para analizar de forma transversal las prácticas de resistencia a lo largo de los itinerarios y, para acabar, el cuerpo en el ahora, permitiéndonos una mirada reflexiva (véase Anexo III).

3.2.1. Búsqueda, selección de participantes y ética de la investigación

La técnica que se emplea es el muestreo no probabilístico intencional (Otzen y Manterola, 2017), donde se selecciona a las personas que cumplen con las características que se expondrán a continuación: ser exusuarias o usuarias de anticonceptivos hormonales y residir

¹⁹ Este bautizo también se inspira en los *itinerarios corporales de menstruación* de Corvalán y Maestre (2017) y en los *itinerarios sexuales* de Grau (2019).

en la provincia de Barcelona. Por un lado, el motivo para la primera característica, ser usuarias o exusuarias de MAH, se debe al entender que pueden existir personas que sigan consumiendo el fármaco por falta de alternativas u otras variables que lo impidan, y aun así lleven a cabo prácticas de resistencia. Por otro, se opta por la provincia de Barcelona como lugar de residencia, para acotar contextualmente la muestra y facilitar el trabajo de campo. No se pretende concluir con una idea de muestra universal ni hegemónica, sino de una parte concreta de la población que ilustre el objeto de estudio.

La toma de contactos se inició con una primera “llamada” a la participación mediante la aplicación de mensajería instantánea *WhatsApp* y la plataforma de red social *Instagram*, donde muchas amigas y conocidas cercanas hicieron eco del estudio. Asimismo, se llevó a cabo la técnica de bola de nieve que consiste en pedir a las entrevistadas que te pongan en contacto con otra persona que pueda cumplir con los criterios de la muestra (Alloatti, 2014).

Con estas dos fuentes obtuve 13 posibles participantes, todas ellas mujeres cis. Para ampliar el público receptor contacté con diferentes plataformas, asociaciones, colectivos y activistas trans* y/o no binarias, pero la falta de respuestas, por un lado, y la política de algunas entidades de no colaboración con trabajos académicos, por otro, no lo ha hecho posible. Así, entre las diferentes mujeres cis se siguió un criterio de diversidad para acabar de decidir la inclusión o no de las experiencias: edad, orientación sexual, origen, motivo de consumo y tipo de MAH. En total, se llevan a cabo 6 entrevistas durante los meses de marzo y abril de 2024 en diferentes lugares cómodos, acogedores y seguros, a ojos y elección de las participantes: parques, casas y cafeterías.

En cuanto a los códigos éticos de investigación, se emplean tres principios para la realización de las entrevistas: el consentimiento previo informado (véase Anexo IV), la confidencialidad y la garantía del anonimato durante el proceso de investigación y posterior producción (Abad, 2016). La totalidad de las entrevistas son grabadas y posteriormente transcritas literalmente con el fin de llevar a cabo un análisis sistemático que nos permita explorar las respuestas de forma profunda, extrayendo las ideas principales y creando un registro subjetivo en torno a la vivencia del consumo de MAH de cada entrevistada. Para dar fin a la metodología y los códigos éticos, es necesario subrayar que la información recabada es trabajada conservando

el anonimato con el fin de preservar la intimidad y protección de datos de las personas entrevistadas al tratarse de una vivencia íntima (Olesen, 2012).

3.3. Sujetos de la investigación²⁰

A continuación, se adjunta una breve presentación²¹ de las personas que han formado parte del trabajo de campo de esta memoria e hicieron posible su realización (ver tabla 1).

<i>Nombre (edad)</i>	<i>Orientación sexual</i>	<i>País de Origen</i>	<i>Nivel de estudios</i>	<i>MAH (tiempo de uso)</i>	<i>Motivo ingreso (edad)</i>	<i>Efectos secundarios</i>
Júlia (26)	Heterosexual	España	Grado universitario y máster	Píldora 1 (4 meses), Píldora 2 (3 años), Aro (año y medio) DIU (actualidad)	Menstruación dolorosa e incapacitante con excesivo sangrado y anemia (21)	Físicos, emocionales y sexuales
Andrea (32)	Heterosexual	España	Grado universitario	Píldora (10 años)	Amenorrea derivada de un TCA, se trata como una desregulación (18)	Físicos y emocionales
Cala (28)	Lesbiana	España	Grado universitario y máster	Píldora 1 (3 meses), Píldora 2 (6 meses) Píldora 3 (7 meses)	Menstruación dolorosa e incapacitante por Adenomiosis (25)	Físicos, emocionales y sexuales
Manuela (25)	Heterosexual	Colombia	Grado medio	Inyección (9 años)	Anticonceptivo (15)	Físicos y sexuales
Sandra (48)	Heterosexual	España	Diplomatura universitaria y posgrados	Píldora (6 meses)	Anticonceptivo por imposibilidad de aborto (30)	Físicos, emocionales y sexuales
				Aro (3 meses) Píldora (4 meses)	Miomas, exceso de sangrado y anemia (42)	
Laia (31)	Bisexual	España	Grados superiores	Píldora 1 (1 año) Píldora 2 (1 año)	Regular menstruación (17)	Físicos y emocionales
				Píldora (1 año)	Anticonceptivo (pareja se niega a usar preservativo) (23)	

²⁰ Algunas de las participantes han preferido usar un pseudónimo para mantener su anonimato, mientras que otras han decidido, por voluntad propia, que conste su nombre real. En todos los casos se han eliminado aquellos elementos que pueden ayudar a identificar a la persona.

²¹ Para conocer el itinerario de cada una en profundidad, véase Anexo V.

4. Análisis y discusión

A continuación, se presenta el análisis de las entrevistas realizadas. Con el fin de explorar sus itinerarios hormonales y cómo confluyen la teoría y la práctica (las vivencias), nos centramos en los discursos más relevantes de las entrevistas, abordando las diferentes estructuras o lugares para la implantación del poder, pero también los posibles espacios para la resistencia. El orden establecido prosigue la siguiente intención: comenzar abordando las trayectorias de ingreso y los actores influyentes; continuar con el cuerpo durante la toma, a fin de explorar los motivos (o no) de abandono y posibles lugares para la implantación del poder; seguir con las resistencias que surgen a lo largo de los itinerarios; y finalizar con el cuerpo en el presente.

4.1. El ingreso al consumo: ritual hormonal y *script* de género

En este primer capítulo, se hace indispensable remontarse a un momento anterior: el por qué y en que contexto se decide iniciar el consumo. Para Fierro (2020) son estas experiencias iniciales “las que también otorgan un marco de sentido al fenómeno de rechazar su uso” (p. 39). En este sentido, nos centramos en evidenciar cómo opera el proceso de la (bio)medicalización de la vida, el disciplinamiento de los cuerpos femeninos a partir de la ingesta de MAH y sus principales agentes. Para ello, dividimos el acápite en dos secciones: la primera, donde presentamos las principales razones para iniciar su consumo y la influencia de los diferentes actores en la toma de la decisión; y, la segunda, donde profundizamos en la incidencia del personal de ginecología, como principal actor influyente, en la elección del método.

4.1.1. Razones y actores influyentes en el consumo: “¿Cómo no te lo han recetado antes?”

El principal motivo para iniciar el consumo de anticonceptivos que se identifica entre los relatos de las entrevistadas es: **tratar fenómenos fisiológicos**. Los MAH, y principalmente la píldora, son prescritos en su mayoría como medios para controlar y/o “regular” ciertos

procesos fisiológicos (Alpe, 2021). Sin embargo, en su mayoría, estos fármacos no tratan las causas o enfermedades ginecológicas de base, sino que **se centran en las consecuencias**, esto es: tratar la sintomatología asociada a la menstruación. En efecto, cinco de las seis entrevistadas describen que su ingreso o inicio al consumo se debe a: falta de regularidad (Andrea y Laia), dolor (Júlia y Cala) y/o abundante sangrado (Júlia y Sandra). Así, las causas “reales” quedan opadas y sin tratar: amenorrea causada por un TCA (Andrea), miomas (Laia y Sandra) y enfermedades ginecológicas como la adenomiosis (Cala). Más aún, iniciar el consumo de MAH sin un diagnóstico previo dificulta conocer las causas y, por tanto, la posible “cura”; tal y como le sucede a Júlia, la única participante que actualmente sigue consumiendo MAH para “solucionar” la sintomatología.

Adentrándonos en los itinerarios hormonales de las entrevistadas, para el primer supuesto, se observa que la preocupación por la **falta de regularidad** se va haciendo con el hecho de “ser mujer” y que, por tanto, no necesariamente emana de la consulta ginecológica hacia las mujeres, pero sí se perpetúa (Alpe, 2021). Laia (inicio del consumo 17 años), describe que sus menstruaciones tenían una duración de diez días seguidos y solo un período de pausa de diez días, por lo que la irregularidad, sumado, según su ginecólogo, a un **“exceso” de vello**, desencadena la prescripción de “pastillas anticonceptivas para regularla” (Laia). Durante la prescripción, como se indica anteriormente, no se valora que Laia tenga miomas y que uno de los síntomas asociados sea el sangrado uterino irregular²². De forma similar, Andrea (inicio del consumo 18 años) acude a consulta preocupada por la ausencia de menstruación. A pesar de que inicialmente la profesional identifica que la causa de la amenorrea es su bajo peso y que claramente se encuentra en un proceso de TCA, decide “ignorarlo” y tratarlo como una “irregularidad”:

“La ginecóloga ya vio que yo estaba en un proceso de TCA y fue como: claro, es que las judías en los campos de concentración estaban desnutridas y tampoco les venía la regla, para prevenir que se quedaran embarazadas. Tú ahora no podrías tener un embarazo porque estás muy delgada, entonces por eso no te viene la regla [...] Me sentí atacada, avergonzada, me sentí que no estaba haciendo bien las cosas, me sentí juzgada. No me sentí acompañada, ni comprendida [...] pero lo dejó pasar, lo acusó, pero a la vez lo dejó pasar, ¿no?, y fue como: te voy a dar anticonceptivos.” (Andrea, 32 años)

²² “Cuanto más próximo esté el mioma a la cavidad uterina más frecuentes e intensos serán los episodios de sangrado. Estos se pueden manifestar como menstruaciones más duraderas y/o más abundantes” (Lamarca, 2019, párrafo 10).

En cuanto al **dolor**, Cala y Júlia describen que siempre han tenido menstruaciones muy dolorosas, pero no es hasta que el dolor se vuelve incapacitante (mareos, fiebre, vómitos, no poder caminar) que, ante la falta de alternativas y respuestas, deciden resignarse y aceptar la toma de MAH. En el caso de Cala (inicio del consumo 25 años), aunque a priori no se le diagnostica ninguna afección, se le prescribe directamente la píldora para opacar el dolor. Meses después, no obstante, se “descubre” que el causante de este dolor intenso es una adenomiosis; evidenciando el infradiagnóstico que existe²³.

Júlia también describe este dolor incapacitante acompañado de **acné** y de un **abundante sangrado** que le causa anemia: “jo vaig anar a la consulta i em van dir: pastilles anticonceptives, com no t’ho han receptat abans? Evidentment, me les van enxufar con embudo, saps?” (Júlia, inicio del consumo 21 años). La **anemia** causada por un abundante sangrado también es descrita por Sandra, pero, a diferencia del relato anterior, esta es conocedora de que la causa son los miomas. No obstante, la única solución que se le ofrece desde ginecología es la píldora. Cabe destacar que Sandra es la única de las entrevistadas que sabe que el consumo de la píldora ayuda a manejar los síntomas, pero que no cura la afección (Ribbeck, 2024), muy probablemente debido a que inicia el consumo a la edad de 40 años.

Los relatos anteriores nos muestran que el motivo de ingreso o inicio al consumo se debe únicamente al tratamiento de fenómenos fisiológicos y no en busca de un anticonceptivo. De hecho, exceptuando Cala que es lesbiana, el resto de las usuarias, o no mantiene relaciones sexuales con penetración en el momento de la prescripción (Júlia y Laia) o hacen uso del preservativo (Andrea y Sandra).

A continuación, nos adentramos en el segundo motivo para ingresar en el consumo: **evitar un embarazo**. De las seis entrevistas, la mitad inicia la toma por este motivo, aunque desde casuísticas diferentes. Manuela es la única que inicia el consumo por razones estrictamente contraceptivas. Así, a la edad de 15 años, inicia el consumo de la inyección a raíz de presentar a su “pareja oficial” en casa. El hecho de tener una pareja heterosexual en una relación

²³ A pesar de que la adenomiosis afecta entre el 20-35% de las mujeres en edad fértil (Alcalde, Martínez-Zamora y Carmona, 2021).

monógama hace que, con el tiempo, Andrea y Júlia también se beneficien de la propiedad contraceptiva del tratamiento, pero, a diferencia de Manuela, estas lo utilizan a mayor edad. Esto se debe a que, en Colombia, país de origen de Manuela, lo “normal” es planificar a edades tempranas debido a la alta tasa de embarazos infantiles y adolescentes²⁴:

“En mi país, ya sabes, esto de quedar embarazada a temprana edad se ve demasiado, socialmente, allí lo normal es planificar; al contrario, si no planificas, eres lo raro [...] Mis padres, por miedo a un embarazo, me dijeron que lo hiciera, porque mi hermano fue padre muy joven. Pero siento que no lo hicieron con mala onda, sino porque se sintieron presionados.” (Manuela)

Retomando los motivos de consumo, Laia explica que el hecho de mantener relaciones sexuales con una pareja (hombre) que se negaba a hacer uso del preservativo desató que a los 24 años volviese a iniciar la ingesta de MAH, ingresando así en su segundo período de consumo. Para finalizar, el relato de Sandra nos muestra cómo el contexto social de un país y sus políticas restrictivas de interrupción del embarazo también pueden motivar el inicio del consumo. En efecto, a los 30 años, Sandra decide iniciar la toma de MAH a causa de irse a vivir a Senegal con su pareja senegalesa, país donde el aborto no es legal:

“Había usado siempre preservativo, pero con 28 me quedé embarazada involuntariamente y entonces ahí, al ir a vivir a Senegal, al no existir la pastilla del día después y ver además la realidad social de Senegal... Que ahí te quedas embarazada y lo tenías y que había chicas que abortaban con perejil [...] porque es como un abortivo natural, decidí buscar una solución.” (Sandra, 40 años)

Este último relato evidencia, no únicamente que la anticoncepción y el acceso al aborto no son derechos sexuales y reproductivos universales (Amnistía Internacional España, 2024), sino que testimonia que los acontecimientos políticos²⁵, pueden limitar los cuerpos, la autonomía corporal y la agencia (Elliott, 2019).

Una vez identificados los dos motivos principales para iniciar el consumo, se hace necesario averiguar de dónde procede la indicación del método que se utiliza. Tal y como vimos en el

²⁴ Según el Ministerio de Salud y Protección social de Colombia (2018), esto se explica desde los determinantes estructurales, especialmente a partir de la pobreza, la limitante información sobre sexualidad desde tempranas edades, en particular entre las que tienen mayores desventajas sociales, y el acceso a servicios en salud sexual y reproductiva, y a partir de determinantes interpersonales como la edad o los estereotipos de género.

²⁵ Las guerras, el desplazamiento de la población, la ruptura de los sistemas nacionales de salud (Casey y Tshipamba, 2017) o las elecciones presidenciales pueden ser catalizadores para que las personas seleccionen un método anticonceptivo de acción prolongada que dure “más que una presidencia”, por miedo a las restricciones de los derechos reproductivos (Elliott, 2019).

apartado 2.2.1 y a partir de los relatos expuestos, hallamos que es el personal de ginecología (SEC, 2022) el principal protagonista en la promoción de MAH, donde la píldora parece ser la primera y única solución. No obstante, al margen de donde proceda la indicación, identificamos diversos **agentes que influyen en mayor o menor medida en la decisión final**: la familia, las amigas y la pareja.

La familia, o la figura de la madre en particular, adquiere una mayor relevancia entre las menores de 20 años (SEC, 2022). Para Manuela y Andrea, esta figura se constituye como el agente a quien obedecer o imitar: “es que ni siquiera nunca pensé en eso [...], es algo que hice por iniciativa de mis padres, como: tengo que hacerlo, es lo mejor y ya está” (Manuela, inicio del consumo 15 años) o “mi madre las ha tomado, si mi madre las ha tomado, ¿yo por qué no las voy a tomar?” (Andrea, inicio del consumo 18 años).

Las amigas también forman parte de esa trinidad de agentes que inciden en la normalización del consumo: “yo lo encontré como algo supernatural porque la gran mayoría de chicas de mi alrededor lo tomaban entonces no fue nada extraño” (Laia, inicio del consumo 17 años). Inclusive, en ocasiones, las propias entrevistadas, al inicio del consumo, es decir, previo a experimentar los efectos secundarios, forman parte de ese agente influyente en la toma de la decisión de algunas amigas:

“Jo és que a alguna amiga que tenia molt mal de regla, al principi, fins a saber que jo bla, bla, bla, jo li recomanava... [li deia] és que jo tenia regles molt doloroses i ara estic tan còmode amb anticonceptius. A més, a vegades jo tenia acne una mica a l'esquena i ara no en tinc res.” (Júlia, inicio del consumo 21 años)

Finalmente, a medida que la edad de inicio al consumo aumenta, el peso de la familia disminuye y entra en escena un nuevo actor: **la pareja**. Cala indica que es “una persona que se ha criado sin antibióticos” y que “nunca ha tomado pastillas”, por lo que a su madre no le agrada la idea de que inicie el consumo de MAH. Sin embargo, que su pareja (mujer) y su mejor amiga consuman la píldora en el momento de la prescripción contribuye en la normalización de la toma. Más aún, siguiendo con Cala, quien mantiene una relación lésbica, su pareja no solo influye en la normalización, sino que además actúa como una especie de “cómplice” en la propia toma: “la época en la que las dos nos la tomábamos era como muy

fácil, porque vale, una tú y una yo” (Cala). La incidencia de la figura de “la pareja” y su respectivo vínculo afectivo-sexual, también se establece como un actor o figura relevante entre las parejas heterosexuales/bisexuales, ya sea de una forma pasiva (Manuela, Sandra) o activa (Laia); cuestión que se aborda con más detalle en el apartado 4.2.4.

Una vez identificadas las principales razones para iniciar el consumo y los actores principales que pueden influir en la decisión final, en función de la edad y el contexto, se hace imprescindible recuperar el concepto de “habitus” o, de forma más precisa, la noción de “orientación” de Ahmed (2014). Bajo las frases de “todo el mundo las toma” (Andrea), “sí que és veritat que socialment semblava com: és el que toca, ya tengo edad para esto” (Júlia) o “todo el mundo me ha dicho que al final, si yo no me quiero quedar embarazada, pues me la tengo que tomar, lo estoy haciendo como toca hacerse” (Laia) observamos como existen **orientaciones predeterminadas y privilegiadas** en nuestra sociedad en el ámbito de la anticoncepción hormonal que son parte de nuestra herencia sociocultural y familiar que nos presiona, normalmente sin percibir dicha presión, a seguir un camino concreto (Suarez, Silvestre y Royo, 2019). En esta línea, varias de las entrevistadas realizan una lectura reflexiva y reconocen “**el deseo de consumir**” como un “deseo aprendido y reproducido”, como algo que ellas quieren porque tiene que ser así (Fierro, 2020), porque lo hace la madre, lo hacen las amigas y “es lo que toca”.

