



“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.

Memoria para optar al Título de Antropóloga Social

Catalina Fierro Pérez

Prof. Guía: Carolina Franch Maggiolo

Santiago, 2020

*A mi abuela,
cuyo deseo ha sido escribir
desde, sobre y hacia las mujeres.*

*

Sexo y libertad despertarán en el mismo lecho

(Las muchachas caminan

Con sus paños cubiertos de sangre

Las muchachas llevan sus pechos descubiertos

Las muchachas sonrían mientras cae la tarde sobre sus

Pies desnudos y son ana inés pa

Tricia carla andrea ana inés pa

Traen el deseo la pasión del ardor mutilado

Y van llorando un no sé qué de silencio

Y mojan todos los pubis del universo pubis amarillos

Violetas castaños negros intensos y son ana inés pa)

Maha Vial, 1995. Sexilio.

Agradecimientos

A mi familia, por su amor y apoyo siempre, aun cuando el panorama puede parecer adverso. Su cariño y soporte es y ha sido fundamental para sortear este camino, incluso cuando a veces se me hace difícil acercarlos esto de la antropología.

A mi profesora guía, por involucrarse desde el principio en este proceso y tener siempre algo que decir, gracias por tu ánimo para trabajar juntas, tu confianza, tus críticas alentadoras y tus palabras de apoyo.

A todos/as los/as amigos/as y compañeros/as de vida por los múltiples refugios que construimos para apoyarnos y tejer redes de confianza, amor y entendimiento; por sus consejos y puntos de vista, en los que se sostiene este proceso. Ustedes saben quiénes son y cuánto les agradezco.

Especialmente, agradezco al refugio precordillerano que me cobijó, a las hermanas que encontré en él y a la cotidianeidad que construimos para hacer de este proceso algo más ameno. Agradezco además a mi compañero de andanzas que tanto más llevadero ha hecho momentos difíciles, gracias por tus consejos, tu ánimo y amor.

Sobre todo, a las mujeres que han participado en esta memoria, que me abrieron las puertas de sus casas y de sus historias, que me compartieron sus amores, dolores, anhelos, ideales... Que se compartieron a ellas mismas. Sin ustedes y su involucramiento sincero, esto no sería posible. Esta memoria es desde y para ustedes, para nosotras, para todas.

Índice

Índice	5
Resumen.....	7
Presentación.....	8
1. Antecedentes.....	8
2. Planteamiento del Problema	15
3. Objetivos.....	17
4. Marco Teórico	18
5. Marco Metodológico.....	27
6. Resultados	39
Capítulo I.	39
Memorias del ritual hormonal, consagración de la feminidad y narrativas del rechazo.....	39
I.1 El ingreso: Habitar el cuerpo y el mundo desde el ritual hormonal y su <i>script de género</i>	40
<i>I.1.a “Mamá, quiero ir al ginecólogo”</i>	40
<i>I.1.b La consagración de la Triada: Madre, Médico y Pareja. ¿Dónde quedan las adolescentes?</i>	41
<i>I.1.b La paradoja de la autonomía</i>	45
<i>I.1.c La figura icónica: La Madre</i>	47
<i>I.1.d El lenguaje: Metáfora y omisión</i>	48
<i>I.1.e La paradoja de la información/desinformación</i>	51
<i>I.1.f El consumo de pastillas como rito de consolidación de la feminidad y la cristalización del ritual/rutina en el cuerpo</i>	52
<i>I.1.g Otros métodos</i>	55
I.2 Los efectos: El cuerpo dentro de la norma, el cuerpo en constante malestar	56
<i>I.2.a El embodiment del malestar: (no) deseo, dolor y depresión</i>	56
<i>I.2.b Cuerpo cyborg: Normalidad y hegemonía del cuerpo en regla</i>	60
I.3 La salida: Decisiones fundadas en las reflexiones corporalizadas y “lo que el cuerpo siente”	62
<i>I.3.a Revertir el patrón de desinformación a partir de los malestares</i>	62
<i>I.3.b Las pastillas como referente nocivo y una nueva corporalidad en las mujeres que las rechazan</i>	63