4.1.2. La elección del método hormonal: “este es el que mejor te irá”

Como vemos, son varios los agentes que influyen en la decisión de iniciar el consumo de MAH. Sin embargo, distinguimos que **el personal de ginecología** es quien, en última instancia, **indica el método que se utiliza** (SEC, 2022) en función, muchas veces, de lo que cree más conveniente (Fierro, 2020). Esto se ve reflejado en los itinerarios de las entrevistadas, en los cuales, independientemente del motivo de ingreso o el proceso fisiológico a “solucionar”, se les prescribe automáticamente la píldora; excepto a Manuela,

quien se encuentra en Colombia y se le receta la inyección²⁶. A raíz de este patrón, se hace necesario retomar el *Cuaderno Feminista* de Taboada (1978) a fin de analizar si las siguientes premisas son abordadas durante la prescripción: elaboración previa de una historia clínica, descarte de riesgos, opción de elección entre diferentes métodos, su funcionamiento y uso y posibles efectos secundarios.

Para la primera y segunda premisa, elaboración previa de la **historia clínica** y **descarte de riesgos**, la totalidad de las entrevistadas considera que no se les realizan pruebas, ni preguntas, para descartar riesgos, así como tampoco se recogen antecedentes familiares relevantes ni patológicos, ginecológicos u obstétricos. Únicamente, en algunos casos se pregunta por el consumo de tabaco, pero la percepción generalizada de las participantes es que no es algo diferencial o relevante a otras consultas médicas, pues tampoco se esclarece el motivo de la demanda, ni se explica la contraindicación: el consumo de tabaco combinado con la píldora aumenta de forma exponencial el riesgo de padecer problemas cardiovasculares. Tampoco se estudia la interacción con otros medicamentos. En el caso de Sandra, quien tiene dos períodos de consumo distintos (evitar un embarazo y tratar el abundante sangrado provocado por los miomas), se observa que: durante el primero, no se tiene en cuenta que la toma de la pastilla de la malaria le provoca vómitos que pueden disminuir la eficacia de la píldora al consumirse por vía oral; y, durante el segundo, no se valora el consumo de amchabifrin, un medicamento que está indicado para el tratamiento de sangrados excesivos, pero contraindicado para usuarias que toman la píldora al aumentar el riesgo de trombosis (CIMA, 2010).

En cuanto a las **opciones anticonceptivas**, cinco de las seis entrevistadas consideran que no se les nombra la totalidad de MAH disponibles ni las diferencias entre ellos. Manuela es la única que considera que sí le dan la opción de elegir entre diferentes métodos, pero recordemos que durante la prescripción tiene 15 años y le recomiendan activamente la inyección: “me dijeron, este es el que mejor te irá porque es tu primera vez planificando por

²⁶ A lo largo del artículo de Haakenstad et al. (2022) se evidencia que la disponibilidad y popularidad de los métodos anticonceptivos difieren de un país a otro, a causa -entre otros factores- de la información existente y la infraestructura de salud. Si comparamos España y Colombia se observa como el uso de la píldora representa el 32% y 10,3%, respectivamente, mientras que la inyección representa el 0,7% y el 18,6%, respectivamente.

tu edad” (Manuela). No obstante, igual que al resto, no se le explica el quid de la cuestión: ¿por qué a su edad es mejor la inyección que otro MAH?, ¿por qué se utiliza una marca de píldoras y no otra?, ¿por qué se decide tratar una amenorrea o un acné con la píldora y no derivándolas a otra especialista?, ¿por qué se tratan las patologías ginecológicas relacionadas con el exceso de estrógenos (como los miomas) con estrógenos y progestágenos y no con progesterona natural?, etcétera. Así, la prescripción automática de la píldora sin tener en cuenta el perfil clínico de la paciente y la existencia de otros tratamientos más adecuados, provoca consecuencias para las usuarias. Por ejemplo, Sandra relata que durante el segundo período de consumo casi acaba en urgencias del hospital debido a un excesivo sangrado. Con el tiempo, no obstante, una ginecóloga le explica que los miomas no deben tratarse con MAH con altos estrógenos:

“Me dijo, pero ¿cuál tomaste?, y le dije el nombre y me dijo: es que esta pastilla realmente no es para tu tema, o sea, esta es un anticonceptivo de los más usuales, pero en tu caso había que buscar un anticonceptivo muy bajo en estrógenos.” (Sandra, 48 años, inicio del consumo 40 años)

Respecto a la cuarta premisa, **funcionamiento y uso del método seleccionado**, se observa, por un lado, que el funcionamiento del método -impedir que los ovarios liberen óvulos, alterar el revestimiento del útero o espesar el moco del cuello uterino- no se explica a ninguna de las consumidoras. Por otro, que la forma de uso del método seleccionado es escasamente explicada: a Manuela (inicio del consumo 15 años, contraceptivo) solo se le indica cada cuánto debe ponerse la inyección y a Laia y Andrea, cómo deben actuar si se les olvida una toma, aunque reciben directrices contrarias:

“A mí solo me dicen que, si se me olvida, al día siguiente, en cuanto me acuerde, me la tome.” (Laia, 31 años, inicio del consumo 17 años)

“Me dieron un panfleto y un papel donde estaba todo explicado; si te dejabas la píldora, no tenías que tomar una dosis para compensar.” (Andrea, 32 años, inicio del consumo 18 años)

Por el contrario, tanto Sandra (48 años, miomas y contraceptivo) como Júlia (26 años, dolor y anemia) relatan que no reciben ninguna indicación previa y Cala (28 años, adenomiosis) considera que “no sabía todos los detalles”, pues se lo “explicaron todo muy por encima, igual que con los efectos secundarios”. Finalmente, a cerca de los **efectos secundarios** que comenta, de las seis entrevistadas únicamente Manuela (25 años, contraceptivo) y Andrea (32 años, amenorrea) consideran que sí se les explican los posibles efectos secundarios con

la toma de la inyección y la píldora, respectivamente. No obstante, cuando se indaga en qué efectos son descritos, se descubre que en ambos casos únicamente se mencionan efectos físicos, incluso estéticos, omitiendo los emocionales o sexuales: “granitos, engordar o enflaquecer y ya está” (Manuela).

Bajo este escenario, las entrevistadas consideran que en esta primera consulta no pudieron hacer la totalidad de preguntas que tenían por falta de tiempo o, en caso de sí poder hacerlo, tampoco disponían de la información o del conocimiento necesario para cuestionar la prescripción debido su baja edad: “no pude hacer las preguntas, seguramente no tenía casi preguntas, porque era pequeña” (Laia, inicio del consumo 17 años).

En suma, el proceso prescriptor descrito **evidencia la unilateralidad desde el personal de ginecología**, quien, de manera más bien mecánica, receta un fármaco sin generar ningún tipo de diálogo al respecto ni pronunciarse sobre otros temas relacionados con la sexualidad, la salud reproductiva, el placer, las infecciones de transmisión sexual (ITS) u otros cuidados; cumpliendo el rol de otorgar el dispositivo de consumo. Nos encontramos ante un sistema que no educa a las pacientes a decidir, sino que inculca unas pautas específicas anulando su rol como sujetos con capacidad de interpelar o participar en las decisiones respecto a su propio cuerpo (Fierro, 2022) y que deja en sus manos un dispositivo que cristaliza el “tecnobio-poder” (Preciado, 2008) sobre él. De esta forma, se repite un canon de atención donde las usuarias son posicionadas como consumidoras de hormonas, dóciles en su aceptación (Preciado, 2008), es decir, pacientes pasivas y obedientes a las órdenes del estamento médico, por medio de la (bio)medicalización de sus cuerpos, sus vidas y su disciplinamiento (Fierro, 2020). Esta (bio)medicalización (Foucault, 1977) temprana y duradera **es parte de una socialización de género** que se consagra en el rito de acudir a ginecología, “aceptar el consumo de las hormonas y reproducir su ingesta como un ritual cotidiano, que constituye la rutina femenina por excelencia, la que puede durar años” (p. 46). Ahora serán las propias consumidoras quiénes regularán su administración permitiendo que la tecnología hormonal funcione en su cuerpo de forma rutinaria “siempre cada quince de mes” (Manuela, inyección), “cada mañana” (Andrea, píldora) o “a las diez de la noche” (Laia, píldora);

convirtiéndose en “sujetos farmacopornográficos” (Preciado, 2008) habitados por técnicas internas de control de la sexualidad, esto son los anticonceptivos hormonales.

4.2. El cuerpo durante la toma: hegemonía del cuerpo en regla

Este segundo capítulo explora los diferentes motivos que llevan a las mujeres entrevistadas a abandonar (o no) los MAH. Con este fin, se sigue la clasificación propuesta por Vidal (2019) y se divide este acápite en los cuatro ejes de controversia abordados en el apartado 2.2.2.

4.2.1. Métodos seguros, pero no tanto: “¿soy así?, ¿seré así para siempre?”

Posterior a la conversación en torno a cómo se inicia el consumo de MAH, los relatos de las entrevistadas giran alrededor de los diferentes síntomas que experimentan sus cuerpos durante la ingesta de hormonas. En su totalidad, informan que son estos **efectos secundarios uno de los principales motivos para abandonar el consumo o para sustituirlo por otro MAH**²⁷. Los efectos adversos, siguiendo a Le Guen et al. (2021), no se limitan a la descripción de los efectos físicos, sino también a los de orden psicológico o emocional y a los que impactan negativamente en la sexualidad. Así, en primer lugar, recogeremos los efectos adversos descritos y a continuación destacaremos algunos relatos para cada categoría, con el fin de mostrar posteriormente el impacto que tienen en la autopercepción corporal, emocional y sexual.

De acuerdo con Valls (2009), los efectos “no son diferentes según el tipo de anticonceptivo usado” (p. 29). Así, para el primer grupo, **efectos secundarios físicos**, se recogen los siguientes: acné (Júlia), dolores de cabeza, mareos y falta de sueño (Andrea), dolor en las mamas e hinchazón del bajo vientre (Cala), retención de líquidos, aumento del sangrado

²⁷ Júlia es la única de las entrevistadas que sigue haciendo uso de un MAH (el DIU), a fin de evitar el dolor y la anemia. No obstante, previo a la colocación del DIU, ha abandonado el uso de la píldora y el aro motivada por los efectos secundarios.

(Sandra), aumento de peso (Laia y Cala), cansancio (Manuela y Sandra) y cambio del color y disminución del “sangrado menstrual” (Manuela).

De forma más detallada, Júlia, con la primera marca de píldora que toma, describe un acné horrible que le produce mucho dolor físico y Andrea destaca unos fuertes dolores de cabeza e incluso mareos; ambas cambian la marca de la píldora. Por su parte, Cala explica que la toma de tres pastillas diferentes le ha “deformado” el cuerpo, situando “dolor de pecho” con las primeras, hinchazón de “toda la parte del bajo vientre” con las segundas y ensanchamiento de caderas con las terceras: “he subido como dos tallas”. El aumento de peso también es experimentado por Laia durante sus dos periodos de consumo, a los 17 y a los 23 años, respectivamente, consumiendo tres tipos de píldora:

“La primera vez, claro, de repente engordar 10 kilos cuando tienes 17 años y todas tus amigas todavía no han hecho el cambio de cuerpo, pues fue una puta mierda, porque ya de por sí eres la amiga gorda, pues ahora eres la amiga muy gorda. Era terrible. Y la segunda no [engordé] diez quilos, pero la mitad sí.” (Laia, 31 años)

Retomando el relato de Cala, la hinchazón descrita se asemeja a la retención de líquidos que describe Sandra en su primer período de consumo tomando la píldora: “me sentía hinchada, no hinchada de gorda, sino con barriga, con tobillos hinchados... O sea, como si tuviera retención de líquidos” (Sandra, 48 años). Continuando con Sandra, también se describe una sensación constante de cansancio físico en ambos períodos, tanto tomando la píldora como el aro. Esto es compartido con Manuela, quien hace uso de la inyección, aunque su principal motivo de abandono es que en los dos años previos empieza a experimentar una progresiva ausencia de menstruación y un cambio en el color de esta²⁸.

En cuanto a la categoría **alteración o trastornos de la salud mental**, cinco de las seis entrevistadas informa padecerlos y encontramos: ansiedad, desarrollo del Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno límite de la personalidad (TLP), mala gestión de la ira, autolesión (todas las anteriores Júlia), tristeza profunda, inestabilidad emocional o estado depresivo (Júlia, Andrea, Cala y Laia), apatía (Sandra).

²⁸ La disminución del sangrado se explora con más detalle en el siguiente apartado.

Empezando por Júlia, toma cuatro tipos de MAH a lo largo del mismo período. Según describe, la segunda marca de pastillas provoca síntomas de ansiedad, TOC, TLP, depresión, autolesión y mala gestión de la ira, que son diagnosticados por tres especialistas en psicología diferentes. Tres años después, empieza a utilizar el aro y aunque los efectos secundarios mejoran ligeramente, cuando empalma dos seguidos sigue sintiendo una tristeza profunda y sin explicación. Para Júlia, el consumo de MAH realmente no pone nada nuevo en su cuerpo que no existiera, pues considera que tiene un perfil con “tendència obsessiva i una mica ansiosa, en alguna part”. No obstante, su toma los disparó por completo:

“Vaig passar de tenir pors moderades a tenir pors superirracional, obsessives. Vaig passar a tenir reaccions molt dolentes quan jo estava frustrada. Vaig tenir problemes de gestió de la ira durant un temps. Després hi havia dos mesos que tenia una autoestima superbaixa i no em volia vestir, no em volia res, després, durant dos mesos, petites frustracions... I en cert moment vaig arribar a autolesionarme. Sentia tant dolor emocional i també dolor dels altres.” (Júlia, 26 años)

La tristeza profunda, la inestabilidad emocional y llorar “todo el día, sin motivo aparente” (Laia, 31 años), es descrito por Cala, Laia, Andrea y Júlia bajo el consumo de la píldora y el aro: “casi como un estado depresivo” (Andrea, 32 años). Otro efecto adverso descrito por Sandra durante la toma de dos píldoras diferentes y el aro es la apatía: “me sentía siempre exactamente igual de plana [...] no sentía emociones. Era como que todo tenía un grado como muy acotado y no había para arriba ni para abajo” (Sandra, 48 años). La totalidad de las consecuencias descritas sobre su salud mental y su bienestar psicológico generan la sensación de que “t’estàs tornant boja” (Júlia, 26 años).

Para la última, **impacto negativo en la sexualidad**, se describe: candidiasis (Júlia) o picor en la zona vaginal y vulvar (Sandra), falta de libido o bajo deseo sexual (Júlia, Cala, Manuela, Sandra) y falta de lubricación (Sandra).

En detalle, de las seis entrevistadas, cuatro confirman que el uso de MAH afecta negativamente a su deseo sexual, expresado en términos de disminución o falta de libido. Manuela, quien se inyecta el anticonceptivo durante nueve años seguidos describe lo siguiente: “en cuanto a esto de quedar en embarazo, me sentía plenamente segura, porque sentía que cada vez me volvía más fría de tanto tomar... Cada vez peor, peor...” (Manuela, 25 años). Esta falta de libido puede ir acompañada de sequedad vaginal o falta de lubricación

y picores, como en el caso de Sandra. Esta describe que, en sus dos períodos, tanto con las píldoras como con el aro, experimenta esta disminución y sequedad, aunque solo con el aro experimenta el picor insoportable: “no tenía deseo sexual, no me apetecía, no me fluía... El picor insoportable y el tema de la lubricación como que tampoco ayudaba... Había una parte mía que estaba como muerta, como si me hubiesen quitado esa parte” (Sandra, 48 años). Júlia también reporta falta de libido y micosis recurrentes con la toma de pastillas y aro, aspectos que impactan directamente en su sexualidad:

“De falta de libido, tampoc ni hablamos, eh? No sé, molt dur [...] És que abans de prendre anticonceptius jo em masturbava, vale? Y bien! I amb els anticonceptius és que... Zero! Vaig estar un any i mig llarg amb medicació oral per la candidiasi, perquè tenia cada mes.” (Júlia, 26 años)

A lo largo de los diferentes relatos se identifican “otros efectos” derivados de una mala praxis como una mala colocación y curación del DIU sin una previa ecografía a Júlia, para comprobar la forma peculiar que tiene su útero, obligándole a colocárselo de nuevo.

Una vez presentados los efectos secundarios presentes en sus relatos, cabe dar cuenta de cómo estas tres categorías -efectos secundarios físicos, alteración de la salud mental e impacto negativo en la salud sexual-, aunque puedan clasificarse médicamente como “leves”, **reducen en gran medida la calidad de vida de las usuarias** (Debusquat, 2017). Para ello, y siguiendo el mismo orden, se dividirán de nuevo las tres categorías en función de la autopercepción corporal, emocional y sexual.

Para la primera categoría, **efectos secundarios físicos**, se identifica que únicamente los que interfieren directamente en la forma del cuerpo y/o el peso son lo que afectan a la autopercepción corporal. Esto implica el surgimiento de una insatisfacción corporal generalizada entre los cuerpos femeninos, la cual se debe entender como subjetiva y socialmente determinada en el marco de una cultura particular que se fundamenta “en una serie de estereotipos e ideales con respecto al cuerpo femenino y lo que implica ser mujer (feminidad) en nuestros días” (Cuevas, 2009, p. 87). Por consiguiente, estos cambios físicos también pueden provocar **afectaciones en la salud mental** y, por ende, en la **autopercepción emocional y sexual**, en la propia agencia. Tal y como relata Laia: “para mí bajar de peso es una fantasía. Si bajo de peso la gente me va a querer, voy a poder ir a todos los sitios que

quiero ir, vestir diferente... Ser delgada es sinónimo de ser feliz, para mí bajar de peso ha sido éxito siempre” (Laia, 31 años).

Esta afectación en la propia autopercepción corporal también puede generar un “conflicto interno”, una “confrontación”, a aquellas personas que se catalogan afines al movimiento contra la gordofobia. Esto se capta en el discurso de Cala quien, como se ha descrito, ve su cuerpo modificado por las pastillas:

“Yo como luchando contra la gordofobia siempre, desde mi cuerpo normativo y de repente, cuando me he sentido con un cuerpo diferente, no me sentía a gusto... Ha sido como tal crisis de decir: pero Cala si estás luchando contra esto, contra la gordofobia y todo el rollo ¿por qué te estás sintiendo mal?” (Cala, 28 años)

Así, reflexiona alrededor de la siguiente idea: ¿no estoy a gusto porque no es mi cuerpo o porque no estoy encajando en los cánones de belleza?

“No quiero ser la persona que no está a gusto porque no encaja en los cánones de belleza [...] No te engañaré que es como que tengo este deseo de volver a mi cuerpo original, ¿sabes? Que también es como esta reflexión de decir, pues es que a lo mejor este es mi cuerpo de ahora y ya se queda así, ¿no? Pero bueno, como que tengo ese anhelo de decir, pues a lo mejor si las dejo... Vuelvo a tener como el cuerpo de antes.” (Cala, 28 años)

El deseo de abandonar los MAH con el objetivo de volver a ese “cuerpo anterior” o “cuerpo original” es cuestionado por autoras como Littlejohn (2013) al asegurar que el énfasis de género en la apariencia moldea las percepciones sobre la gravedad de los efectos secundarios de los MAH. No obstante, esta reflexión, no solo individualiza el problema y culpabiliza a las consumidoras de elegir entre asumir los cambios físicos o quedar embarazadas (Alpe, 2019), sino que cae en el error de negar el efecto secundario experimentado y sus posibles consecuencias en la autopercepción, autoestima o agencia al no tener en cuenta la gordofobia como un sistema estructural y sistémico de opresión (Piñeyro, 2019).

Dando inicio a la segunda categoría, **alteración o trastornos de la salud mental**, se muestra que estos repercuten directamente en la **autopercepción emocional**. Ahora, las usuarias se perciben como “locas” y se ven obligadas a “disfrazarse de personas funcionales” (Júlia, 26 años) para seguir viviendo. En efecto, las alteraciones provocadas por los MAH tienen implicaciones directas en sus vidas: dejan de hacer deporte, no quedan tanto con sus amigas, se vuelven menos sociales, entre otras. Asimismo, los efectos secundarios también **pueden**

afectar a la autopercepción corporal, aun cuando no existe un aumento de peso real. Andrea, por ejemplo, a raíz de sentirse “incómoda y triste” durante los últimos años de consumo, vuelve a “flirtear” con el TCA después de años:

“Cuanto más triste estaba o más días malos tenía más fácil me era irme al: ya está, es mi cuerpo, el problema es mi cuerpo [...] me he engordado, los pantalones, no voy a comer, no voy a cenar, era automático.” (Andrea, 32 años)

Para la última categoría, consecuencias en la autopercepción derivadas del **impacto negativo en la sexualidad**, se observa que, aunque puede ser uno de los motivos para tomar la decisión de abandonar el consumo, nunca es la principal razón. **El placer sexual y el disfrute pasan a un segundo plano en el total de itinerarios** afectados debido a que existen “otras cosas en juego” (Júlia, 26 años). Así, aunque Manuela describe que en ocasiones se siente mal y ve afectada su autoestima, “esto es lo normal” y, por tanto, los cambios sexuales no le afectan a su autopercepción, pues “los controla” y siempre “volvía a mí” (Manuela, 25 años). Júlia es la única que indica que la falta de libido le coincide con su primera pareja sexual y esto le afecta a su **autopercepción sexual**: “¿soy así?, ¿seré así para siempre?” (Júlia, 26 años). A pesar de ello, Júlia consigue disfrutar “de otra manera”. Estas “otras formas de gozar” se dan desde una sexualidad no falocéntrica, coitocentrada, genitalizada, ni heterosexual.

En el caso de Sandra, aunque los efectos secundarios no afectan a su autopercepción, sí que afectan a nivel de pareja: “ocasionó alguna discusión con mi pareja, porque era en plan: tía, ¿qué te pasa?, ¿ya no te gusto? [y yo le decía:] no, no tiene que ver contigo en absoluto, es algo realmente físico, te lo juro” (Sandra, 48 años). Esta experiencia que Sandra comparte con su pareja durante el primer período de consumo se debe, según describe, a la “baja sensibilidad” que él tenía. De hecho, en su segundo período, mantiene una relación sexoafectiva con otra persona, la cual describe como “infinitamente más tranquila”, aspecto que le permite “llevar mejor” el impacto negativo en la sexualidad. Por consiguiente, **la pareja u otros actores, así como el contexto o el momento vital de la persona pueden agravar o “aliviar” los efectos secundarios producidos por los MAH.**

En suma, los efectos secundarios producidos y su posterior afectación (o no) en la autopercepción no pasan desapercibidos para ninguna de las entrevistadas. Este malestar se

atribuye directamente al fármaco, por lo que se genera esta impresión de rechazo que viene desde el plano corporal, “tornándose en una posterior reflexión que igualmente será corporalizada” (Fierro, 2020, p. 58). Es decir, el cuerpo comunica mediante malestares y las señales se traducen en que hay que cesar el consumo de MAH; primando la sensación corporal. Mediante la ingesta, colocación o inyección de las hormonas **se construye un sujeto que es identificado como diferente, distinta a la de antes**. Ellas mismas se posicionan como “otras”, con una forma distinta de habitar el mundo, e incluso a veces con otras pautas para relacionarse con los otros/as sujetos/as:

“Realmente tenía la sensación de que hay algo externo que me está haciendo ser como no soy. Mi persona, mi cuerpo, de forma natural funciona de una manera y esta manera está siendo totalmente cambiada. No soy yo.” (Sandra, 48 años)

“No me notaba yo misma era como muy raro. No me relacionaba igual con mi cuerpo. En ese momento tenía la pareja que tengo ahora y también me costaba relacionarme con él... Todo el rato tenía una sensación como de desconexión con mi cuerpo y con mi ser, mi identidad, ¿no?” (Andrea, 32 años)

A veces, cuando el consumo es iniciado a edades tempranas y durante períodos largos es incluso difícil identificar cómo “es una misma” y cómo es “esa otra”, entrando en una espiral de incertidumbre y pánico que puede dificultar el abandono del MAH por falta de información y acompañamiento médico. Andrea relata:

“Pensaba que si dejaba la píldora me iba a convertir en un monstruo. Tenía mucho miedo de encontrar una versión de mí que ya no era yo, porque claro, después de 10 años tomándola pensaba, ya está, yo esta persona que he sido no soy yo realmente. Ahora va a salir de aquí un bicho que emocionalmente será superexplosiva. Me va a dejar mi pareja, nadie me va a reconocer, ni yo misma. Era un proceso que me daba mucho miedo a nivel emocional y a nivel físico, porque claro, viniendo de un TCA pensaba, ya está ahora te vas a engordar, te van a salir granos, te va a salir pelo, se te va a caer el pelo, va a ser horrible.” (Andrea, 32 años)

4.2.2. La regularidad cíclica como mandato: “no era mujer porque no tenía la regla”

La **preocupación por la menstruación** es mencionada como motivo de ingreso, pero también como una de las **razones principales para rechazar el método**, y corresponde al segundo eje de controversia: los fines no contraceptivos. En esta sección se presentan los nodos en los que el tema de la anticoncepción hormonal entra en contacto con las inquietudes por la menstruación y las cuestiones estrechamente vinculadas como el sangrado por privación y la (ir)regularidad.

Los MAH “juegan un rol funcional al papel tradicionalmente ambivalente que se le ha atribuido a la menstruación” (Alpe, 2021, p. 22): por un lado, asignan a la mujer su razón de ser, en la esencia de su potencial de gestación, y, por otro lado, convierten ese mismo cuerpo menstrual en algo abyecto, escatológico, inclusive a-menstrual (Tarzibachi, 2017), pues “solo cuando es susceptible de engendrar, la mujer se hace impura” (Beauvoir, 2016, p. 148). De esta forma, se hace necesario indagar en la dinámica contraceptiva y los usos del tratamiento hormonal no solo para evitar embarazos, sino también para “regularizar los ciclos”, ocultar los síntomas de diversas afecciones o modificar el aspecto físico, entre otras finalidades. Esto permite estudiar el dispositivo farmacológico en otra ambivalencia: “como aquello que garantiza una “regularidad perfecta” del sangrado, pero desde su disminución casi absoluta, y minimizando las molestias típicas de la menstruación”, es decir, “la fertilidad asegurada - aunque contenida- que debe caracterizar a la mujer sana, pero sin que se note” (Alpe, 2021, p. 22).

Siguiendo a Alpe (2021), se hace necesario comenzar por mencionar “la enorme incidencia que la menstruación como hito -más que como proceso fisiológico- tiene en la “trayectoria (no) reproductiva” de una persona y, por ende, en su recorrido ginecológico y anticonceptivo” (p. 24). En primer lugar, a partir de indagar en los itinerarios hormonales, se evidencia que, **el ciclo menstrual es asociado directamente a la posibilidad de quedar en estado de embarazo**. Esto se observa en el itinerario de Júlia, quien relata que, a los 12 años, a raíz de tener “sus primeras reglas”, su ginecóloga le facilita unas pastillas que no son anticonceptivas, pero tienen la función reguladora: “ella insistía que yo ya no podía quedar embarazada a los 12 años!” (Júlia, 26 años). La menstruación, por tanto, es conceptualizada, principalmente, como un proceso cuya utilidad y finalidad es la reproducción, de ahí que también se conozca como “ciclo reproductivo” (Blázquez y Bolaños, 2017, p. 259). Esta, sigue presentándose como el proceso que permite ser madre “como si la fecundidad o la maternidad dependieran principalmente de este proceso biológico” (p. 260) o como si no existieran personas con menstruación que no quieran o no lleguen a ser madres. En este aspecto, Andrea y Laia relatan que cuando informaron en la consulta ginecológica que estaban pensando en abandonar la píldora les dijeron: “¿las vas a dejar?, ¿quieres ser madre?” (Andrea, 32 años) o “yo comuniqué: no quiero ser madre. Y fue

como: ya te vendrán ganas cuando seas mayor. Siempre, cualquier ginecólogo y yo he ido a muchos” (Laia, 31 años). Esta relación esencialista entre menstruación y embarazo inclusive puede influir en no abandonar el MAH, como en el caso de Júlia:

“Vaig pensar com de cara a la família... Si saben que he deixat els anticonceptius es fa com raro. No sé, com que sembla que a mesura que et fas gran els anticonceptius han de ser part de la teva vida, com que s'associa, sobretot, a partir dels 24, 25, fins als 30, fins que vols tenir un fill; s'associa, o jo tinc al cap, que les dones han de portar anticonceptius i llavors se'l treuen per tenir un fill i punto.” (Júlia, 26 años)

Dicha idea o asociación nos remite a un segundo lugar: **asumir que se mantienen o mantendrán relaciones heterosexuales coitales**, más allá de la orientación sexual o de su interés o no en mantener dichas relaciones (Alpe, 2021). Por ejemplo, Laia que en el momento de la prescripción tiene vaginismo y es bisexual relata lo siguiente:

“Yo en ningún momento pensaba en el método anticonceptivo, yo no tenía penetración en el sexo e incluso las veces que queríamos tenerla o intentarlo, se utilizaba condón. Aun así, él [el ginecólogo] también me estaba hablando del método anticonceptivo, aunque yo no fuera por eso [...] Además, siempre que me han preguntado si tengo pareja estable han dado a entender que era heterosexual.” (Laia, 31 años)

Bajo esta idea, **el consumo de MAH conlleva una pauta de comportamiento en el cómo vivir los vínculos sexoafectivos y la sexualidad** (Fierro, 2020); expresando el mandato de que estos vínculos se den dentro de los términos de la heterosexualidad obligatoria (Preciado, 2000; Butler, 2002).

El uso de MAH como tratamientos médicos, independientemente de si se mantienen relaciones sexuales coitales que hagan posible un embarazo, “permite abordar un enclave fundamental para pensar el nexo menstruación-anticoncepción hormonal” (Alpe, 2021, p. 26): el tema de la **regularidad cíclica**. Para procurar perfilar el “deber ser” de la regularidad, es necesario partir de lo que significa la menstruación y de cómo hace género. En este sentido, Tarzibachi (2017) ante la cuestión “¿qué es una mujer?”, explica que socialmente la mayoría de las personas encuentran la respuesta encarnada en el cuerpo, en una serie de signos “naturales” del cuerpo femenino, que no solo lo diferencian del masculino, y, por tanto, de los hombres -vagina, senos, sangre menstrual, capacidad de engendrar-, sino que en el caso de la mujer puede producirle la sensación de pertenencia a un grupo, entrar en serie con unos cuerpos sexuados. A este respecto, menstruar por primera vez, “hacerte mujer” (Laia),

constituye “un acto de habla que crea una realidad al enunciarse; en este caso, tiene una potencia de marcación de género semejante a cuando se le asigna un sexo al bebé al momento de nacer” (p. 12). Esta asignación marca firmemente una senda social de existencia sexo-genérica dentro de un binarismo sexual arbitrario (Fausto-Sterling, 2000).

Esta construcción es tan intensa que hay mujeres que por no tener el organismo de las “bio-mujeres” -como las mujeres trans*-, y/o por no poder menstruar o engendrar sienten -y la sociedad se lo reafirma- que no pueden ser “verdaderas” mujeres. En esta línea, el siguiente relato de Andrea es muy significativo, pues ingresa en el consumo de MAH para tratar la ausencia de menstruación:

“Antes de regularla, sí que tenía la sensación de que no era mujer, porque no tenía la regla. Lo recuerdo como algo muy claro de ser mujer implica tener la menstruación; si no la tengo, no me siento mujer” (Andrea, edad de ingreso 18 años).

Siguiendo este razonamiento, **menstruar hace género**, pero recalquemos, “menstruar correctamente” (Alpe, 2021, p. 26). En otras palabras, no únicamente los cuerpos femeninos que no menstrúan en absoluto suponen una desviación, sino también aquellos que no siguen pautas “mensuales” y lo hacen de forma irregular o con ciclos dispares. Esto nos lleva a la idea que tiene Laia sobre la “regularidad”, quien afirma que después de dejar la píldora se le ha “desregularizado” la menstruación: “en vez de cada 28 días, [la tengo] cada 30 o cada 32”. Esto evidencia cómo la arbitraria estandarización (Oudshoorn, 1994) crea unas ideas sociales de lo que significa tener una “regla regular” y puede suponer un incentivo para permanecer en el tratamiento.

El carácter global del empleo de MAH para dichos efectos reguladores se materializa en el hecho de que tampoco se conciben de entrada otras opciones de tratamientos -ni siquiera para afecciones puntuales como el acné-, inclusive en mujeres que no mantienen relaciones heterosexuales. De esta manera, “la orientación sexual se minimiza frente a la promesa de regularidad” (Alpe, 2021, p. 27) que los MAH ofrecen y donde dicha “regularidad” es algo “compartido, naturalizado y, por supuesto, no unidireccional” (p. 27).

Llegados a este punto, se hace necesario detenernos ante otra cuestión o preocupación que emana de los itinerarios: el sangrado por deprivación, la **“tecno-regla”** (Preciado, 2008). Dicho sangrado, se confunde, frecuentemente, con la menstruación:

“Yo pensaba que el placebo [de las pastillas] lo que hacía era activar tu sistema para que tuvieras la regla en ese momento y te la provocaba. O sea, mi idea es que te la provoca porque, claro, la tienes tan irregular que por eso se dice que te la regula, porque te la provocan una vez cada mes” (Andrea, edad de ingreso 18 años).

Esta “confusión” no ocurre desde la ignorancia -puesto que las profesionales de la salud o el personal de ginecología conocen el tema-, sino a través de la omisión de explicitar la diferencia entre el sangrado menstrual y por deprivación que, como consecuencia, refuerza la (falsa) afirmación de que los MAH regularizan la menstruación:

“Da como la sensación de que si no te lo cuentan es como si no lo supieran, ¿no?, ¡y lo saben! Pero es como fuerte, porque tú no puedes... O sea, ¿por qué ocultas esa información?, ¿por qué no le das importancia? Yo he tenido tanto ginecólogos hombres como mujeres y a mí nadie me ha dicho eso, solo para regular.” (Laia, 31 años)

Del total de las entrevistadas únicamente a Júlia se le informa que “no tendría la regla, que tendría un sagnat, però que no sería la regla”, aunque no se le comunica que no ovulará. Más aún, Manuela y Cala descubren esta información sobre el sangrado y la ovulación durante el transcurso de la misma entrevista. Sandra, la más mayor de las entrevistadas, es la única que, aunque tampoco se le informa en la consulta, es conocedora de esta información en el momento del ingreso. En consecuencia, aunque para Sandra la menstruación tiene un gran peso en su vida, pues le gusta conocer y sentir el ciclo y lo aprovecha a su favor, si durante sus dos períodos de consumo no hubiese sangrado “artificialmente” le hubiera dado igual al considerar que su ciclo “ya estaba roto”. No obstante, para el resto de las usuarias, excepto Cala que prefiere no sangrar, el hecho de descubrir que debido al consumo de MAH no están ovulando ni menstruando da lugar a una toma de conciencia e incluso enfado o “choque” cuando se enteran.

Otra cuestión por mencionar es que algunos MAH son presentados como **supresores del sangrado** (Alpe, 2021). De las seis entrevistadas, Cala es la única que cataloga la ausencia y la reducción de la frecuencia de la menstruación como un “beneficio” y no como un motivo

de rechazo y afirma: “en todo este año a lo mejor he tenido la menstruación unas cuatro veces y es verdad que a mí esto me ha aliviado [...], como si de repente no existiera mi menstruación y eso no me ha desagradado” (Cala, 28 años).

Para Preciado (2008), mientras que en los años cincuenta, la idea de que una mujer debe menstruar todos los meses era demasiado fuerte, pues emergía lentamente de un dispositivo sexo-político disciplinario que consideraba este hecho incompatible con la metafísica de género que establecía una ecuación entre feminidad y maternidad. En la actualidad, en plena expansión de un modelo sexo-político farmacopornográfico una multitud de consumidores tendrá “acceso a la producción molecular de su género y su sexualidad según fluctuaciones del mercado farmacológico” (p. 144). Así, los nuevos MAH anuncian “un nuevo tipo de feminidad *high-tech*: **la tecno-barbie**, eternamente joven y supersexualizada, casi totalmente infértil y sin reglas” (p. 144).

En resumen, mientras Cala prefiere optar por la supresión o disminución de sus ciclos menstruales, el resto de entrevistadas sienten que **la ausencia de la menstruación desafía sus nociones de cuerpos “naturales y sanos”** (Higgins y Smith, 2016) y sirve como “indicador de que no estás preñada” (Júlia). Algunos ejemplos de estas posturas son expresados por Manuela y Júlia:

“Cuando la menstruación ya no me llegaba prácticamente, sentía que no era el proceso normal del cuerpo, entonces me sentía muy mal por eso, porque sentía que estaba frenando a mi cuerpo a no hacer algo que es normal de él.” (Manuela, 25 años)

“La tranquil·litat de saber que el meu cos és com ha de ser una mica més, que són les meves regles, que estic ovulant, que tinc una funció hormonal relativament quasi normal. No sé, em descansa, m'aporta tranquil·litat saber que està fluïnt com ha de fluir.” (Júlia, 26 años)

En suma, si los MAH, como dispositivo tecnológico, pueden problematizarse en tanto *script* o guion de género cuyo “ciclo” ha sido y puede ser manipulado artificialmente “sin complicaciones”, entonces **la “regularidad” puede ser leída también como un mandato**: ya ni siquiera depende de la idea de naturaleza del propio cuerpo femenino, sino que cada persona acepte o no el consumo regular de un tratamiento hormonal. En otras palabras, “quien no es regular es porque no quiere” (Alpe, 2021, p. 29).

4.2.3. Las estructuras de poder en consulta: relatos deslegitimados

Los servicios de salud reproductiva constituyen espacios privilegiados para analizar las relaciones de género y poder prevaletentes en el campo de la salud (Castro y Erviti, 2015). En primer lugar, porque la contracepción es esencialmente médica y esto supone una relación muy particular entre las mujeres y las profesionales de la salud (Toulemon y Leridon, 1991). En segundo, porque las participantes no encuentran el alivio o el apoyo esperado desde ginecología, lo que provoca una insatisfacción generalizada, así como, tensiones importantes (Cuevas, 2014b). En este sentido, se hace necesario explorar las visitas que realizan las usuarias durante la toma del MAH.