<i>I.3.c La dimensión colectiva de la decisión –las amigas- y la disolución del mandato heterosexual.....</i>	66
Capítulo II.	69
De temores, negociaciones y resistencias cotidianas.....	69
II.1 Experiencias de coerción: Desconocer, temer y resistir.....	69
<i>II.1.a El abismo que siento entre yo y mi propio cuerpo: La política del miedo y el cuerpo a la deriva.....</i>	69
<i>II.1.b Coerción y violencia ginecológica: Evitar la desviación, encauzar la normalidad</i>	73
<i>II.1.c El hecho científico: Naturalización del relato-verdad ginecológico.....</i>	74
<i>II.1.d Donde hay poder, hay resistencia: Hastío y reacción a la coerción.....</i>	77
II.2 La intimidad en resistencia: Vínculos sexo afectivos después de las hormonas.	79
<i>II.2.a Cuestionando el guion: Masculinidad hegemónica y puntos de fuga.</i>	79
<i>II.2.b La sexualidad: territorio de negociaciones y de disputa.</i>	82
II.3 El cuerpo como trinchera: Estrategias de cuidados sexuales y reproductivos después de las hormonas.....	86
<i>II.3.a Métodos de contracepción no hormonales: Tecnología, ciclos y flujos.....</i>	86
<i>II.3.b Conocimiento de si, poder de si: Estrategia de autocuidado feminista en el cuerpo-territorio.....</i>	90
Reflexiones finales.....	97
<i>Derechos sexuales, micropolíticas corporales y el cuidado de sí como resistencia íntimo-sexual.....</i>	97
Bibliografía.....	108
Anexo 1. Pauta consentimiento informado.....	117
Anexo 2. Categorización de las variables y pauta entrevistas	119

Resumen

La presente memoria se presenta como una investigación cualitativa que tiene por objetivo explorar y reflexionar acerca de las experiencias de mujeres santiaguinas jóvenes de clase media, que han decidido suspender indefinidamente el consumo de anticonceptivos hormonales para cuidar de su cuerpo y sus procesos reproductivos. Para esto, se profundizó en las narraciones y memorias del uso de hormonas, indagando en el por qué se toma esta decisión; explorando las emociones que esta decisión conlleva, las negociaciones que deben sortear, y las nuevas estrategias de cuidado con la que estas mujeres reorganizan y resignifican su vida sexual. Esto se realiza desde la comprensión del fenómeno médico como manifestación de un contexto sociocultural moderno específico, que se caracteriza por una medicalización exponencial que afecta de forma diferencial a las personas; dentro de lo que se encuentra una tendencia a la medicalización de los cuerpos femeninos producto –entre otros- de su asociación histórica con la reproducción. Desde esta lectura antropológica de la medicina, los fármacos de anticoncepción hormonal aparecen como tecnologías sexo políticas que imprimen ciertos discursos de género y sexualidad en los cuerpos de las mujeres, lo que se evidencia en la experiencia de las participantes. En estos relatos se muestra la consolidación de conductas, dinámicas sexo afectivas y corporalidades femeninas que se definen por un guion de género particular, y que son reproducidas en un ritual hormonal que persiste en el tiempo. Pero además se reflexiona cómo el rechazo al consumo de los anticonceptivos puede ser leído como posible punto de fuga a estas pautas, manifestados en actos cotidianos de resistencia que se sitúan como nodos de acción política feminista desde el cuerpo-territorio y la intimidad, y en los que se expresa una práctica de cuestionamiento a este mandato de la medicalización hormonal. Por último, se discute sobre las nociones de autocuidado que emanan de las participantes; abordando también la temática sobre los derechos sexuales y reproductivos a la luz de lo evidenciado en esta memoria.

Palabras clave: Anticonceptivos hormonales – Cuerpos de mujeres - Guion de género — Sexualidad – Cuidados - Resistencia cotidiana.

Presentación

1. Antecedentes

a. *Medicalización de la vida*

Existe un diagnóstico general de autores/as que proponen que en las últimas décadas, las sociedades contemporáneas y capitalistas han aumentado de forma exponencial su demanda social de atención médica. En el siglo XX, esta demanda creciente se encuentra relacionada a una denominada revolución en el ámbito biomédico, la que ha permitido grandes avances en el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades, conllevando también –junto con otros factores- extender los años de vida de la población y, en muchas ocasiones, mejorar la calidad de vida de las personas. Reconociendo estos aportes de la demanda médica, se evidencia también una tendencia hacia un proceso de *medicalización* de la asistencia sanitaria, extendiéndose esta última desde los procesos meramente patológicos, hacia los fisiológicos (Amigot y Pujal, 2015. Erpel, 2015. Goberna, s.f. Conrad, 1992).