Por un lado, es importante destacar que, de las seis entrevistadas, únicamente Manuela detalla tener **seguimiento médico** específico en Colombia. De forma semestral, Manuela aprovechaba que debía reclamar “la orden” de la inyección (la receta), para revisiones ginecológicas. Para el resto, no obstante, el seguimiento no es para “trabajar sobre las dudas que hayan podido surgir, ayudar con cualquier problema y verificar el uso correcto del método” (Ministerio de Salud de la Nación, 2014, p. 99), sino para controlar la afección ginecológica que padecen, como en el caso de Cala (adenomiosis) o Laia (miomas):

“A mí me quitaron la trompa y el ovario izquierdo con 10 años [...] Entonces me hacen un seguimiento anual para ver si el ovario derecho tiene quistes y para ver cómo está mi útero, porque lo tengo repleto de miomas [...] Pero no por un seguimiento anticonceptivo, nunca, simplemente me han preguntado: ¿se te ha regulado bien?, ¿sigues tomándolo? Ya está. La segunda vez ni siquiera.” (Laia, 31 años)

Por otro lado, la mayoría de los relatos evidencia como las usuarias buscan ayuda en el personal de ginecología; sin embargo, no solo se encuentran con el **cuestionamiento y la deslegitimación de los efectos adversos**, sino que además la única solución que reciben, en el mejor de los casos, es un nuevo MAH, pero esta vez, “con un porcentaje menor de hormonas”²⁹. Por ejemplo, cuando Andrea se queja de los fuertes dolores de cabeza provocados por la píldora su ginecóloga rápidamente le receta otra marca de pastillas “más flojas”. Sin embargo, cuando al cabo de unos años informa que siente una gran incomodidad

²⁹ El Ministerio de Sanidad (2024), recoge que el tratamiento debe iniciarse con los preparados de dosis hormonal más baja.

corporal y que le preocupa llevar más de diez años tomándolas, la ginecóloga se muestra incrédula:

“Recuerdo haber ido a la consulta y comentarlo: creo que llevo mucho tiempo tomándola y me está sentando mal. Y la respuesta de la señora ginecóloga fue: ¿por qué lo dices?, ¿de dónde sacas esas conclusiones? [...] De hecho, yo le pregunté: de los dos DIU yo me quiero poner el que no es hormonal. Y ella lo cuestionó: ¿pero por qué? Si el hormonal es mucho mejor.” (Andrea, 32 años)

Como se observa, la ginecóloga de Andrea **insiste en la toma de la píldora o, en su detrimento, de un MAH hormonal**. Siguiendo esta lógica, Cala comparte con su ginecóloga que no se siente a gusto con su cuerpo debido a las modificaciones físicas que le causan las píldoras y, aunque esta se las cambia, no duda en cuestionarla:

“Al principio incluso me preguntó: ¿no será que a lo mejor has dejado de ir al gimnasio?, ¿no has cambiado tus rutinas? Y le dije: no, sigo haciendo exactamente lo mismo... O sea, ¡encima culpándome! [...] así que me cambió la marca a unas con menos hormonas.” (Cala, 28 años)

Ante la prescripción casi automática de otra marca de píldoras, Cala le pregunta a su ginecóloga por el DIU hormonal, pero esta se niega a colocárselo: “le pregunté por el DIU y su respuesta fue como de burla: si te mareas haciéndote una exploración yo no te voy a colocar un DIU, palabras textuales de mi ginecóloga. Me sentí como muy desatendida”. Ante esta negativa Cala le informa del cese del consumo, pero su ginecóloga persiste y le genera una nueva receta haciendo caso omiso a su decisión, minimizando su agencia:

“Cuando ya le dije, mira, no quiero tomarme más pastillas, ni estas, ni la otra, ya está, ya basta, y me dijo: vale, pero bueno, yo te voy a recetar otro tipo de pastillas, por si te lo piensas... Como obligándome a decir: te vas a arrepentir.” (Cala)

El hecho de no respetar la elección del método anticonceptivo, sumado a la negación de su aplicación constituye una **vulneración de los derechos sexuales y reproductivos** de Andrea y Cala. Así, emerge un **mecanismo de control** por parte del personal de ginecología desde una posición de autoridad que no admite cuestionamientos y que adopta una actitud que minimiza, ridiculiza o ignora la información que las consumidoras presentan. Siguiendo esta lógica, **el personal de ginecología no vincula explícitamente los efectos secundarios descritos con la toma del MAH** en ninguno de los itinerarios.

Por tanto, en el mejor de los casos, son las propias entrevistadas quienes logran ser conscientes de algunos de los efectos secundarios y los relacionan claramente con el consumo del fármaco. No obstante, en el peor supuesto, las entrevistadas no relacionan o se demoran en relacionar el consumo con el efecto secundario en cuestión. Esto último le sucede a Júlia, quien durante cuatro años sufre candidiasis sin ser conocedora que ello es un posible efecto adverso de la píldora y el aro. A lo largo de este período, su ginecólogo ignora la vinculación entre la candidiasis y el MAH, la culpabiliza y le hace sentir responsable de la persistencia de la afección. Además, se minimizan las molestias de Júlia bajo frases como “bueno, no montis un numeret, que no és per tant, que és molest, però no cal que ploris”, varios gritos, reprimendas y humillaciones. Además, ante la propuesta de la paciente sobre utilizar la copa menstrual para reducir las infecciones, la contestación por parte del doctor es: “¿tú quieres perder la virginidad con una copa menstrual?”. Este relato no solo nos muestra parte de la **violencia y el mal trato** recibido en consulta por parte de algunas entrevistadas, sino que evidencia que el hecho de **no vincular la relación entre efectos secundarios y MAH dificulta el tratamiento o curación de la afección**.

Finalmente, cabe recalcar que Manuela no visita a ningún especialista una vez llega a Barcelona desde Colombia, al considerar que el médico “no le soluciona nada, sino que lo empeora”. Aparte de pensar que no se le va a ofrecer una ayuda real, Zuil y Villarreal (2024) recogen otras **razones para no acudir a la consulta médica** como: el trato recibido desde la atención sanitaria, tener recursos limitados, desconfiar, desconocer las opciones de tratamiento o sentir vergüenza.

4.2.4. Mujeres disciplinadas: “me la tomo yo, la responsabilidad es mía”

Este apartado, a fin de evaluar los sesgos de género (Alpe, 2019), se dedica a analizar la influencia de la pareja en el ingreso al consumo, la responsabilidad femenina, la feminización de las tecnologías contraceptivas y los métodos masculinos.

Como venimos viendo, **la pareja**, y su respectivo vínculo afectivo-sexual, también puede constituirse como un actor o figura relevante que influye, en mayor o menor medida, en la

decisión de iniciar el consumo y, por tanto, la relación se configura como un posible espacio para el poder. En las relaciones heterosexuales analizadas se observan dos tipos de patrones: el primero, como en el caso de Manuela y Sandra, su pareja “más que ser un actor relevante en una decisión conversada para elegir un método de prevención del embarazo” (Fierro, 2020, p. 42), se configura como el detonador del consumo, sin existir mayor involucramiento de este en el proceso contraceptivo. En el segundo patrón, no obstante, la pareja no se configura como un actor pasivo, sino que, como vemos en el caso de Laia, este puede negarse a hacer uso del preservativo, constituyéndose como actor activo en la decisión de iniciar el consumo. El negarse a hacer uso del preservativo se considera “control reproductivo” (Planned Parenthood, 2024) y es una forma de coerción sexual y reproductiva y, por tanto, de violencia. Siguiendo con el relato, ante la negativa de su pareja, Laia se ve obligada a buscar “alternativas”:

“Él era como: yo no me lo pienso poner. No me decía nada, ni me amenazaba, pero yo veía que todo el rato era un problema, en cada relación sexual [...] Lo único que le interesaba era correrse a gusto, yo le daba igual. Vivía con el miedo constante a coger una ITS [...] y yo alguna vez mientras me enfado, consigo que se lo ponga, pero he tenido que insistirle un montón. Pero bueno no solo me ha pasado con él, eso me ha pasado con muchos tíos [...] Entonces, al final, yo soy la persona de la pareja que piensa la solución.” (Laia, inicio del segundo consumo 23 años)

El rechazo a usar condones por parte de algunos hombres refuerza dos discursos dominantes acerca de la sexualidad contemporánea (Cuevas, 2014b): en primer lugar, que **la responsabilidad contraceptiva es esencialmente femenina** y, en segundo lugar, que **el placer sexual masculino es fundamental**. Esto se ve claramente reflejado en el siguiente relato de Sandra:

“En la pareja que tuve con veintipico, sí que me acuerdo de cuando él insistía: tía, es una merda el condó, me aprieta, no siento, es incómodo, hay que cogerlo, no da libertad y tal, ¿por qué no probamos lo de la píldora?” (Sandra, 48 años).

Estos dos principios conforman la base de una forma de masculinidad dominante y hegemónica (Oudshoorn, 2003) que refuerza las desigualdades sexuales y reproductivas entre mujeres y hombres. Estos discursos están tan naturalizados que, en muchas ocasiones, las propias consumidoras sienten que son las únicas responsables de la contracepción y de todo lo que conlleva: la administración y su recordatorio, la compra, el gasto económico, la renovación de la receta, etcétera. Andrea, igual que la mayor parte de las entrevistadas, es un

ejemplo de ello, pues lo asumía sin cuestionamientos: “claro, me la tomo yo, la responsabilidad es mía, aunque fuera para los dos era algo que no me había cuestionado” (Andrea, 32 años).

No obstante, existe una contraparte a estas actitudes, una tendencia que se observa entre algunos de los compañeros de las participantes, sobre todo, a medida que estas han ido creciendo y cogiendo consciencia. Nos encontramos ante otra forma de masculinidad que se aleja, en cierto modo, del modelo de masculinidad hegemónica descrito anteriormente. Así, existen compañeros que, a priori, podrían estar dispuestos a ingresar en el consumo de MAH. De hecho, Andrea, antes de abandonar la píldora está varios años buscando información sobre anticonceptivos masculinos -hormonales o no-, valorando otras alternativas y compartiendo varias conversaciones con su ginecóloga sobre la existencia de otras opciones que involucren más a su pareja. Sin embargo, solo consigue dos respuestas, evidenciando la **“feminización” de las tecnologías anticonceptivas** (Oudshoorn, 2003b): el preservativo y la vasectomía. Aunque debido a la edad de las usuarias ninguna considera la vasectomía como una opción factible, Sandra da cuenta como en su trabajo conoce a muchas mujeres de más de 30 años y con muchas criaturas que deciden hacerse la ligadura de trompas: “teniendo en cuenta el nivel de gravedad de la operación de hacerse una vasectomía, que es cero, todas se lo hacen ellas” (Sandra, 48 años).

La alusión a un **MAH masculino o píldora masculina**³⁰ también se encuentra en los relatos de Laia y Sandra. Para Laia, quien mantiene relaciones sexuales con ambos sexos, opina que le encantaría que fueran los hombres cis quienes tuvieran que tomarla, ya que cuando se acuesta con mujeres cis no corre el riesgo de quedarse embarazada. Sandra, sin embargo, va más allá y no solo cuestiona las razones por las cuales aún hoy no existen MAH masculinos, sino que cuestiona la posibilidad de una “verdadera” responsabilidad compartida:

“Mi principal resistencia a la píldora era porque no quiero ser la única persona de la pareja, me niego a que esto repercuta solamente en mí; ni la decisión, ni la toma, ni nada [...] Además, estoy muy cabreada con el tema de que cuando intentaron probar la píldora masculina y comercializarla no lo hicieron por los efectos secundarios y porque no la comprarían... Efectos secundarios dos: dolores de cabeza y bajada de libido, ¿te suena? [...] Para mí eso sí que sería corresponsabilidad, porque vale, no

³⁰ Para un análisis detallado acerca de los motivos por los cuales la pastilla o píldora masculina no se ha desarrollado, ver Oudshoorn, 2003a.

tenemos más remedio porque vivimos en Senegal y no sé qué, pues me la tomo dos años yo y dos años tú, dos yo, dos tú.” (Sandra, 48 años)

A pesar de estos relatos, la mitad de las entrevistadas no hace alusión al tema, lo que revela las **limitaciones socioculturales** que todavía pesan sobre la idea de un posible MAH masculino (Cuevas, 2014b). Para finalizar, es importante recalcar que, en ocasiones, cuando el MAH es utilizado principalmente para tratar fenómenos fisiológicos, aunque las entrevistadas se beneficien del fin no contraceptivo, este se entiende como un “medicamento” y, por tanto, **no es leído en términos de corresponsabilidad**: “ell sí que es va oferir des del principi, però jo li deia que realment, si per mi fos, jo no prendria pastilles. És com una medicació que jo necessito de normal per la meva salut no tan reproductiva” (Júlia, 26 años).

4.3. El cuerpo como trinchera: donde hay poder hay resistencia

Antes de dar inicio al presente acápite, se hace necesario detenernos brevemente en las **decisiones de salida o abandono**. Tal y como se observa en apartados anteriores, las usuarias son invadidas por una sensación de control externo y generan un diagnóstico de desconexión y desconocimiento del propio cuerpo provocado por los MAH. Esto genera una separación de ellas mismas con su corporalidad e identidad. Así, el fármaco adquiere un sentido negativo, lo cual provoca una necesidad imperante de hacer algo al respecto. Los efectos secundarios, el mandato de la regularidad, el trato recibido en consulta, la falta de corresponsabilidad, entre otras, lleva a las entrevistadas a un proceso reflexivo sobre abandonar el consumo. Este abandono, aunque es leído por las usuarias como algo “inmediato” e “impulsivo”, observamos que conlleva tiempo y se sostiene en una multiplicidad de razones. Sin embargo, al contrario que en el proceso de ingreso al consumo de hormonas, ahora las mujeres comenzarán a indagar diferentes fuentes de información para encontrar modos de subvertir y resistir de este patrón farmacológico.

Así, en el presente capítulo, se reflexiona en torno a las **contestaciones, negociaciones y resistencias**, que emergen en el seno de lo que Cuevas (2014b) denomina “**red de relaciones sociales**” donde las dimensiones del guion de género -materializado en estas tecnologías- se integran. Dicha red está compuesta por el personal de ginecología, la pareja sentimental y

otras mujeres del entorno, generalmente, sus amigas. Esta trinidad rige la división de los siguientes apartados. Asimismo, las acciones llevadas a cabo por las participantes son analizadas de forma transversal a lo largo de los itinerarios hormonales, desde el momento previo al ingreso, hasta el presente.

4.3.1. De la resignación a la agencia: “ya basta”

Frente a la violencia ginecológica y la vulneración de los derechos que se relata en el anterior apartado 4.2.3, sustentada en la autoridad y la jerarquía de la dimensión de la consulta médica, las entrevistadas logran **propiciar un espacio de contestación, negociación y resistencia frente a los discursos sostenidos por las y los profesionales**. Estas estrategias se desarrollan al inicio, durante el consumo y al abandonarlo. En primer lugar, al inicio del consumo se identifican dos prácticas de resistencia: negociación del uso de terapias naturales y cambio de especialista. Durante el consumo de MAH, se reconocen siete estrategias más: comunicación de los efectos adversos, discusión o confrontación, cuestionamiento y limitación de la capacidad de incidencia, ignorar las recomendaciones, reclamación formal, insistencia en la obtención de información, contrastar la (no) información y comunicación del deseo de abandonar el consumo. Por acabar, al suspenderlos, se distingue una práctica más: negación.

Dando inicio a los mecanismos utilizados previos al consumo de MAH hallamos la **negociación del uso de terapias naturales**. Tanto Laia como Sandra mantienen diversas conversaciones con el personal de ginecología para tratar los miomas con alternativas no hormonales como: la alimentación, aceites, bioenergética o maneras más corporales y emocionales. No obstante, desde ginecología se insiste en la toma de MAH, por lo que Sandra decide no asistir más y **cambiar de especialista**: “recuerdo salir de la consulta sintiéndome un bicho raro” (Sandra). A pesar de las negociaciones y las resistencias, Sandra -como la mayoría de las entrevistadas- ante la falta de alternativas, se ve obligada a resignarse y aceptar el consumo de MAH: “yo estaba superempecinada que no me quería tomar la píldora, tardé como dos años en tomar la decisión, pero realmente la alternativa que me daban era operarme y eso todavía me hacía menos gracia” (Sandra, 48 años).

A continuación, adentrándonos en los mecanismos utilizados por las entrevistadas durante el consumo de MAH, se observa la **comunicación de los efectos adversos**. Efectivamente, cinco de las seis entrevistadas deciden compartir los efectos secundarios con el objetivo de encontrar una solución. Otro de los mecanismos observados es la **discusión o confrontación** directa con el personal de obstetricia. Mientras, al inicio de los itinerarios -ingreso y elección del método- veíamos una aceptación total de las indicaciones sin cuestionar prácticamente el saber o la atención médica; debido a la falta de conocimientos o a la vulnerabilidad, muchas veces propia de la edad. A medida que avanzamos, las participantes deciden oponerse a estas situaciones. El caso de Júlia frente al tratamiento de la candidiasis provocada por la píldora y el anillo es muy ilustrativo, pues no solo se contempla dicho mecanismo, sino que se le suma **el cuestionamiento y la limitación de la capacidad de incidencia** y el **ignorar las recomendaciones** de su ginecólogo:

“Jo el deixava acabar, sí, sí i l’ignorava. Li deia que no és ningú per dir-me com m’he de sentir, això només ho sé jo, i agrairia que no fessis mai més cap comentari d’aquest estil. Alguna altra vegada li vaig demanar que fes el favor de parlar-me bé, que no era una nena petita. Jo ja sabia que era una dona jove, però que es comportés bé [...] Vaig anar unes quantes vegades més per la candidiasi, però en cert moment, com a la farmàcia en venien l’ovulo i la crema, ja feia jo.” (Júlia, 26 años)

Otro ejemplo es Andrea, quien, como hemos visto, siente que recibe violencia por parte de una ginecóloga cuando estaba en un proceso de TCA muy vulnerable. Sin embargo, a lo largo de los diez años que dura su itinerario, no adquiere una posición de subyugación que la relegue a una condición de víctima. Por el contrario, cuando años más tarde la ginecóloga se niega a ponerle el DIU de cobre, esta decide **poner una reclamación formal**:

“Después de esta cita con la ginecóloga, yo escribí al CAP de ese momento y les dije: he tenido muy mala experiencia con esta señora, era mayor, yo no quiero juzgar por edad, pero lo siento mucho, el discurso era arcaico no, lo siguiente... No puede ser que yo le esté preguntando por métodos anticonceptivos no hormonales y ella quiera meterme un hormonal, que sepáis que está haciendo eso.” (Andrea, 32 años)

Siguiendo con los mecanismos de resistencia, dos de las seis entrevistadas optan por **cambiar de profesional** en repetidas ocasiones, aunque se mantienen en la sanidad privada, a fin de buscar una mejor solución de forma más rápida. En cuanto a **insistir en la obtención de información**, Sandra se ve obligada a pedir una cita médica de la pública a la privada con la misma ginecóloga: “acabé pidiendo una consulta a una ginecóloga externa, de hecho, era la

misma que tenía consulta privada porque necesitaba que alguien me aclarase todas estas preguntas” (Sandra, 48 años). Respecto a **contrastar la (no) información** recibida en consulta, la totalidad de las entrevistadas leen el prospecto por su cuenta a fin de validar los efectos secundarios experimentados. Para acabar, solo en algunos casos³¹, se **comunica el deseo de dejarlos** previamente.