La *medicalización* es el proceso mediante el cual ciertos problemas no necesariamente médicos, comienzan a ser entendidos, definidos y tratados como tales, siendo catalogados entonces en términos de enfermedad o desórdenes. Encontramos cada vez más patologías asociadas a diferentes procesos fisiológicos, las que anteriormente no necesitaban de control médico obligatorio ni del uso de fármacos o medicamentos, pero que aun así estarían siendo tratadas bajo esta lógica (Conrad, 1992). Esto conlleva a que a los cuerpos y su fisiología se les asocie cierta normalidad, ciertos estándares y cánones que deben cumplir para no ser entendidos como defectuosos o enfermos. Y si bien la atención médica expandida ha permitido mejoras en la prevención y salud de las personas, se plantea que esta medicalización faculta procesos de control social y político desde la medicina, ya que captura la experiencia de las personas y la lee en términos de generalidades, vaciándose de su sentido subjetivo, cultural, social y político; configurándose como una red de vigilancia que actúa mediante la homogeneización de la fisiología del cuerpo y el establecimiento de estándares de salud que deben ser cumplidos (Amigot y Pujal, 2015): *La consolidación de la profesión médica conlleva también la consolidación sobre el control de los cuerpos* (Blázquez, 2005:7).

Es posible evidenciar que históricamente, la medicalización no ha abarcado de igual manera a todos los cuerpos o procesos fisiológicos, siendo algunos más susceptibles que otros a este proceso. Es el caso de la sexualidad y la reproducción, fenómenos que se han visto enormemente medicalizados. En esta lógica los cuerpos de las mujeres, dotados de una anatomía particular, han sido en mayor medida propensos a la medicalización producto de la asociación histórica de estos cuerpos con la reproducción (Blázquez, 2005). Esta asociación no es intrínseca ni natural, sino que se ha construido cultural y socialmente sobre fenómenos fisiológicos como la menstruación, el embarazo, el parto y la menopausia; aportando a la construcción de un imaginario cultural en que el cuerpo de las mujeres está dado y definido por la reproducción, o la ausencia de esta (Nucci, 2012). Se comprende

que la sexualidad femenina ha sido *“Él área que ha sufrido una de las mayores represiones por parte de este modelo (biomédico), principalmente por el afán de éste por mantener un control sobre la capacidad reproductiva que representan las mujeres”* (Obach y Sadler, 2009:82).

La literatura muestra que los procesos reproductivos de la mujer y los conocimientos que implicaban, fueron atendidos tradicional e históricamente por mujeres y parteras sin una formación médica occidental y por fuera del ámbito sanitario, constituyéndose como un fenómeno social colectivo en el que se comparten tanto experiencias como conocimientos sobre el cuerpo de las mismas. Con el proceso de medicalización que se inicia durante el siglo XX, estas prácticas pasan a manos exclusivas de los médicos, relegándose hacia una esfera privada e instaurándose de forma estandarizada en los hospitales, espacios en los que los saberes sobre la fisiología y reproducción femeninas pasan a ser posesión de un especialista, relegando a las mismas sujetas en el proceso (Blázquez, 2005).

Bajo el alero de la medicalización creciente, estos locus reproductores son despojados de la esfera subjetiva de cada mujer, para pasar a ser un asunto público –pero no colectivo– que está en manos de un “especialista”. Toda esta tecnificación pretende estar al servicio de las mujeres y de su calidad de vida, lo que se expresa también en la disminución de la mortalidad materna a nivel mundial, por el efecto de diversos factores que contribuyen como el mayor acceso a métodos de planificación familiar, anticonceptivos de emergencia, acceso a la atención calificada del embarazo, parto y puerperio (Freyermuth y Sesia, 2009). Si se indaga en cifras recientes, entre 1990 y 2015 el número de muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos, se ha reducido en un 2,3% por año y esa cifra se ha acelerado desde el año 2000 (OMS, 2019). Teniendo en cuenta y valorando estos avances, existen perspectivas que matizan el tratamiento de la reproducción femenina desde el sistema biomédico, el que se define como despersonalizado y en el cual las mujeres son más bien comprendidas como usuarias y consumidoras de un servicio. Por esto último, la tecnología acaba funcionando bajo los lineamientos de las instituciones sanitarias, de las corporaciones y de la industria farmacéutica, invisibilizando la subjetividad y el protagonismo de las mujeres en sus propios procesos.

Existen también perspectivas en las que el funcionamiento del hospital es leído en clave de “fábrica”, donde se pone énfasis en el producto y no así en el proceso. Bajo esta mirada, las mujeres aparecen como trabajadoras cuyos úteros funcionan como maquinaria que requieren de un control externo, ejercido por los médicos. Las propuestas críticas a esta forma de noción biomédica relevan la condición de explotación en la que se encuentra la mujer, relegada –como agente reproductor– de la gestión de sus propias condiciones, de sus tiempos, ritmos y de lo que se considera normal o anormal (Blázquez, 2005), concluyendo que la práctica médica ha enajenado la dimensión reproductiva de los cuerpos de las mujeres, trayéndole como consecuencia la pérdida de autonomía y dependencia de este sistema (Camacaro, 2009).

A lo anterior se suman los intereses de la industria química farmacéutica, cuyos productos se encuentran enfocados principalmente al consumo por parte de mujeres, significándolas como cuerpos patologizados que requieren de una serie de medicamentos, muchas veces

hormonales, para vivir sus vidas dentro de una normalidad. Ejemplo de esto es la abundante y creciente cantidad de hormonas que una mujer debe ingerir durante el transcurso de su vida para “superar” sus estados de menstruación, menopausia, partos “anormales”, salud mental, entre otros¹ (Gelabert, 2017).

b. Mujeres y anticoncepción hormonal: tecnologías alegóricas de la medicalización

Encontramos un buen ejemplo de este fenómeno en los químicos hormonales que componen las tecnologías anticonceptivas, las que se han centrado casi exclusivamente en el cuerpo femenino, deviniendo en la construcción de cuerpos intervenidos hormonalmente por el sistema médico y por los fármacos que este administra. En el último siglo hemos sido testigos de que ningún nuevo método anticonceptivo masculino ha sido desarrollado efectivamente ni comercializado, y solo se han mejorado métodos que ya existían desde el siglo XIX, como la esterilización y el preservativo (Preciado, 2008). Los científicos llevan medio siglo investigando sobre un anticonceptivo hormonal para hombres, estando hace más de 10 años ad portas de generar un equivalente a la píldora, pero el proceso se ve frenado constantemente (Lertxundi en Pinto, 2018). Por otra parte, se evidencia el surgimiento, modernización y masificación de nuevos y variados anticonceptivos femeninos, entre ellos los métodos anticonceptivos hormonales como la píldora, el anillo menstrual, los dispositivos intrauterinos, las inyecciones y parches, etc; como también se consta de un aumento en el uso y consumo de estos métodos (Nucci, 2012).

Así, tanto en países del primer mundo como de la región latinoamericana, este incremento se evidencia claramente en las estadísticas. Para el año 2017, en países como Francia, el 50% de la población usuaria de métodos anticonceptivos (MAC) prefiere la píldora oral combinada; en Alemania son un 56% y en el Reino Unido un 33%. Mientras que en la región latinoamericana resaltan países como Brasil, donde un 43% de la población usuaria de MAC opta por la píldora (Belmonte et. al, 2018). Para el caso de Chile, este incremento se expresa de la siguiente manera:

En las últimas décadas se ha registrado un aumento en las mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos (...) De acuerdo al Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del MINSAL, el número de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos (MAC) pasó de 600.374 mujeres en 1990 a 1.385.901 en el año 2014, reflejándose un importante aumento de un 123% aproximadamente (Dides y Fernández, 2016:71).

¹ Cuando el personal médico se enfrenta a trabajos de parto más lentos de lo “normal”, tienden a actuar induciendo cesáreas o con la implementación de hormonas, como la oxitocina, que aceleran el trabajo de parto, evidenciado la lógica de mayor medicalización durante el proceso (Organización Mundial de la Salud, 2015). Las cifras sobre parto en Chile evidencian un aumento de las cesáreas en estos procesos, las que bordean el 30% en salud pública y superan el 70% en salud privada (Obach y Sadler, 2009). Para el caso de la menopausia –cuando la mujer deja de ser fértil- se han generado una serie de tratamientos hormonales para “sobrellevar” este fenómeno fisiológico, lo que va de la mano con cumplir ciertas expectativas de “juventud” asociada a la imposición de belleza de las mujeres (Gelabert, 2017).