En este punto, nos adentramos en los mecanismos una vez suspendida la toma de MAH. En este período se identifican algunas de las estrategias ya descritas, como la discusión o confrontación, la limitación de la capacidad de incidencia, entre otras; sin embargo, se añade un nuevo mecanismo: la **negación**. Por primera vez, las entrevistadas se niegan a retomar el consumo a pesar de la prescripción sistemática de MAH. Tanto Laia como el resto de las entrevistadas a medida que avanzan sus itinerarios hormonales, resisten y no ceden ante la insistencia del personal ginecológico. En su mayoría, y siguiendo con Laia, optan por la **estrategia de cuestionar e ignorar las recomendaciones**, es decir, se permite que finalmente se recete el anticonceptivo -aun habiendo informado que no se consumirá- o se dicten pautas, para luego ignorarlo:

“Cuando he ido a la siguiente visita me ha dicho: hostia, la última vez te receté esto [anticonceptivo], ¿qué tal te ha ido? Y yo he sido sincera: ¡es que yo no me he tomado esto! Hostia, pues te hubiera ido muy bien... Y digo, ya, pero como te dije, yo no me quiero hormonar más [...] Me han dicho millones de veces que las tome: ginecólogos, endocrinos, médicos de cabecera... Y no, nunca voy a volver, no las pienso tomar [...] Si tú me quieres recetar algo, explícame por qué me recetas esto.” (Laia, 31 años)

En resumen, pese a encontrarse en espacios de poder y vulnerabilidad y ser sometidas a actos de violencia ginecológica y obstétrica, las participantes se distancian de la categorización pasiva de víctimas. **No permiten que el discurso ginecológico neutralice su acción y resisten a la coerción con estrategias cotidianas**. No obstante, también es importante señalar que, en ocasiones, las relaciones de poder que se ejercen desde ginecología, sumado a la capacidad económica y/o los efectos secundarios provocados por los MAH -sobre todo los que afectan directamente o tienen consecuencias emocionales-, entre otras, pueden **dificultar el desarrollo de estas “prácticas cotidianas de resistencia”** (Burgwal, 1999).

³¹ Las malas experiencias y los malos tratos recibidos pueden provocar que algunas mujeres decidan no asistir más o asistir menos a la consulta ginecológica, obviando un control desde la biomedicina (Fierro, 2020); de ahí que muchas de las entrevistadas decidan no comunicar el cese de la toma.

Esto se refleja en Júlia, quien no es capaz de cambiar de ginecólogo debido a diversos factores como son: demorarse en vincular los efectos secundarios con la píldora, desconocer otras alternativas de MAH o estar sumida en una tristeza provocada por los efectos secundarios emocionales.

4.3.2. ¿Y ahora qué?: “usamos preservativo o no usamos nada”

La ausencia de MAH conlleva necesariamente un cambio en las dinámicas de cuidados sexuales (Fierro, 2020). Los actos o prácticas de resistencias cotidianas que llevan a cabo las entrevistadas se expresan en la **negativa de seguir hormonizando sus cuerpos para evitar un embarazo** y en el rechazo al discurso ginecológico que pretende rectificar esta conducta situada por fuera de la normalidad deseada. Así, las primeras resistencias se enmarcan en superar el miedo (como forma de control sociocultural) a quedarse embarazadas, que hasta se encontraba por encima de la preocupación de los efectos adversos. Con todo, primero, se exponen las estrategias de negociación o resistencia que desarrollan algunas de las entrevistadas y, a continuación, las motivaciones que llevan a la mayoría a no hacer uso de ninguna alternativa contraceptiva.

En efecto, tres de las cuatro entrevistadas³², debieron confrontarse a una **negociación**, a veces infructuosa, **de las desigualdades sexuales y reproductivas con sus parejas** (Cuevas, 2014b). La única que no negocia es Sandra, pues previo al consumo de la píldora durante su estancia en Senegal, ya se habían mantenido conversaciones respecto a su resistencia al consumo. Por tanto, el abandono de la ingesta significa retomar la situación anterior: usar preservativo³³ y marcha atrás.

El resto de entrevistadas también expresa una **voluntad de querer compartir con la pareja la responsabilidad contraceptiva**. Ante esta posibilidad, las participantes dan cuenta de una

³² En este apartado no se tienen en cuenta los relatos de Cala ni de Júlia, pues la primera es lesbiana y la segunda sigue consumiendo el método hormonal.

³³ A lo largo del apartado se usa el término “preservativo” para hacer referencia al preservativo externo, también conocido como “preservativo masculino”.

gama de repertorios y negociaciones que se gatillan en este nuevo contexto, donde **las actitudes de los hombres se encuentran divididas** entre dos tendencias principales. Por un lado, los hombres para los cuales el uso del preservativo es problemático. Laia, por ejemplo, decide “plantarse” después de un año de consumo y no ceder ante la negativa del uso del preservativo. Aunque inicialmente parece que consigue negociarlo, con el tiempo se torna de nuevo problemático: “le duró poco tiempo [...] Hasta que llegó un punto que durante el último año él no se quiso acostar conmigo” (Laia, 31 años). A pesar de ello, Laia no solo es capaz de decidirlo y verbalizarlo, sino que ante la posterior negativa no destituye la decisión tomada y resiste, dentro de sus posibilidades.

Las malas y a veces violentas experiencias caracterizadas por el rechazo de algunos hombres a hacerse partícipes de la contracepción contrastan, por otro lado, con relatos en los que la pareja se dispone a participar activamente de la responsabilidad contraceptiva. En efecto, otra tendencia que se observa entre los compañeros de las mujeres entrevistadas revela **otra forma de masculinidad**. Retomando el caso de Laia, a raíz de la vivencia con esta pareja, desarrolla otros actos de resistencia que pone en práctica posteriormente -tanto con parejas casuales como con su actual pareja-, como: la “**selectividad**” de sus futuras parejas sexuales, como táctica de cuidado (que siempre usen preservativo y tengan actualizadas las pruebas de las ITS), y/o **relegar la penetración a un segundo plano**, disminuyendo u omitiendo el sexo penetrativo o implementando otras dinámicas y prácticas que reduzcan el riesgo del embarazo no deseado. Esta última práctica abre la puerta a otras formas de disfrutar de la sexualidad que van menos centradas al falo y despliegan el placer femenino en otras dimensiones (Fierro, 2020).

A pesar de las diferentes opiniones expuestas en el anterior apartado, sobre si en el panorama actual puede darse una “verdadera” corresponsabilidad, Laia es la única que mantiene el preservativo como método para evitar un embarazo (re)negociando de una mejor forma las desigualdades sexuales y reproductivas; **logrando resistirse al guion que pone sobre ella toda la responsabilidad de la contracepción y a reconfigurar las relaciones de género al interior de la pareja** (Cuevas, 2014b). El resto, únicamente hacen uso del método anticonceptivo natural del “coitus interruptus”, coloquialmente conocido como “marcha

atrás”. Tal y como ilustra Andrea: “se lo comenté a mi pareja: no me voy a poner nada dentro, ni me voy a tomar más hormonas, o sea, o usamos preservativo o no usamos nada y ya está, esa fue la conclusión, terrible”. Así, **aunque se decide compartir la corresponsabilidad, esta finalmente se relega a comprar la pastilla del día después conjuntamente, compartir su gasto y asumir ambos el riesgo del embarazo** y no como algo esencialmente vinculado al cuerpo femenino.

Previo a indagar las razones para no hacer uso del preservativo, hay que destacar que a lo largo de las entrevistas nos encontramos con que algunas participantes prefieren no contestar, evidenciando que existe una **“ética del cuidado” en la toma de anticonceptivos**. Esta ética está fuertemente relacionada con la identidad moral de género. Los estereotipos sexuales determinan creencias acerca de cómo debe ser el comportamiento sexual para mujeres y para hombres (Espejo et al. 2019). En este contexto, las mujeres no solo deben usar el preservativo, sino que además deben promoverlo en la pareja, por lo que cuando no lo hacen o no lo usan sienten mucha vergüenza y culpa. Este hecho provoca que, por un lado, mientras que tanto las mujeres como los hombres pueden describir cómo los preservativos, el coito interrumpido y/o la vasectomía pueden disminuir el placer de los hombres, existen menos guiones sobre cómo el preservativo puede potencialmente disminuir o mejorar el placer y el bienestar sexual de las mujeres (Higgins y Smith, 2016), invisibilizando los motivos reales. Por otro lado, se desresponsabiliza a los hombres de su no uso y se obvia que las mujeres también pueden jugar un papel activo en la toma de las decisiones, como la de no usar preservativo.

Retomando los **motivos por los que las mujeres deciden no hacer uso del preservativo** nos encontramos los testimonios de Sandra y Andrea. Para la primera, que mayormente ha alternado preservativo con marcha atrás toda su vida, es una cuestión de edad: “vas muchísimo más tranquila, o sea, yo realmente el miedo que tenía antes de estar embarazada ahora no lo tengo [...] Además, la verdad es que tengo más relaciones sexuales sin penetración” (Sandra, 48 años). Para Andrea, primero “porque los preservativos me parecen caros, no damos tan abasto” y después “porque estábamos acostumbrados a hacerlo sin preservativo, y de repente usar preservativo se nos hacía un poco extraño, lo probamos, pero

fue como no” (Andrea, 32 años). Además, a diferencia de Laia que asegura “sentir lo mismo con o sin preservativo” (Laia, 31 años), Andrea expone que “el preservativo también puede ser incómodo para nosotras”. Así, la disminución del riesgo de embarazo debido al uso de MAH³⁴, el valor económico, la costumbre y la incomodidad son algunos de los motivos para el no uso del condón. No obstante, según el caso, esta ausencia puede obedecer a factores más complejos o causas multifactoriales como: falta de educación sexual o de percepción del riesgo, consumo de drogas y alcohol, falta de confianza en una misma, disminución del deseo, el placer o la excitación, reducción de la lubricación o la sensibilidad, irritación, falta de espontaneidad o naturalidad, etcétera (Higgins y Smith, 2016).

4.3.3. Autoconocimiento, colectivización y sororidad

Necesariamente, abandonar los MAH demanda no únicamente articular nuevas pautas y estrategias de contracepción, sino también de (auto)conocimiento sobre el propio cuerpo. En este sentido, **rechazar el guion de las hormonas implica generar un nuevo imaginario con respecto al cuidado sexual y a la salud menstrual** -y en cuanto a la salud sexual y reproductiva, en general-. Dichas acciones, prácticas y técnicas se definen por tener al cuerpo “como centro de la reflexión-acción, y por sustentarse en el discurso y la práctica del autocuidado de esta materialidad-emocionalidad que es su propio territorio corporal” (Fierro, 2020, p. 86): “quiero ver cómo está mi cuerpo y cómo está mi dolor sin tomarme las pastillas [...] Conocerme a mí misma sin factores externos” (Cala, 28 años).

Para Foucault (1994), una no puede ocuparse de sí misma sin conocerse. El cuidado de sí conlleva necesariamente el conocimiento de sí (Garcés y Giraldo, 2013). Esto se ve reflejado entre las experiencias de las participantes, donde **sus prácticas y estrategias de cuidado, emanan de un proceso constante de investigación y búsqueda de información mediante el conocimiento** de sus corporalidades, fertilidades, sexualidades, ciclicidades, emocionalidades, etcétera. Se hace interesante evidenciar que este proceso autodidacta se sitúa desde la base de la desinformación producto de una educación sexual y menstrual

³⁴ Previo al consumo de MAH todas las mujeres entrevistadas hacían uso del preservativo, excepto Júlia que no mantenía relaciones sexuales.

deficiente o nula. Este proceso de (auto)conocimiento no es fomentado ni apoyado por ninguna institución -como la consulta ginecológica o la escuela-, sino que proviene desde su propia y única decisión por conocerse.

Andrea explica que empezó a investigar y gracias al libro de Lara Briden sobre cómo mejorar el ciclo menstrual toma consciencia de su salud hormonal y menstrual y descubre que lleva diez años sin ovular: “ahí es donde empecé a tomar conciencia un poco de lo que había estado haciendo durante esos 10 años y fue cuando dije: es que no estoy ovulando” (Andrea, 32 años). Sandra a partir de los 25 también indaga entre diferentes **libros, formaciones, talleres de sexualidad, de ciclo menstrual y alternativas naturales** al tratamiento de los miomas. Entre las diferentes estrategias destaca una especie de “diario menstrual” donde registraba diariamente la fase del ciclo en que se encontraba, su estado de ánimo y cómo estaba sexualmente, entre otras cosas. Tres meses después esto le permitió obtener un patrón propio donde identificaba las cuatro semanas, así que Sandra lo empezó a aprovechar para organizar su cotidianidad. En cuanto a los miomas consiguió reducir el dolor cambiando la alimentación, pero al ser un plan tan restrictivo, con los años fue “bastante incompatible con la vida cotidiana” (Sandra, 48 años).

Paralelamente, Laia investiga a través de diferentes libros y **estudios académicos** cómo disminuir el dolor provocado por los miomas y consigue mantener el **cambio en la alimentación**: “hace tiempo que desde que yo empecé a comer bien a mí la regla me duele mucho menos, muy poco. A lo mejor el primer día es un poco incómodo, pero me ha dejado de doler” (Laia, 31 años).

Otra fuente de información que las entrevistadas utilizan es **internet y las redes sociales**. Tanto Andrea como Júlia descubren qué es el sangrado por deprivación navegando por la red. No obstante, mientras que para Andrea (32 años) es un lugar repleto de “fake news”, del cual no se fía mucho, para Júlia es algo revelador: “l’ experiència comunitària de moltes ties a Instagram i TikTok m’ha de servir d’algun, no? Perquè la ciència moltes vegades no és objectiva” (Júlia, 26 años).

En todo este proceso de (auto)conocimiento como estrategia para el cuidado de sí mismas, se resalta, sobre todo, **la dimensión colectiva del aprendizaje; caracterizada por la presencia de otras mujeres** -generalmente amigas de edades pares- con quienes comparten información y experiencias. De esta manera, que las entrevistadas **compartan su itinerario hormonal es concebido como un mecanismo de apoyo y de validación**. Para Manuela, hablar con sus amigas le ayudó a identificar y validar los efectos secundarios provocados por la inyección: “me ayudó mucho el hablar con otras personas y darme esa fuerza de amigas muy reales a las que se los pregunté” (Manuela, 26 años). Para otras mujeres como Júlia, que en la actualidad no pueden prescindir de los MAH, esta estrategia se hace imprescindible no solo para validar los efectos secundarios: “amb una amiga en concret, estàvem plorant i compartint les dos que estàvem loques, i si s’assemblaven o no els efectes”; sino para **descubrir otros métodos hormonales**: “de fet, jo vaig descobrir l’aro i el DIU a partir de parlar amb amigues que se l’havien posat” (Júlia, 26 años).

El intercambio colectivo de las experiencias individuales, también se torna un medio para que se den cuenta de que **la culpabilidad psicológica** -el “me estoy volviendo loca”- respaldada por el estamento ginecológico, **es estructuralmente producida y puede ser resistida** (Cuevas, 2014b), tal y como relata Andrea:

“Empiezo a hablar con compañeras, con amigas, de la misma edad que yo y empezamos a decir, oye, pues mira, a mí me pasa igual, yo también me siento rara. Ah, ¿sí?, ¿y desde cuándo? Y de repente había como más chicas que estaban en el mismo punto que yo y fue como: vale, o sea, no es que esté yo loca, es que realmente pasa algo.” (Andrea)

De la misma manera, **se genera un espacio en donde las participantes aspiran a otro estilo de ejercicio de la medicina**, con el objetivo de buscar alternativas no hormonales para evitar un embarazo, como el DIU de cobre, o disminuir los dolores producidos por la menstruación, como la alimentación, “el CBD, las infusiones, el calor, el yoga o cualquier cosa antiinflamatoria” (Cala, 28 años). No obstante, la falta de educación sexual se hace patente en el **desconocimiento de otros métodos anticonceptivos naturales o de barrera**; ninguna de las usuarias es conocedora del método sintotérmico, de la temperatura basal o de Ogino-Knaus, tampoco del diafragma, el capuchón cervical o la esponja vaginal, entre otros, así como tampoco se contempla el preservativo exterior, también conocido como femenino, que protege frente a las ITS.

Por lo tanto, las mujeres se asocian en torno a la decisión -o el deseo- de abandonar la toma de MAH como **estrategia para dismantelar la estructura de desinformación a partir de la colectivización de las experiencias y los saberes**. Así, la mayoría de las participantes deciden exponer sus itinerarios hormonales a fin de compartir toda esa información e inquietudes, que como se observa en apartados anteriores, el sistema biomédico o ginecológico oficial no les ofreció:

“Lo cuento con la misma intención que tenía yo de saber, o sea, como informar, porque yo también en algún momento necesité ese consejo, esa información.” (Manuela, 26 años)

“Muchas veces lo he explicado de, hostia ¿sabéis todo esto?, que en verdad te anula el ciclo, lo del sangrado por privación... Lo hago para que tengan toda la información y es que, si alguna persona elige aun así hacerlo, que me parece perfecto, si es una decisión consciente, que tenga toda la información para elegir bien.” (Sandra, 48 años)

Este fenómeno puede ser leído, según lo enunciado por Lagarde (2006), como un proceso de asociación o pacto entre mujeres (Fierro, 2020), como **una estrategia de resistencia ante las estructuras de poder, en el marco de la sororidad**³⁵. De esta manera, las entrevistadas “adquieren un sentido de autonomía y de reconocimiento de sí mismas como expertas, que les son negados en el seno del sistema médico oficial” (p. 153). Por consiguiente, el mero cuestionamiento se traduce en la voluntad por **reconocer sus propias experiencias y las de las otras como fuentes legítimas de conocimiento sobre sus propios cuerpos**.

En este contexto, se vuelve relevante advertir una información otorgada por las entrevistadas y que se relaciona con este tipo de construcción de dinámicas y espacios. A lo largo de las entrevistas, solo una de las seis mujeres no se define a sí misma como feminista, al no sentirse lo suficientemente introducida teóricamente en el tema, pero sí se define afín con el feminismo. El resto, consideran **el feminismo** como un elemento relevante en sus vidas que ha influido, en positivo, en la toma de decisiones sobre sus itinerarios hormonales y viceversa:

³⁵ “La sororidad es una dimensión ética, política y práctica del feminismo contemporáneo. Es una experiencia de las mujeres que conduce a la búsqueda de relaciones positivas y a la alianza existencial y política, cuerpo a cuerpo, subjetividad a subjetividad con otras mujeres, para contribuir con acciones específicas a la eliminación social de todas las formas de opresión y al apoyo mutuo para lograr el poderío genérico de todas y al empoderamiento vital de cada mujer” (Lagarde, 2006, p. 126).

“Mi cambio yo creo que ha ido en paralelo, a medida que he ido aprendiendo más sobre el feminismo, sobre lo que implica, sobre lo que es, sobre cómo nos afecta a nivel individual y social, también ha habido como un *awakening* en todos los sentidos y ha sido también lo que me ha empujado a decidir que quería dejar de tomar las pastillas, porque al principio me las tomaba para arreglarme y me las tomo yo, las pago yo y ahora hay mucha más consciencia de las relaciones.” (Andrea, 32 años)

Este “despertar” se evidencia en lo que respecta a la corresponsabilidad, la relación con las amigas y el cuidado mutuo, las prácticas de cuidado sexual, menstrual y hormonal y las nociones de sí mismas, la medicalización de sus cuerpos y con la puesta en duda del estamento médico como vertebrador de la verdad. Ahora, las entrevistadas no se (auto)perciben como un cuerpo “roto”, ahora ya no hay nada que “arreglar o reparar” (Andrea, 32 años).