Según la información sistematizada por Dides y Fernández (2016), para el año 2014 el 30% del total de mujeres chilenas usuarias de MAC, elegían como método la píldora anticonceptiva. Para el año 2017, esta cifra ya había subido a 39% (Belmonte et. al, 2018).

A pesar de que hoy en día la anticoncepción hormonal se expresa en la variedad de métodos ya mencionados, la píldora se constituye como pionera en cuanto a estas tecnologías, erigiéndose también como emblemática tanto en su dimensión histórica como en su uso masificado. Este método se introdujo en el mercado en el año 1960 en Estados Unidos, constituyéndose como toda una novedad. La píldora implicó un cambio en los anticonceptivos disponibles hasta el momento, los que eran denominados como dispositivos “simples”, tecnologías relativamente fáciles de usar y que no necesitaban de una intervención médica específica para funcionar (como por ejemplo, los métodos de barrera). En contraste, la pastilla se considera como un método científico moderno y sofisticado cuyo uso y consumo demanda de pericia médica. Desde que la píldora comenzó su comercialización, ha sido conceptualizada como una herramienta fundamental para la emancipación de las mujeres al traer consigo la posibilidad de separar la sexualidad de la reproducción, generando un imaginario en el cual las mujeres que consumen la píldora serían sujetas “libres” al controlar su fertilidad de forma fácil, segura y confiable (Cuevas, 2014).

Y si bien se reconoce esto, no se debe desconocer que la creación de estas tecnologías se encuentra enmarcada en estructuras históricas de poder, las que generan y promueven un cierto discurso en torno al cuerpo de las mujeres. Así, la creación de la píldora está asociada también a la consolidación social y científica del concepto de hormona. La endocrinología, en su asociación con las ciencias de la reproducción y la industria farmacéutica, han construido una idea de cuerpo hormonal, al que sería posible gobernar mediante el entendimiento de estas sustancias químicas. El concepto de hormona permitió a los ginecólogos una mejor comprensión y un mayor control de los “desordenes” hormonales asociados a los ovarios, traspasando los problemas de las mujeres al dominio casi exclusivo de los ginecólogos. La píldora anticonceptiva se concibe como la realización culmine de este proceso, aportando a construir la idea de que el cuerpo de la mujer –y no tanto así el cuerpo del hombre- es un cuerpo dominado por las hormonas, por lo cual es representado como un organismo que debe ser ordenado; y las tecnologías hormonales que la sucedieron reproducen, sostienen y legitiman esta lógica:

La historia de la pastilla nos revela también la manera en que los científicos construyen e inscriben, en las tecnologías contraceptivas, representaciones específicas de las mujeres. Esta dinámica requirió de un proceso de construcción de semejanzas entre las mujeres que fue más allá de lo discursivo: necesitó pruebas clínicas en las cuales se crearon semejanzas mediante un régimen específico de medicalización (...) los científicos estandarizaron a las mujeres. (Cuevas, 2014:9).

La píldora creó, literalmente, semejanzas entre las funciones reproductivas femeninas². La pastilla anticonceptiva –y los métodos hormonales siguientes- son considerados como un

² Pincus, conocido como el “padre” de la píldora, estableció un ciclo menstrual de una duración arbitraria, que podría haber sido cualquiera. Escogió lo que sería entendido como un ciclo “normal”, que fue materializado

script o guión 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, 2014:9). Se entienden como tecnologías disciplinarias que forman parte activa en la socialización y normalización de los comportamientos reproductivos, construyendo a su vez los imaginarios en torno a la feminidad y el cuerpo femenino –su medicalización, ciclicidad y su función reproductora-.

Los anticonceptivos hormonales se entienden entonces como instrumentos para perpetuar la feminidad. Estas hormonas generan un ciclo que mantiene la idea de femineidad a través de una simulación, cuando en realidad este ciclo está siendo despojado y controlado por la acción química. De esta manera, el anticonceptivo hormonal se constituye como un elemento normalizador que, además de regular la ovulación, genera sujetos heterosexuales feminizados, regulares y normativos. Ahora ya no es necesario encerrar al individuo para someterlo a pruebas bioquímicas, ya que la experimentación se lleva a cabo en el mismo cuerpo individual bajo el deseo y la supervisión del propio individuo. Y en palabras de Preciado (2008), a través de las hormonas ingeridas el cuerpo se traga el poder.