4.4. (Re)apropiación del cuerpo: el presente

El abandonar el consumo de MAH es conceptualizado por las entrevistadas como un hecho “revelador”, un cambio de etapa, un nuevo inicio, una fase para (re)descubrirse y volverse a conocer e incluso una “desintoxicación” del cuerpo. En efecto, **la salida del consumo las devuelve a ellas mismas, a su “verdadero yo”, a su “cuerpo original”**. Ahora, su cuerpo vuelve a ser suyo:

“El decir: esta mañana no me voy a tomar la pastilla y tirar el blíster a la basura para mí fue revelador. De repente me desperté, como si hubiese estado dormida y lo que tenía miedo de que pasará no pasó. Empecé a entenderme mucho más. Ahora sí me siento en casa, ahora sí que siento las cosas, ahora sí estoy habitando mi cuerpo con consciencia.” (Andrea, 32 años)

Este abandono va acompañado, en su mayoría, por la **desaparición de los efectos secundarios experimentados** durante la toma y, por tanto, con una **mejora significativa de la autopercepción, la autoestima y la agencia**. Sandra (5 años desde el abandono) describe una inmediata desaparición³⁶ y Andrea (2 años desde el abandono) relata un período de acomodación de cuatro meses hasta el desvanecimiento completo de los síntomas. En el caso de Manuela (1 año desde el abandono) describe una rápida recuperación de todos los efectos, excepto la libido que recientemente está experimentando los cambios. Cala, que es la entrevistada que menos tiempo lleva sin consumir (3 meses) explica que poco a poco va

³⁶ En la actualidad, se ha sometido a una operación y trata los miomas con progesterona natural.

recuperando la libido, pero le cuesta identificar las mejoras porque se encuentra en un proceso de diagnóstico de autismo. Paralelamente, Laia describe que, si bien en el primer abandono del consumo sí experimenta mejoras, el segundo abandono (hace 8 años), le coincide con una operación de espalda y una relación sentimental tóxica, por lo que no es capaz de atribuir qué cambios se deben únicamente al abandono del MAH. Finalmente, aunque Júlia no abandona el consumo de MAH debido a no encontrar la causa real de sus afecciones ginecológicas, en la actualidad, visita un ginecólogo experto en candidiasis. Este no solo le ha vinculado el efecto con la píldora y el aro, sino que le ha tratado los síntomas y le ha propuesto el uso de un DIU bajo en hormonas; MAH que ha mejorado sustancialmente todos los efectos secundarios experimentados hasta el momento.

5. Reflexiones finales

Esta investigación ha pretendido explorar las experiencias y resistencias de (ex)usuarias al uso de métodos anticonceptivos hormonales y los efectos e impactos sobre la experiencia corporal. Para ello, nos hemos centrado en analizar sus itinerarios hormonales desde el inicio del consumo hasta el abandono (o no) del mismo; abordando las diferentes estructuras, relaciones o lugares para la implantación del poder y, por tanto, los posibles espacios para las resistencias (Foucault, 1979).

El primer capítulo de la presente investigación pretende responder las cuestiones vinculadas con las **razones y los actores que posibilitan e influyen el uso de MAH**. Así, exploramos el inicio o ingreso al consumo y evidenciamos dos motivaciones principales: **tratar fenómenos fisiológicos y fines contraceptivos** (sumado a la modificación del aspecto físico). No obstante, para la primera casuística, los fármacos no tratan las causas o enfermedades ginecológicas de base, sino que **se centran en las consecuencias**: tratar la sintomatología asociada a la menstruación. Asimismo, no solo se emplean los MAH para ocultar los síntomas de diversas afecciones, perpetuando la (falsa) afirmación de los MAH como “reguladores”, sino que suponen un retraso en el diagnóstico y en el tratamiento real de las afecciones ginecológicas.

Los itinerarios hormonales de las participantes muestran que el **principal protagonista** en la promoción de MAH es el **personal de ginecología** y es quien, en última instancia, indica el método que se utiliza; en su mayoría la píldora. Empero, al margen de donde proceda la indicación, identificamos diversos agentes que influyen en mayor o menor medida (en función de la edad y el contexto), en la decisión final de iniciar el consumo: la familia, las amigas y la pareja. Así, encontramos **orientaciones predeterminadas y privilegiadas** en nuestra sociedad en el ámbito de la anticoncepción hormonal.

El proceso prescriptor descrito en los relatos evidencia una **unilateralidad desde el personal de ginecología**, quien, de manera más bien mecánica (no elabora una historia clínica, tampoco descarta riesgos), receta un fármaco sin generar ningún tipo de diálogo al respecto

(no explica las diferentes opciones contraceptivas, los posibles efectos secundarios o qué es el sangrado por deprivación, tampoco el funcionamiento y uso del MAH seleccionado). De esta manera, deja en manos de las dóciles consumidoras un dispositivo que cristaliza el “tecno-bio-poder” (Preciado, 2008) sobre sus cuerpos. Esta **(bio)medicalización** temprana y duradera **es parte de una socialización de género** que constituye la rutina femenina por excelencia.

Por su parte, el capítulo dos procura contestar las **razones que motivan (o no) abandonar el consumo** y qué nos dicen acerca de las **identidades femeninas inscritas** en estas tecnologías. Así, se analizan los principales motivos o espacios de poder: efectos secundarios, fines no contraceptivos, relación personal de ginecología-paciente y responsabilidad femenina.

Los **efectos secundarios** (físicos, de orden psicológico o emocional y los que impactan negativamente en la sexualidad) son uno de los principales motivos para abandonar el consumo o sustituirlo por otro anticonceptivo hormonal. Los efectos adversos, aunque se clasifican médicamente como “leves”, **reducen en gran medida la calidad de vida** de las usuarias y afectan directamente a su autopercepción corporal, emocional y sexual y, por tanto, a su autoestima y agencia. Así, la introducción de hormonas en sus cuerpos construye un **sujeto que es identificado como diferente**. Esto también puede dificultar el abandono al tener miedo a no reconocerse, ni ser reconocida, después de un consumo duradero que empieza a temprana edad.

Otra de las razones principales para abandonar el consumo es la **preocupación por la menstruación** debido a que su ausencia desafía las nociones de sus cuerpos como “naturales y sanos” (Higgins y Smith, 2016). Así, dejar de “sangrar” o descubrir que no ovulan y que, por tanto, el sangrado es por deprivación, desencadena una toma de conciencia e incluso enfado o “choque”. Opuestamente, aunque en menor grado, identificamos “un nuevo tipo de feminidad” propia del siglo XXI: la **“tecno-barbie”** (Preciado, 2008) casi totalmente infértil y sin menstruación. No obstante, la regularidad puede suponer un incentivo para permanecer en el tratamiento.

La **relación entre las usuarias y el personal de ginecología** más que un motivo explícito de abandono es leído por las entrevistadas como un elemento obstaculizador para la consecución de sus derechos sexuales y reproductivos. El cuestionamiento y la deslegitimación de los efectos secundarios experimentados, la no vinculación entre dichos efectos adversos y el MAH, la prescripción casi automática -sin elección- de otra marca de píldoras o, en su detrimento la insistencia por seguir consumiendo un método hormonal (sumado a la falta de información que se recoge en el capítulo anterior); no solo dificulta el tratamiento o curación de los efectos y provoca que algunas usuarias dejen de asistir a consulta, sino que se constituye como **violencia gineco-obstétrica** (Oliveira y Martínez, 2022) al vulnerar el derecho de las entrevistadas a la información, la salud y la autonomía reproductiva.

En cuanto a la **responsabilidad femenina**, se recoge un patrón similar a lo descrito, pues se establecen un conjunto de razones alrededor de esta que dificultan el abandono: creer que esta es esencialmente femenina, considerar el placer sexual masculino como fundamental y no disponer de alternativas debido a la “feminización” de las tecnologías contraceptivas. Otro elemento que dificulta la corresponsabilidad es que algunas entrevistadas, a pesar de beneficiarse del fin contraceptivo, entienden el MAH como un “medicamento”.

El tercer capítulo, se centra en indagar si es posible pensar el **abandono como una forma de resistencia**, es decir, como una forma de negociar los discursos dominantes acerca de la sexualidad, la reproducción y los cuerpos femeninos. Mientras que al inicio observamos como la aceptación y la resignación permean los diferentes itinerarios, a medida que avanzamos es posible reflexionar en torno a las contestaciones, negociaciones y resistencias, que emergen en el seno de la “red de relaciones sociales” compuesta por: el personal de ginecología, la pareja sentimental y otras mujeres del entorno, generalmente, sus amigas.

Por lo que respecta al **personal de ginecología**, se observa que las mujeres entrevistadas desarrollan, no sin dificultades, diferentes mecanismos o estrategias cotidianas a lo largo de sus trayectorias, sobre todo al final: cuestionar e ignorar las recomendaciones médicas, poner reclamaciones formales o insistir en la obtención de información.

En referencia a **la pareja sentimental**, no solo debieron confrontarse a una negociación, a veces infructuosa, de las desigualdades sexuales y reproductivas con sus parejas, sino al temor a quedarse embarazadas. Así, la falta de educación sexual y la dependencia a los MAH cristaliza en un miedo que paraliza el deseo de suspender el consumo y lo ralentiza. Aunque la totalidad de entrevistadas expresa una voluntad de querer compartir con la pareja la responsabilidad contraceptiva y existe un mayor involucramiento de esta, las mujeres siguen siendo mayoritariamente las **encargadas del cuidado contraceptivo** mediante la búsqueda de otros métodos no hormonales y pautas de comportamiento sexual. Asimismo, posterior al abandono, solo una de ellas mantiene el preservativo como método anticonceptivo (re)negociando de una mejor forma las desigualdades sexuales y reproductivas.

Finalmente, los libros, talleres, internet y, sobre todo, **las amigas**, aparecen como verdaderas estrategias para el cuidado propio, espacios alternativos donde ellas esperan encontrar respuestas a las preguntas e inquietudes que hasta ahora no han sido respondidas. Los saberes se conciben como paralelos a las instancias tradicionales de producción de conocimiento médico al ser saberes concebidos por y para las mujeres. Así, el intercambio colectivo de conocimientos y experiencias constituye una **forma colectiva de resistencia**, en el marco de la sororidad, en la medida en que estas mujeres intentan borrar la rígida frontera que separa el saber del experto y el saber del no-especialista (Löwy, 2005). Los saberes elaborados y compartidos por las mujeres participantes constituyen una especie de poder (Cuevas, 2014b) donde el **feminismo** se considera un elemento relevante en la toma de decisiones sobre sus itinerarios hormonales y viceversa.

En este punto, es necesario destacar que este análisis no se reduce a ser una crítica a los MAH, ya que se reconoce que existen millones de mujeres que deben a esta tecnología una gran tranquilidad en cuanto al riesgo de embarazo no deseado. En ese sentido, la historia de la pastilla “es una historia a la vez de liberación y de control” (Cuevas, 2014b, p. 153). Por un lado, los MAH son probablemente las tecnologías contraceptivas más eficaces jamás concebidas y, como anticonceptivo, constituyen una herramienta de emancipación para una gran cantidad de mujeres. Por otro, este análisis permite evidenciar la necesidad de “aprehender la ciencia y las tecnologías contraceptivas, en todas sus tensiones y

ambigüedades” (p. 153), mostrar la (sobre)medicalización de los cuerpos femeninos y sacar a la palestra la escasez de investigación sobre las afecciones ginecológicas, entre otras.

Con todo, el análisis del uso, del abandono y de las resistencias a los MAH nos permite comprender, por un lado, cómo se **(re)configuran ciertas formas de identidades de género**. Así, se concibe el consumo del fármaco como la reproducción de un sistema (Fierro, 2020), de un guion o script de género específico (Cuevas, 2014a), de una performance (Butler, 2007) de ciertas convenciones de género, que demanda que los cuerpos femeninos asuman la responsabilidad y los posibles riesgos asociados a la contracepción y reproducción, así como alcancen la ciclicidad perfecta o el exaltamiento de atributos tipificados como femeninos mediante su hormonización y (bio)medicalización. Por otro lado, nos permite conocer la manera en que ciertas mujeres **(re)negocian algunas prácticas y discursos**. En efecto, teniendo en cuenta todo lo anterior, podemos deducir que este control social ejercido por medio de los MAH es contestado por la mayoría de las mujeres entrevistadas. Para este grupo, tal y como se vislumbra en el último capítulo, el consumo no representa una forma de emancipación, sino más bien **una forma de dominación**. La resistencia a esta dominación, aunque no siempre es fácil ni puede llevarse a cabo, se manifiesta visiblemente en espacio sociales donde ciertas negociaciones, tensiones y alternativas convergen. Así, en cada uno de los espacios analizados, se constata que se sirven de diferentes mecanismos para intentar **resistir, (re)negociar o buscar alternativas a los guiones de género** materializados en estas tecnologías contraceptivas. Se concluye, por tanto, que estas resistencias cotidianas se traducen en una **redefinición** más o menos exitosa, de ciertos elementos de sus **identidades de género y de su feminidad** (Cuevas, 2014b).

Finalmente, al preguntar a las entrevistadas qué cambios implicarían unos **itinerarios hormonales más amables** las respuestas van en la misma dirección: explorar la raíz de sus afecciones desde una mirada integral evitando el uso indiscriminado de la píldora, recibir información sobre la totalidad de métodos contraceptivos existentes, su utilidad y, sobre todo, sus posibles efectos secundarios, aumentar la investigación y el financiamiento para comprender las afecciones ginecológicas y conocer mejor el ciclo (siempre desde una perspectiva de género y ciencia de la diferencia), desarrollar métodos contraceptivos

masculinos, recibir educación sexual y menstrual a fin de conocer sus cuerpos y procesos, así como que el acceso a la píldora del día después o el aborto fueran universales. Para acabar, todas ellas sitúan como primordial e indispensable recibir un acompañamiento más empático y personalizado por parte del personal de ginecología, con el cual se propiciarían decisiones informadas que pongan la agencia de las usuarias en primer plano.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

La pequeña muestra de mujeres seleccionadas nos ha permitido indagar de forma profunda en sus itinerarios hormonales. Sin embargo, este también ha sido un factor limitante, puesto que una muestra más amplia nos permitiría conocer otras realidades y experiencias a fin de conocer el fenómeno de manera más completa (reto abordado en el apartado 3.2.1).

Las futuras líneas de investigación deberían seguir centrándose en las experiencias y resistencias a los MAH de todas las personas (ex)usuarias teniendo en cuenta diferentes variables que no se exploran (o no en profundidad) en la presente investigación como la identidad de género, la clase social, el capacitismo, la religión o la etnia.

Finalmente, a lo largo de las entrevistas, varias mujeres mencionan ser conscientes de la relación entre la industria farmacéutica y el estamento médico en el momento de prescribir una marca y no otra de píldoras en función de un beneficio económico. Este tema, aunque no se explora a lo largo de la presente investigación, también supone un elemento fundamental a tener en cuenta en futuros estudios. En esta línea, también se hace necesario estudiar las afecciones consideradas ginecológicas más allá del ámbito reproductivo.

Bibliografía

- Abal, Paula. (2007). Notas sobre la noción de resistencia en Michel de Certeau. *KAIROS*, (20), 1-11.
- Ahmed, Sara. (2014). Mixed orientations. *Subjectivity*, 7(1), 92-109.
- Alcalá, Marta. (2017). *MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA*. ASSIR Sant Fèlix, Institut de la Dona.
- Alcalde, Ana. Martínez, M. A. y Carmona, F. (2021). Adenomiosis. Una gran desconocida: ¿Qué debemos saber? *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, (48), 184-189.
- Alloatti, Magali. (2014). *Una discusión sobre la técnica de bola de nieve a partir de la experiencia de investigación en migraciones internacionales*. Universidad Nacional de la Plata.
- Alpe, María de los Ángeles. (2019). La “evaluación de riesgo” en el ámbito de la anticoncepción hormonal oral regular femenina: algunas controversias actuales sobre sus efectos secundarios. *Revista Zona Franca*, (27), 240-258.
- Alpe, María de los Ángeles. (2021). Menstruación y anticoncepción hormonal: cuando la regularidad se vuelve mandato. *Revista Límbica*, II(2), 20-33.
- Armas, Eva. (25 de febrero de 2019). ¿Por qué las ‘millennials’ están dejando de tomar la píldora anticonceptiva? *El País*. <https://elpais.com/smoda/belleza/millennials-dejando-de-tomar-pildora-anticonceptiva.html>
- Beauvoir, Simone. (2016). *El segundo sexo*. Penguin Random House.
- Bell, Susana. y Wise, Lauren. (2000). “Los anticonceptivos” en *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. The Boston Women's Health Book Collective, 323-370.

- Blázquez, Norma. (2010). “Epistemología feminista: temas centrales”, en Blázquez, Norma., Flores, Fátima. y Ríos, Maribel (coords.). *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*, 21-38. México: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM.
- Blázquez, Maribel. y Bolaños, Eva. (2017). Aportes a una antropología feminista de la salud: el estudio del ciclo menstrual. *SALUD COLECTIVA*, 13(2), 253-265.
- Bleda, José María. (2005). Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. *Barataria: revista castellano-manchega de ciencias sociales*, (7), 149-160.
- Borrel, José María. (2009). “Sexualidad en personas con discapacidad” en *Sexualidad y Discapacidad*. Cadis Huesca, 129-136.
- Bourdieu, Pierre. (1991). *El sentido práctico*. Taurus.
- Braidotti, Rosi. (1989). Organs without bodies. *Differences*, 1(1), 147-162.
- Burgwal, Gerrit. (1999). “Prácticas cotidianas de resistencia” en Salman, Ton. y Kingman, Eduardo. (eds.), *Antigua Modernidad y Memoria del Presente: Culturas Urbanas e Identidades*. FLACSO Ecuador, 165-188.
- Butler, Judith. (2002). *Cuerpos que importan*. Paidós.
- Butler, Judith. (2007). *El Género en disputa*. Paidós.
- Casey, Sara E., y Tshipamba, Martin. (2017). Contraceptive availability leads to increase in use in conflict-affected Democratic Republic of the Congo: evidence from cross-sectional cluster surveys, facility assessments and service statistics. *Confl Health*, 11(2).
- Castro, Roberto., y Erviti, Joaquina. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Universidad Nacional Autónoma de México.

- CIMA. (2010). *Prospecto: información para el usuario. AMCHAFIBRIN 500 mg comprimidos*. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/53940/Prospecto_53940.html
- Clarke, Adele E. (1998). *Disciplining Reproduction: Modernity, American Life Sciences, and the Problems of Sex*. University of California Press.
- Conrad, Peter. (2007). *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. The Johns Hopkins University Press.
- Corvalán, Alejandra. y Maestre, Ariadna. (2017). Itinerarios de cuerpos menstruantes: Descolonizando el cuerpo de la mujer. *Revista Corpo-grafías: Estudios críticos de y desde los cuerpos*, 4(4), 77-91. <https://doi.org/10.14483/25909398.13663>
- Costa, Flavia. (2008). *El dispositivo fitness en la modernidad biológica. Democracia estética, just-in-time, crímenes de fealdad y contagio*. Jornadas de Cuerpo y Cultura de la Universidad Nacional de la Plata. Accesible en: https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.647/ev.647.pdf
- Cuevas, Tania. (2009). Cuerpo, feminidad y consumo: el caso de jóvenes universitarias. *Revista de Ciencias Sociales*, (123-124), 79-92. <https://doi.org/10.15517/rsc.v0i123-124.8815>
- Cuevas, Tania. (2014a). Tecnologías contraceptivas y Feminidad: la pastilla como un *script* de género. *Revista Reflexiones*, 93(2), 115-127. <https://doi.org/10.15517/rr.v93i2.17877>
- Cuevas, Tania. (2014b). CONTRACEPCIÓN Y FEMINIDADES: UN ANÁLISIS DE LA RESISTENCIA A LA PASTILLA. *Revista de Ciencias Sociales*, (143), 141-155. <https://doi.org/10.15517/rsc.v0i143.14576>
- Debusquat, Sabrina. (2017). *J'arrête la pilule*. Les Liens qui Libèrent.

- Del bosque, Marisa. (24 de diciembre de 2021). ¿Por qué las mujeres están dejando de tomar la píldora? *El Mundo*.
<https://www.elmundo.es/yodona/lifestyle/2021/12/23/61a0d0c021efa0811c8b45bd.html>
- Department of economic and social affairs. (2022). *World Family Planning 2022. Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method*. United Nations.
- Dupuy, Begoña. (2011). *Posiciones Feministas ante las Nuevas Tecnologías Reproductivas*. Universidad de Granada y Utrecht University.
- Elliot, Nicole. (2019). *The Georgia IUD Project: An Ethnography of Birth Control and Biopolitics* [Tesis]. Georgia State University.
- Engelman, Peter C. (2011). *A history of the birth control movement in America*. Praeger.
- Epstein, Abby. (Directora). (2022). *The business of birth control* [Documental]. BOBB Films.
- Equipo Daphne. (2011). *VII Encuesta de anticoncepción en España*. Bayer.
- Espejo, Ana., González, M^a Teresa., Garrido, Belén., y Álvarez, M^a Ángeles. (2019). “Ginecología y obstetricia: ¿influye el género?” en Ruiz, M^a Teresa (coord.). *Perspectiva de género en medicina*. Monografías 39, 206-236.
- Esteban, Mari Luz. (2004). Antropología encarnada. Antropología desde una misma. *CEIC*, (12), 1-21. <https://doi.org/10.1387/pceic.12093>
- Esteban, Mari Luz. (2008). “Etnografía, itinerarios corporales y cambio social: apuntes teóricos y metodológicos” en Imaz, Elixabete (coord.). *La materialidad de la identidad*, 135-158.

- Fábregues, Sergi., MENESES, Julio., Rodríguez-gómez, David., y Paré, Marie-Hélène. (2016). *Técnicas de Investigación Social y Educativa*. Editorial UOC.
- Falconí, María. (2022). La epistemología feminista: una forma alternativa de generación de conocimiento y práctica. *Contribuciones desde Coatepec*, (37).
- Fausto-Sterling, Anne. (2000). *Cuerpos sexuados*. Melusina. Traducción de Ambrosio García.
- Felitti, Karina. (2012). *La revolución de la píldora. Sexualidades y política en la Argentina de los años sesenta*. Edhasa.
- Fierro, Catalina. (2020). “Llevar a la acción este amor y cuidado por una misma, es un acto político”: Guiones de género y sexo política hormonal en narrativas de mujeres jóvenes que rechazan el uso de pastillas anticonceptivas como método de cuidado [Tesis Pregrado, Universidad de Chile]. Repositorio Académico de la Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/186686>
- Fleck, Ludwik. (1979). *Genesis and Development of a Scientific Fact*. University of Chicago Press.
- Foucault, Michel. (1976). *Histoire de la sexualité* (Vol. 1: La Volonté de Savoir). Gallimard.
- Foucault, Michel. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1), 3-25.
- Foucault, Michel. (1979). *Microfísica del poder*. La Piqueta.
- Foucault, Michel. (1994). *La ética del cuidado de si como práctica de la libertad*. Gallimard.
- Garcés, Luis. y Giraldo, Conrado. (2013). El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. *Discusiones Filosóficas*, 14(22), 187-201.

- García, Luis. y Arranz, Esther. (2014). Estudio de las reacciones adversas de los anticonceptivos hormonales desde la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España*, 16(3), 98-109.
- Gardey, Delphine. y Löwy, Ilana. (2000). *L'invention du naturel. Les sciences du féminin et du masculin*. Éditions des Archives contemporaines.
- Geampana, Alina. (2016). Pregnancy is more dangerous than the pill: A critical analysis of professional responses to the Yaz/Yasmin controversy. *Social Science & Medicine*, 166, 9-16.
- González, Deneb. (2022). El periodista como sujeto resistente: James Scott y las resistencias cotidianas en el periodismo. *Global Media Journal México*, 19(36), 86-108. <https://doi.org/10.29105/gmjmx19.36-469>
- Grau, Arantxa. (2019). ¿Desorientadas o descentradas? Itinerarios sexuales y proyectos de género en mujeres no-tan-heterosexuales. *ENCRUCIJADAS*, 17, 1-20.
- Gros, Alexis E. (2016). Judith Butler y Beatriz Preciado: una comparación de dos modelos teóricos de la construcción de la identidad de género en la teoría *queer*. *Civilizar*, 16(30), 245-260.
- Haakenstad, Annie., Angelino, Olivia., Irvine, Caleb., Zulfiqar, Bhutta., Bienhoff, Kelly., Bintz, Corinne., Causey, Kate., Dirac, Ashworth., Fullman, Nancy., Gakidou, Emmanuela., Glucksman, Thomas., Hay, Simon., Henry, Nathaniel., Martopullo, Ira., Mokdad, Ali., Everett, John., Lim, Stephen., Murray, Cristopher., y Lozano, Rafael. (2022). Measuring contraceptive method mix, prevalence, and demand satisfied by age and marital status in 204 countries and territories, 1970–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 400, 295-327.
- Haraway, Donna. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, 14(3) 575-599.

- Higgins, Jenny., y Smith, Nicole. (2016). The Sexual Acceptability of Contraception: Reviewing the Literature and Building a New Concept. *The Journal of Sex Research*, 53(4-5), 417-456.
- Hincapié, Jaime., Quintero, Mariana., Gaviria, Javier., Estupiñán, Hernán. y Amariles, Pedro. (2013). Causas de abandono, cambio o fallo terapéutico de la anticoncepción hormonal en mujeres universitarias. *CES Medicina*, 27(2), 153-162.
- Ignaciuk, Agata. (2009). Anticoncepción y aborto: una propuesta de análisis desde los estudios de género. *Eä Journal*, 1(2), 1-25.
- Ignaciuk, Agata. (2014). Publicidad farmacéutica y género: anuncios de la "píldora" en España (1964-1985). *Medicina e Historia*, (1), 4-21.
- Ignaciuk, Agata. y Ortiz, Teresa. (2016). *Anticoncepción, mujeres y género. La píldora en España y Polonia (1960-1980)*. Catarata.
- Ignaciuk, Agata. y Villén, Alba. (2018). ¿Una pequeña revolución sexual? Experiencias de sexualidad y anticoncepción de mujeres andaluzas entre los años cincuenta y ochenta del siglo XX. *Dynamis*, 38(2), 303-331
- INE. (2024). *Control de natalidad. Mujeres según si utilizan o no métodos anticonceptivos en la actualidad, tipo de anticonceptivo y edad*. Instituto Nacional de Estadística. Accesible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/p317/a2018/def/p01/e01/l0/&file=08001.px&L=0>
- Iriart, Celia. (2014). *Medicalización, biomedicalización y proceso salud-enfermedad-atención*. Universidad de la Plata.

- Jugo, Isabella. (16 de junio de 2024). “Ola” de mujeres que dejan sus pastillas anticonceptivas: por qué es una tendencia en aumento y qué debes saber sobre este método. *El Comercio Perú*. <https://elcomercio.pe/bienestar/salud-fisica/por-que-hay-mujeres-dejando-sus-pastillas-todo-lo-que-debes-saber-sobre-este-metodo-anticonceptivo-noticia/>
- Kissling, Elizabeth A. (2014). What Does Not Kill You Makes You Stronger: Young Women’s Online Conversations about Quitting the Pill en Nash, Meredith (Ed). *Reframing Reproduction: Conceiving Gendered Experiences, Genders and Sexualities in the Social Sciences*. Palgrave Macmillan.
- König, Christian. (2016). “Planwirtschaft und Eigeninitiative. Zür Einführung der Wunschkindpille in der DDR” en Niethammer, Lutz y Satjuko, Silke (eds.). «*Wenn die Chemie stimmt*». *Gender relations and birth control in the age of the «pill*». Wallstein, 252-261.
- Lagarde, Marcela. (2006). *Pacto entre mujeres: Sororidad*. Aportes para el debate.
- Lamarca, Marta. (14 de enero de 2019). *Miomas uterinos: una patología benigna muy frecuente*. Quirónsalud. <https://www.quironsalud.com/blogs/es/ellas/miomas-uterinos-patologia-benigna-frecuente>
- Le guen, Mireille., Schantz, Clémence., Régnier-Loilier, Arnaud. y De la Rochebrochard, Elise. (2021). Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 284, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114247>
- Lévy, Bernard-Henry. (1977). Foucault: no al sexo rey. *Triunfo*, (752), 46-51.
- Littlejohn, Krystale. (2013). “IT’S THOSE PILLS THAT ARE RUINING ME”: Gender and the Social Meanings of Hormonal Contraceptive Side Effects. *GENDER & SOCIETY*, 27(6), 843-863.

- Löwy, Ilana. (2005). Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale? Le Women Health Movement et les transformations de la médecine aux États-Unis. *Travail, genre et sociétés*, 2(14), 89-108.
- Malich, Lisa. (2015). "Variation in drugs and women: Standardization as tool for scientific marketing of oral contraceptives in France and West Germany" en Gaudillière, Jean-Paul. y ThomS, Ulrike (eds.). *The development of scientific marketing in the twentieth century. Research for sales in the pharmaceutical industry*. Pickering and Chatto, 145-165.
- Marks, Lara. (1997). Historia de la píldora anticonceptiva. *Ciencias*, (48), 32-39.
- Martínez, Lola. (2020). Corporeizar las etnografías desde perspectivas feministas. *Revista Estudos Feministas, Florianópolis*, 28(3), 1-15.
- Martínez, Luz M^a., Biglia, Barbara., Luxán, Marta., Fernández, Cristina., Azpiazu, Jokin. y Bonet, Jordi. (2014). Experiencias de investigación digital. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 14(4), 3-16.
- Ministerio de salud de la nación. (2014). *Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud*.
- Ministerio de salud y protección social de Colombia. (2018). *Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia. Explicando las causas de las causas*. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana.
- Ministerio de sanidad. (2024). *Los anticonceptivos orales: criterios de selección, utilización y manejo*. Sanidad. Accesible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/porVolumen/anticonc.htm
- Morete, Álvaro. y González, José Rafael. (2015). Métodos anticonceptivos en las mujeres inmigrantes y el papel de la enfermera: una revisión bibliográfica. *Enfermería Global*, 14(37), 455-466.

- Nijensohn, Malena. (2015). *Técnicas de subjetivación en la era farmacopornográfica. Una lectura de Paul B. Preciado*. I Congreso Latinoamericano de Teoría Social. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- Nucci, Marina. (2012). Seria a pílula anticoncepcional uma droga de “estilo de vida”? Ensaio sobre o atual processo de medicalização da sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (10), 124-139.
- Olesen, Virginia. (2012). “Investigación cualitativa feminista de principios del milenio. Desafíos y perfiles” en DENZIN, Norman. y LINCOLN, Yvonna (coords.). *Paradigmas y perspectiva en disputa*. Gedisa.
- Oliveira, Thais. y Martínez, Ana. (2022). Violencia gineco-obstétrica y justicia reproductiva. Una reflexión psicoantropológica. *Religación*, 7(34), 1-13.
- Ortiz, Teresa. y Santesmases, María Jesús. (2014). *Gendered drugs and medicine. Historical and socio-cultural perspectives*. Farnham.
- Otzen, Tamara. y Manterola, Carlos. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232.
- Oudshoorn, Nelly. (1990). On the Making of Sex Hormones: Research Materials and the Production of Knowledge. *Social Studies of Science*, 20(1), 5-33.
- Oudshoorn, Nelly. (1994). *Beyond the Natural Body. An archeology of sexhormones*. Routledge.
- Oudshoorn, Nelly. (1997). La mujer hormonal. Creación de un concepto. *Ciencias*, (48), 20-26. Traducción Nina Hinke.
- Oudshoorn, Nelly. (2003a). *The male pill: A biography of a technology in the making*. Duke University Press.

- Oudshoorn, Nelly. (2003b). Clinical Trials as a Cultural Niche in Which to Configure the Gender Identities of Users: The Case of Male Contraceptive Development en Oudshoorn, Nelly. y Pinch, Trevor. (eds.), *How Users Matter. The Co-Construction of Users and Technologies Massachusetts*. The MIT Press, 209-227.
- Oudshoorn, Nelly. (2004). “Astronauts in the Sperm World”. The Renegotiation of Masculine Identities in Discourses on Male Contraceptives. *Men and Masculinities*, 6(4), 349-367.
- Oudshoorn, Nelly. y Van Kammen, Jessika. (2002). Gender and risk assessment in contraceptive technologies. *Sociology of Health & Illness*, 24(4), 436-461.
- Petruta, Ana., García, Emilio., Martínez, Fernando. y Moreno, Ana. Grado de desconocimiento sobre el uso de anticonceptivos hormonales en una farmacia comunitaria de Zaragoza. *Ars Pharmaceutica*, 50(1), 1-7.
- Piñeyro, Magdalena. (2019). *10 gritos contra la gordofobia*. Vergara.
- Planned Parenthood. (2024). *¿Qué es el control sexual y reproductivo?* Planned Parenthood. <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/relaciones/relaciones-sanas/que-es-el-control-sexual-y-reproductivo>
- Preciado, Paul B. (2008). *TESTO YONQUI*. Espasa Calpe.
- Quadrelli, Silvia. (2015). La medicalización de la vida: entre el anhelo y la quimera. *Revista americana de medicina respiratoria*, 15(1), 2-10.
- Quivy, Raymond. y CarNPENHOUDT, Luc Van. (2005). *Manual de investigación en ciencias sociales*. Limusa.
- Ribbeck, Daniela [@dani.ginecologa]. (9 de julio de 2024). *Las pastillas anticonceptivas pueden ser un tratamiento eficaz para manejar los SINTOMAS de algunas enfermedades que alteran el ciclo menstrual* [Fotografía]. Instagram. <https://www.instagram.com/p/C9LmiaUx75s/>

- Rodríguez, Tamara. (2019). SALUD REPRODUCTIVA EN LAS MUJERES GITANAS: Un análisis de género y etnicidad. Universidad de Zaragoza.
- Salamanca, Jessika A. (2019). *Relación entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y el funcionamiento sexual en una muestra de mujeres colombianas sexualmente activas*. Konrad Lorenz.
- Sánchez, Carmen. (1998). *Relación entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y el funcionamiento sexual en una muestra de mujeres colombianas sexualmente activas* [Tesis doctoral no publicada]. Universidad Complutense de Madrid.
- Sanz, Xusa [@soyxusasanz]. (18 de enero de 2024). *Me habéis enviado en masa el vídeo que compartió ayer mi compañero Jose Abellán @doctorabellan sobre infarto en una mujer* [Fotografía]. Instagram. <https://www.instagram.com/p/C2POpLtNKxy/>
- Scott, James C. (1985). *Weapons of the weak. Everyday forms of peasant resistance*. Yale University Press.
- Scott, James C. (2000). *Los dominados y el arte de la resistencia. Discursos ocultos*. Era.
- SEC. (2022). *Encuesta de Anticoncepción en España 2022. Hábitos de la población femenina en relación al uso de métodos anticonceptivos*. Observatorio de Salud sexual y reproductiva de la Sociedad Española de Contracepción. Accesible en: <https://hosting.sec.es/descargas/Encuesta2022.pdf>
- Silies, Eva-Maria. (2010). *Liebe, Lust und Last: Die Pille als Weibliche Generationserfahrung in der Bundesrepublik 1960-1980*. Wallstein.
- Sinding, Christiane. (2003). Le sexe des hormones: l'ambivalence fondatrice des hormones sexuelles. *Cahiers du Genre*, (34), 39-56.
- Suarez, Maialen., Silvestre, María. y Royo, Raquel. (2019). Rompiendo *habitus*, (re)orientando caminos. Prácticas e identidades sexuales emergentes como resistencias subversivas al orden sexual patriarcal. *ENCRUCIJADAS*, 17, 1-25.

- Tarzibachi, Eugenia. (2017). *Cosa de mujeres. Menstruación, género y poder*. Sudamericana.
- Taboada, Leonor. (1978). *Cuaderno Feminista. Introducción al Self-Help*. Las desobedientes, Fontanella.
- Thoms, Ulrike. (2014). "The contraceptive pill, the pharmaceutical industry and changes in the patient-doctor relationship in West Germany" en Ortiz, Teresa. y Santesmases, María Jesús (eds.). *Gendered drugs and medicine: Historical and socio-anthropological perspectives*. Ashgate, 153-174.
- Tone, Andrea. (2001). *Devices and desires: a history of contraceptives in America*. Wang and Hill.
- Torras, Meri. (2007). "El delito del cuerpo" en Torras, Meri (ed.). *Cuerpo e identidad: estudios de género y sexualidad I*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Toulemon, Laurent. y LERIDON, Henri. (1991). Vingt années de contraception en France: 1968-1988. *Population*, 46(4), 777-811.
- Tyler, Elaine. (2010). *AMERICA AND THE PILL. A History of Promise, Peril, and Liberation*. Basic Books.
- Valls, Carme. (2009). Anticonceptivos hormonales: ya no son la primera elección. *Mujeres y Salud*, (25), 29-31.
- Valls, Carme. (2010). La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad. *Aequalitas*, (26), 38-45.
- Valls, Carme. (2016). ¿Anticonceptivos orales a las adolescentes? Mejor no. *Mujeres y Salud*, (40), 31.
- Valls, Carme. (2020). *Mujeres invisibles para la medicina*. Capitán Swing.
- Vidal, Raquel. (2019). *Análisis de la controversia de la píldora anticonceptiva. Estudio de los posicionamientos de las usuarias españolas*. Universidade da Coruña.

Wajcman, Judy. (2006). *El tecnofeminismo*. Cátedra.

Watkins, Elizabeth. (2012). How the pill became a lifestyle drug. The Pharmaceutical Industry and Birth Control in the United States Since 1960. *American Journal of Public Health*, 102(8), 1462-1472.

Weber, Lauren. y Malhi, Sabrina. (21 de marzo de 2024). Women are getting off birth control amid misinformation explosion. *The Washington Post*.
<https://www.washingtonpost.com/health/2024/03/21/stopping-birth-control-misinformation/>

Wessel, Charlotte., Steinrud, Lina., Vedel, Lars. y Lidegaard, Øjvind. (2016). Association of Hormonal Contraception With Depression. *JAMA Psychiatry*, 73(11), 1154-1162.

Yupanqui, Andrea., ARANDA, Cristian. y Ferrer, Victoria A. (2021). Prácticas de salud de dominación y exclusión: visiones de activistas, profesionales e investigadoras sobre situación de esterilizaciones forzadas en mujeres y niñas con discapacidad en España. *Saúde e Sociedade*, 30(1), 1-12.

Zuil, María. y Villarreal, Antonio. (2024). *La mitad que sangra. Cómo y por qué hemos ignorado históricamente la menstruación*. Libros del K.O.

Contraportada

Elaboración propia a través de imágenes extraídas de: Smithsonian Institution.