(...) Lo que me administro no es simplemente una hormona, la molécula; es el concepto de hormona: una serie de signos, de textos, de discursos, el proceso a través del cual la hormona llegó a sintetizarse en el laboratorio. Me inyecto (...) un trozo de historia de la modernidad, me administro una serie de transacciones económicas y un conjunto de decisiones farmacéuticas, de ensayos clínicos, de grupos de opinión (...) Me convierto así en uno de los conectores somáticos a través de los cuales circula el poder, el deseo, la libertad, la sumisión, el capital, la basura y la rebelión (Preciado, 2008:112).

c. Contestaciones a la medicalización

En este contexto generalizado de medicalización se encuentran propuestas como las de Ángela Erpel (2015). Frente al diagnóstico de control y ejercicio de poder sobre los cuerpos por parte del sistema médico, y desde una lectura del contexto chileno, Erpel plantea que los medicamentos de uso ginecológico con los que se controla el proceso fértil y reproductivo hoy en día, no han sido inocuos a las mujeres. Métodos como los anticonceptivos hormonales han servido, finalmente, para el disciplinamiento y control de los cuerpos desde la plataforma de poder del sistema médico. Este ejercicio de poder posibilita que instituciones como la medicina, se apoderen del proceso de reproducción humana con un enfoque predominantemente médico/sanitario, con lo cual se invisibilizan historias y saberes populares en torno a este proceso. Se suprime la colectividad, la subjetividad y la diversidad:

Estamos hablando de la medicalización de los procesos vitales, que colocan al/la sujeto en un rol pasivo más que activo y muchas veces victimizando su cuerpo y concibiéndolo como vulnerable e indefenso frente a la naturaleza (Erpel, 2015:67).

posteriormente en la pastilla. Esto redujo la variedad de los patrones menstruales femeninos al tener todas las usuarias de la pastilla un ciclo regular de cuatro semanas (Cuevas, 2014).

Se configura una especie de paradoja con respecto a los métodos hormonales de control del ciclo reproductivo de la mujer. Esto es también abordado por Felliti (2006), quien plantea que si bien la píldora -como ejemplo de los métodos hormonales- permitió separar el placer sexual de la procreación, su uso y propagación no evita nuevas formas de dependencia y dominación. Un ejemplo de esto es la creciente dependencia de las mujeres ante un poder médico que administra drogas con efectos secundarios y consecuencias poco exploradas a mujeres sanas. Así también se encuentra la relación de estos métodos con políticas públicas de algunos Estados nación que buscan influir en los comportamientos reproductivos de la población, asumiendo las consecuencias de sus políticas demográficas en los cuerpos de las mujeres como responsabilidad de ellas mismas.

Para Erpel, entender al sistema médico como el único apropiado para hacerse cargo de la reproducción y sexualidad de la mujer, significa aceptar una dependencia del mismo, validando la intervención de estas hegemonías en los procesos corporales. Por todo esto, la autora apunta a *desmedicalizar* -entendido como disminuir, pero no erradicar, la figura de hospital- la sexualidad y reproducción de las mujeres como una herramienta para recuperar la autonomía de sus propios cuerpos: *“La desmedicalización es, en la actualidad, una tendencia mundial y no se limita solo a la atención en aborto, sino a todas las prácticas que buscan el autocuidado en salud”* (Erpel, 2015:68). El cuidado de uno mismo, a su vez, es propuesto como una estrategia de autonomía fuera de la institución, como una práctica de libertad y un acto político (Foucault, 1984).

A su vez, existe un diagnóstico a nivel latinoamericano del aumento de discursos y publicaciones –en formato de manuales y fanzines- relacionados con la denominada ginecología “natural”. En líneas generales, esta última propone una transformación del modelo de atención jerarquizado, patologizante y biomedicalizante propio de la ginecología formal o estrictamente ligada al sistema médico. En ese sentido, estos discursos y prácticas buscan limitar o disminuir la incidencia del sistema biomédico en el cuidado sexual y reproductivo, lo que incluye el consumo de fármacos recetados por el mismo. Este movimiento se expande y evidencia en Chile, territorio desde donde se gesta el proyecto Ginecosofía en el año 2008³, el que marca un hito en la ginecología “natural” como movimiento sociocultural y político cuya principal deriva es el *self-help*⁴ (Calafell, 2019).

La línea de estudio avocada al parto, gestación y puerperio trabajada por Obach y Sadler (2009) y a los campos de resistencia femeninos en la atención de salud, dan cuenta de las múltiples formas en que las mujeres negocian, reinterpretan y resisten a los mandatos biomédicos y a sus discursos hegemónicos. La biomedicina, dicen, se ha ido apropiando de los cuerpos femeninos haciéndolos dependientes de todo tipo de tratamientos médicos

³ El proyecto se consagra con el lanzamiento en el año 2009 del “Manual introductorio a la Ginecología Natural”, en manos de Pabla Pérez San Martín.

⁴ El concepto de *self-help* tiene su desarrollo en diferentes momentos y contextos sociohistóricos. Durante la década del sesenta y setenta es parte de un espiritualismo que apunta al bienestar interior y armonía con el exterior para la autorrealización, desarrollándose como proyecto contracultural. Mientras que durante los años noventa, se convierte en una retórica individualista que centra la responsabilidad en el sujeto, tornándose en una cierta industria del *self* como condición de posibilidad de un capitalismo neoliberal (Papalini, 2013).

con el fin de mantener el control de sus procesos reproductivos. Por esto, las autoras plantean la necesidad de visibilizar los mecanismos contra-hegemónicos que las propias mujeres despliegan como vías de empoderamiento respecto de sus cuerpos y sus propios procesos fisiológicos⁵. Esto se condice con lo planteado por Erpel (2015).

Los actos de contestación o resistencia se vuelven relevantes en tanto nos permiten evidenciar ciertas relaciones de poder que constituyen a los sujetos y las formas contra-hegemónicas que estos articulan para hacer frente al disciplinamiento. La resistencia, en este caso desde el cuerpo hacia un sistema médico hegemónico, sirve como catalizador que permite ubicar la posición del sujeto en estas relaciones de poder. En estas resistencias, luchas y antagonismos, los sujetos se cuestionan las instancias de poder que están cercanas a ellos/as, las que ejercen acción sobre ellos/as como individuos. En este sentido, la resistencia a la medicalización es por el poder no controlado que ésta ejerce sobre los cuerpos, y es gracias a esta resistencia que podemos ver relaciones de poder (Foucault, 1988).

Con respecto a esto, se hace relevante la propuesta de Esteban (2013) en torno al cuerpo. La autora comprende que históricamente esta materialidad ha sido producto de un sistema de género y de una cultura corporal hegemónica que lo subordina, pero su apuesta radica en no entenderlo solo como víctima de este sistema. Se considera a la experiencia de las mujeres como algo subjetivo y heterogéneo que no puede ser homogeneizado ni visibilizado como pasivo, riesgo que tiene la victimización, sino que es más bien comprendido como un principio activo que se traduce en la idea del cuerpo como agente. La autora propone que *el cuerpo es un lugar de discriminación, pero también de resistencia y contestación* (Esteban, 2013:50). Mediante esta lógica es posible dar cabida a las transformaciones que pueden realizarse desde la experiencia corporal, proponiendo un empoderamiento social de las mujeres desde vivencias y percepciones encarnadas.

⁵ Para el caso del parto que estudian las autoras, se ejemplifica en las demandas de *parto personalizado o respetado*, que son erigidas desde mujeres y para mujeres, y que hoy en día se encuentran tensionando el sistema biomédico y su forma de atender los nacimientos (Obach y Sadler, 2009).

2. Planteamiento del Problema

La píldora fue entendida como un dispositivo esencial de liberación femenina desde 1960, fecha en la que es introducida en el mercado, en tanto genera el imaginario de que con esta tecnología las mujeres controlan sus cuerpos, permitiéndoles vivir una sexualidad desligada de la reproducción y de la posibilidad inminente de la maternidad.

Sin embargo, en el contexto contemporáneo de medicalización de la vida y de la reproducción, focalizado en los cuerpos de las mujeres, la píldora y los métodos anticonceptivos hormonales en general, están siendo sometidos a lecturas que los entienden como mecanismos de disciplinamiento social sobre las mujeres y sus corporalidades (Felliti, 2006; Cuevas, 2014; Erpel, 2015).