Anexos

Anexo I. Mi itinerario hormonal

A la edad de **13 años**, a petición del personal de ginecología, inicié el consumo de **la píldora** por **motivos no contraceptivos**. La irregularidad menstrual, su dolor, el “exceso” de vello y el acné fueron diagnosticados a simple vista, sin pruebas de por medio: hiperandrogenismo femenino. Recuerdo cambiar varias veces de marca, pero no los motivos ni sus posibles consecuencias; ¿acaso sabía cómo era mi cuerpo antes de la ingesta?, ¿era una persona con bajo deseo sexual o me lo provocaba el fármaco? Ni siquiera lo pensé. Años después, lejos de la adolescencia, abandoné su consumo, pero no por mucho tiempo.

A los **22 años**, fruto del miedo a quedarme embarazada, al pánico a una anterior operación a los 20 -provocada por un quiste hemorrágico en el ovario que me provocó una hemorragia interna de dos litros de sangre- y al dolor insoportable que me causaba la menstruación me coloqué el **DIU hormonal**. Durante los dos años y medio posteriores perdí por completo el deseo sexual, no tenía lubricación, estaba extremadamente triste y cada mes sufría infecciones vaginales que condicionaban mi día a día. A lo largo de ese período visité en repetidas ocasiones a diferentes ginecólogas de la pública para explicarles lo que me sucedía y que yo vinculaba estos efectos secundarios con el DIU.

Me sentía desconectada de mi cuerpo y mi identidad, **mi cuerpo ya no era mío**. Desde ginecología no solo **negaron la vinculación de los efectos con el fármaco** (haciéndome sentir como una loca), sino que le **quitaron importancia a mi experiencia** y me dieron lubricante -a pesar de explicar que este me causa irritación- para facilitar la penetración: ¿Acaso el “disfrute” de mi pareja iba por encima de mi placer y salud sexual?

El demorarme en vincular los efectos secundarios, el estado de tristeza en el que me encontraba, el pánico a volver a sentir dolor y la responsabilidad de evitar un embarazo, entre otras cosas, ayudaron a posponer la toma de la decisión. Fruto del malestar, durante el transcurso de este período me dediqué a **buscar información** en libros con perspectiva de

género, artículos, blogs, redes sociales y, sobre todo, en mis amigas. De repente me veía reflejada en otros relatos, en otras experiencias e historias. Así, en 2022 decidí abandonar por fin el consumo de MAH y **la totalidad de efectos secundarios experimentados desaparecieron rápidamente**. Actualmente, sigo teniendo “exceso” de vello y mis menstruaciones se siguen leyendo desde ginecología como “irregulares” porque mis ciclos son de 36 días en lugar de 28 y los dolores menstruales han ido a más. En este sentido, mis menstruaciones se vuelven incapacitantes y para llevar una vida “normal” debo medicalizarme con antiinflamatorios. No obstante, las visitas a ginecología informando del dolor en los últimos 14 años siguen remitiéndome a la toma de MAH sin pruebas previas, aspecto que provoca el desconocimiento de la procedencia real de este dolor: ¿Hasta cuándo?

Anexo II. Aclaraciones terminológicas

Dada la frecuencia de ciertos conceptos empleados a lo largo de la investigación como elementos vertebradores de éste, consideramos necesario clarificar algunos conceptos.

El término “mujeres” se emplea para destacar el impacto de género que tiene y ha tenido el consumo de MAH en el sistema patriarcal en el que vivimos. Sin embargo, con su uso no se pretende infravalorar o invisibilizar las vivencias de otras personas que también los consumen como las personas con identidades disidentes -personas trans* y/o no binarias-, sino que en esta ocasión se enfoca en las mujeres cis que representan esta investigación.

Asimismo, se hace referencia al término “feminismo” en singular en lugar de “feminismos” contemplándolo como un concepto que alude simbólicamente a la agrupación de masas, movimientos sociales que luchan contra las desigualdades de poder, mandatos de género y el sistema cisheterosexista, colonial, LGTBIfóbico y capacitista. Así, su uso no responde a la interpretación del feminismo como un movimiento hegemónico, sino que deviene como un concepto paraguas.

Anexo III. Guion de la entrevista

Inicio del consumo: El ingreso

¿A qué edad empezaste a tomar anticonceptivos hormonales y por qué motivo?
 ¿Qué expectativas tenías sobre su uso?

Sensaciones corporales	¿Recuerdas cómo te sentiste utilizándolos por primera vez?
Otras relaciones	¿Recuerdas compartir con familiares, amistades o parejas la experiencia/deseo de consumir MAH?
Consulta médica	<p>¿Te ofrecen otras soluciones aparte de MAH?</p> <p>En caso de que el motivo no sea contraceptivo: ¿Te realizan pruebas previas para indagar en la causa real?</p> <p>En caso de que sí: ¿mantuviste conversaciones explícitas sobre la sexualidad, las relaciones sexo afectivas, el placer, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y otros cuidados?</p> <p>¿Te realizan pruebas o preguntas para descartar riesgos?</p> <p>¿Te explicaron los distintos métodos anticonceptivos que existen? ¿Tuviste la opción de elegir entre los diferentes métodos?</p> <p>¿Te informaron del funcionamiento y uso del anticonceptivo? ¿y de los posibles efectos secundarios? ¿Te explicaron que se suprime la ovulación o qué es el sagrado por privación?</p> <p>¿Te preguntaron sobre tu identidad u orientación sexual?</p> <p>¿Consideras que pudiste hacer la totalidad de preguntas que tenías? ¿Recuerdas experimentar alguna sensación, emoción o sentimiento durante la prescripción del anticonceptivo?</p> <p>¿Recuerdas contestar a la/el ginecóloga/o, negarte a alguna de las pautas o poner en cuestión alguna información?</p>

El cuerpo durante la toma

¿Durante cuánto tiempo consumes el/los MAH? ¿Sentías que tus expectativas se estaban cumpliendo?

Sensaciones corporales	<p>¿Consideras que el consumo de MAH te aportaba beneficios? ¿Y efectos secundarios? ¿Cómo fue la experiencia global de consumo?</p> <p>En caso de provocar cambios en tu cuerpo, ¿estos eran a nivel físico, emocional o sexual?</p> <p>En caso afirmativo, ¿consideras que esto pudo afectar a tu autopercepción corporal, autoestima o agencia?</p>
Otras relaciones	<p>En caso de utilizar el MAH para evitar un embarazo, ¿la pareja sexual compartía la responsabilidad?</p> <p>¿Cuál era tu postura ante esto?</p>
Consulta médica	<p>En caso de experimentar algún efecto secundario, ¿solicitaste ayuda o información al personal de ginecología?</p> <p>En caso afirmativo, ¿cuál es fue su respuesta? ¿Te hicieron pruebas, evaluaciones o seguimientos?</p> <p>¿Recuerdas experimentar alguna sensación, emoción o sentimiento durante la consulta o al salir?</p> <p>¿Recuerdas contestar a la/el ginecóloga/o, negarte a alguna de las pautas o poner en cuestión alguna información?</p> <p>En caso negativo, ¿por qué motivos?</p>

Fin del consumo: El rechazo

¿En qué momento decidiste dejar de tomar MAH?, ¿pensaste mucho sobre esta decisión?

¿Qué factores consideras que no te dejaban tomar esta decisión? ¿Qué aspectos te influyeron o ayudaron a tomar esta decisión?

Sensaciones corporales	¿Cómo te sentías mientras tomabas la decisión de dejarlos? ¿Y al hacerlo? ¿Qué pensabas que pasaría si dejabas de consumirlas?
Otras relaciones	Al tomar la decisión, ¿se lo comunicaste o compartiste a alguien? ¿Cuál fue su reacción? ¿Solicitaste ayuda, información o apoyo para dejar los MAH? ¿Sentiste miedo a lo que la sociedad, familia, amistades o parejas, pudieran pensar de ti, a sentirte juzgada/e/o?
Consulta médica	En caso de comunicarlo en consulta ¿Cómo reaccionó el personal de ginecología ante esta decisión? ¿Cuál fue tu postura ante esto?

Menstruación

¿Cómo crees que ha sido tu relación con la menstruación durante todo el itinerario? ¿Qué importancia tiene para ti sangrar?

¿Alguna vez durante la consulta o a nivel social has escuchado que los métodos hormonales “regulan el ciclo”?

¿Cómo te enteraste de que el método anticonceptivo no regulaba realmente tu ciclo, sino que la sangre era por privación?

El cuerpo (en el) presente

Actualmente, ¿utilizas algún método anticonceptivo?, ¿cuál?

Viendo todo con perspectiva, ¿crees que la decisión de consumir MAH fue autónoma o, por el contrario, surgió de un deseo aprendido y reproducido socialmente?

Desde el presente, ¿qué consideras que debiera cambiar para que tu itinerario hormonal, según tu percepción, hubiese sido amable?

Sensaciones corporales	<p>Con el tiempo, ¿experimentaste cambios en tu cuerpo a nivel físico, emocional o sexual?</p> <p>En caso afirmativo, ¿cómo afectó eso a tu autopercepción corporal, autoestima o agencia?</p> <p>¿Estás satisfecha con la decisión tomada? ¿Cómo te sientes ahora?</p>
Otras relaciones	<p>En caso de utilizar otro método, ¿este te lo ha recomendado alguien, lo has buscado por internet?</p> <p>¿Compartes tu historia hormonal a menudo? En caso afirmativo, ¿con quién?, ¿con qué intención?</p>
Consulta médica	<p>¿Desde ginecología te han insistido en la toma de MAH?</p> <p>¿Cómo calificarías la relación global que has tenido con el/la ginecólogo/a?</p>

¿Te consideras feminista? ¿Crees que esto podría afectar a tu itinerario?

¿Cómo te sientes después de haber respondido todas estas preguntas y haber compartido tu itinerario hormonal?

Anexo IV. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Actuando en nombre e interés propio DECLARO QUE:

- He recibido información sobre el proyecto *Itinerarios hormonales: análisis de las experiencias y resistencias al uso de métodos anticonceptivos hormonales*, del cual se me ha librado la hoja informativa anexa a este consentimiento y para el cual se solicita mi participación.

- He entendido el significado, se me han aclarado las dudas sobre sus objetivos y metodología y me han sido expuestas las acciones que se derivan de este proyecto.

- Se me ha informado de todos los aspectos relacionados con la confidencialidad y protección de datos en relación con la gestión de datos personales que comporta el proyecto y las garantías dadas en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos y la normativa complementaria.

- Mi colaboración en el proyecto es totalmente voluntaria y tengo derecho a realizar todas las preguntas que me parezcan pertinentes sobre el estudio y mi participación. Asimismo, tengo derecho a retirarme en cualquier momento y revocar este consentimiento, sin que esta retirada pueda influir negativamente en mi persona en ningún caso.

Por todo esto, DOY MI CONSENTIMIENTO A:

1. Contar con mi participación en el estudio *Itinerarios hormonales: análisis de las experiencias y resistencias al uso de métodos anticonceptivos hormonales*.

2. Que mi participación sea grabada en audio a través de la plataforma o aplicación de reunión virtual.
3. Que puedan ser difundidas las informaciones que el proyecto genere. Tendré garantías que se preservará en todo momento mi identidad e intimidad, tal como establecen la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos y la normativa complementaria.
4. Que conserve todos los registros efectuados sobre mi persona en apoyo electrónico, con las garantías y los plazos legalmente previstos, si están establecidos, y a falta de previsión legal, por el tiempo que sea necesario para cumplir las funciones del estudio por el cual los datos son recaudados.

Firma de la persona participante:

Firma de la investigadora:

Anexo V. Sujetos de investigación

Júlia: mujer cisgénero, heterosexual, de 26 años que vive en Santa Eulàlia de Ronçana. Estudió un grado y un máster y actualmente compagina su trabajo como profesora de inglés para adultos con la preparación de oposiciones. El principal motivo del ingreso al consumo, con 21 años, es una anemia acompañada de menstruaciones dolorosas, incapacitantes -con fiebre y vómitos- y con excesivo sangrado. El período de consumo abarca más de 5 años, desde 2018 hasta la actualidad, y como MAH se emplean: 3 meses la píldora, 3 años otro tipo de píldora, 1 año y medio el anillo y desde hace 6 meses el DIU hormonal. Los efectos secundarios descritos son físicos y, sobre todo, emocionales y sexuales: acné, ansiedad, TLP, TOC, mala gestión de la ira, autolesión, tristeza profunda, candidiasis y falta de libido.

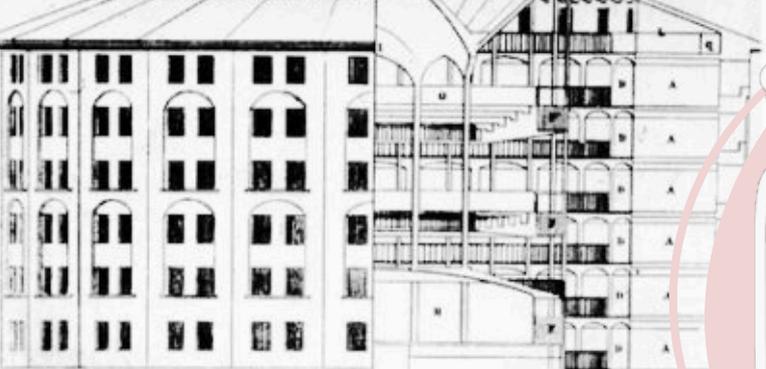
Andrea (ella): mujer cisgénero, heterosexual, de 32 años que vive en La Garriga. Estudió un grado universitario y actualmente trabaja como actriz de doblaje. El principal motivo del ingreso al consumo, con 18 años, es la amenorrea hipotalámica -ausencia de la menstruación derivada de un TCA (Trastorno de la Conducta Alimentaria)-, aunque esta se ignora y se trata como una desregulación del ciclo. El período de consumo abarca más de una década, desde 2011 a 2022, y como MAH se emplean dos tipos de píldoras. Los efectos secundarios descritos son físicos y, sobre todo, emocionales: dolores de cabeza, mareos, falta de sueño, estado depresivo.

Cala (ella): mujer cisgénero, lesbiana, de 28 años que vive en Barcelona. Actualmente, su ocupación principal es la de estudiante de un máster universitario. El principal motivo del ingreso al consumo, con 26 años, es un dolor incapacitante causado por la menstruación, que meses después es diagnosticado como adenomiosis. El período de consumo abarca aproximadamente un año y medio, desde 2022 a 2024, y como MAH se emplean tres tipos de píldoras. Los efectos secundarios descritos son físicos, emocionales y sexuales: dolor en las mamas, hinchazón del bajo vientre, aumento de peso, inestabilidad emocional y bajo deseo sexual.

Manuela (ella): mujer cisgénero, heterosexual, de 25 años que vive en Viladecans desde hace cuatro años; su país de origen es Colombia. Estudió un grado medio y actualmente trabaja como manicurista. El principal motivo del ingreso al consumo, con 15 años, es puramente contraceptivo. El período de consumo abarca 9 años, desde 2014 a 2023, y como MAH se emplea la inyección anticonceptiva. Los efectos secundarios descritos son físicos y sexuales: cansancio, cambio del color y disminución del “sangrado” menstrual y falta de libido.

Sandra (ella): mujer cisgénero, heterosexual, de 48 años que vive en Barcelona. Estudió una Diplomatura universitaria y varios postgrados y actualmente trabaja como mediadora comunitaria. Ingresa al consumo en dos ocasiones, con 30 y 42 años, respectivamente, por razones distintas: la primera vez, el motivo principal es puramente contraceptivo -debido a una estancia larga en Senegal, país que prohíbe el aborto- y, la segunda vez, a causa de sangrados menstruales abundantes -derivados de la presencia de miomas- que le provocan anemia. El primer período de consumo abarca unos 6 meses, en 2006, y el segundo unos 7 meses, entre 2018 y 2019, y como MAH se emplean: para el primer período la píldora y para el segundo el anillo y otro tipo de píldora. Los efectos secundarios descritos son físicos, emocionales y sexuales: retención de líquidos, aumento del sangrado, cansancio, apatía, picor en la zona vaginal y vulvar y falta de libido y de lubricación.

Laia (ella): mujer cisgénero, bisexual, de 31 años que vive en Parets del Vallès. Estudió varios ciclos formativos y actualmente trabaja como actriz de doblaje. Ingresa al consumo en dos ocasiones, con 17 y 23 años, respectivamente, por razones distintas: la primera vez, el motivo principal es puramente fisiológico -desea regular su menstruación porque sangra cada 10 días y no mantiene relaciones sexuales con penetración debido a tener vaginismo- y, la segunda vez, como método contraceptivo -su pareja se niega a utilizar preservativo-. El primer período de consumo abarca unos 2 años, desde 2010 a 2012, y el segundo un año, entre 2015 y 2016, y como MAH se emplean: para el primer período dos píldoras distintas y para el segundo otro tipo de píldora. Los efectos secundarios descritos son físicos y emocionales: aumento de peso y tristeza profunda.

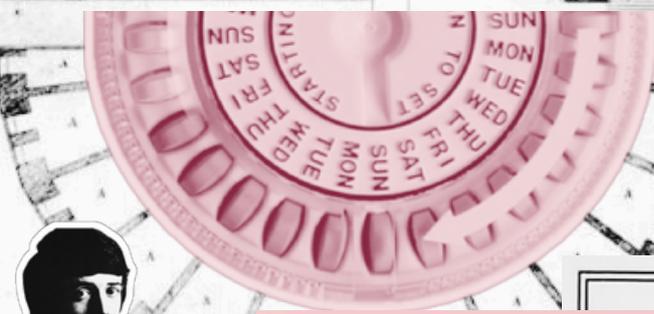


"That's right boys... I'm on the pill!"



ASK YOUR DOCTOR ABOUT
YASMIN
IN YOUR NEXT VISIT!

Dismenorrea
Endometriosis
Esterilidad funcional
Irregularidades del ciclo



3 semanas de tratamiento



BARBARA SEAMAN



Would you be more careful if it was you that got pregnant?

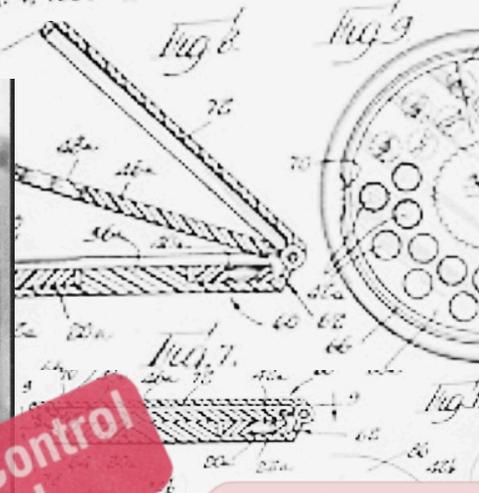
Doctors' Case Against the Pill



HAVE YOU HAD YOUR PILL TODAY

1 semana de descanso

Crisis ovulatorias
Aug. 4, 1964



100% Safe - Harmless

Birth Control PILL

"Los satisfechos"



Neogynona

Médicos satisfechos.
Porque con Neogynona disponen del ovulístico ideal para todo tipo de mujer.



THE PILL IS A NO-NO

Control seguro de la ovulación para la paciente olvidadiza durante

3 meses

Una sola inyección de 3 ml de Depo-Progevera 150 proporciona un control seguro de la ovulación durante 3 meses. No hay píldoras que recordar ni píldoras que olvidar.



Neogynona - la prescripción que satisface a médicos y pacientes