De esta forma, las tecnologías de anticoncepción hormonal se constituyen como una paradoja al ser entendidas como una herramienta histórica de emancipación, al mismo tiempo que como un artefacto de disciplinamiento de las mujeres que funciona mediante la ficción del control del propio del cuerpo. Así, estos métodos se sitúan de forma ambivalente entre ser una posibilidad de libertad para las mujeres, y por otro lado tecnologías de regulación poblacional estatal que limitan los conocimientos y autonomía de sí. Estas tecnologías en su asociación con la ginecología, endocrinología y la industria farmacéutica, reproducen y normalizan ciertos estándares femeninos que se cumplen mediante la ingesta del fármaco en cuestión (Cuevas, 2014).

Parte del proceso de transformaciones que se están viviendo en Chile en el ámbito de la sexualidad -producto del contexto social y cultural moderno- se han materializado en una serie de discursos sobre una mayor “autonomía” para las mujeres, lo que conlleva una reorganización de su sexualidad en torno a lo que es significativo para ellas. La sexualidad de las mujeres en edad reproductiva –y en especial de las mujeres jóvenes- se está orientando según sus inquietudes, y no tanto hacia la vida familiar o al matrimonio, como tradicionalmente sucedía –y se esperaba- en esta etapa de la vida (Barrientos, 2006. Palma, 2006. Benavente y Vergara, 2006. Molina, 2016).

Dentro de estas transformaciones, se muestra que las mujeres chilenas están tendiendo a expresar un conocimiento generalizado sobre los métodos anticonceptivos y así mismo, probar otras alternativas contraceptivas, entre las que se encuentra el desistir del uso de anticonceptivos hormonales y optar por otras formas para controlar su fertilidad, que no demanden el consumo diario o periódico de fármacos y los químicos que los componen (Benavente y Vergara, 2006). Además se consta de la existencia de discursos y prácticas en contra de la medicalización extensiva de sus cuerpos, siendo estos investigados en alguna de sus formas⁶ (Barrientos, 2006; Obach y Sadler, 2009; Erpel, 2015; Calafell, 2019). Esto es una muestra de cómo las hormonas, y la intervención farmacológica y médica en general, está comenzando a ser cuestionada por algunas mujeres jóvenes que pretenden

⁶ Las propuestas de *parto respetado* que han sido estudiadas por investigadoras como Obach y Sadler (2009) pueden ejemplificar este movimiento cuestionador y de resistencias a las lógicas de la medicalización. Así también la propuesta de desmedicalización del aborto erigida por Erpel (2015).

limitar la incidencia de estos aparatos en sus cuerpos, todo esto en un contexto en el que el régimen fármaco-pornográfico administra indiscriminadamente progesterona y estrógeno a toda mujer en edad fértil (Preciado, 2008). A pesar de esto, se nos presenta un déficit importante de referencias que hablen sobre las experiencias asociadas a la decisión y el proceso de las mujeres que, habiendo sido usuarias de los métodos anticonceptivos hormonales, optan por dejar de utilizarlos para gestionar sus procesos fértiles y cuidar sus cuerpos, notándose una ausencia de las ciencias sociales en otorgar dicha reflexión.

Es por esto que esta investigación se torna relevante, ya que aporta a visibilizar un fenómeno creciente dentro de las mujeres chilenas -lo que se evidencia en el aumento de grupos y discursos sobre ginecología natural, por ejemplo (Calafell, 2019)- explorando sus discursos y prácticas en torno a su vida sexual desde sus propios testimonios y reflexiones, apuntando a contribuir a la caracterización de cómo las mujeres chilenas están viviendo y significando su sexualidad, sus cuerpos y los cuidados que otorgan a ellos en términos de control y fertilidad. Sobre todo teniendo en cuenta que estas dinámicas se sitúan por fuera de la norma de cuidados del cuerpo sobre la base de hormonas, por lo que se encuentran en tensión al discurso biomédico imperante.

Indagar en estos actos cotidianos de las mujeres, como lo es optar romper con una rutina de medicalización anticonceptiva hormonal, nos parece fundamental ya que significa adentrarse en la comprensión del fenómeno desde sus tensiones, nuevas expectativas y resistencias diarias a las lógicas de la medicina vigente, a la vez que nos conecta con sus actos concretos de decisión y subversión. Se asumen así los postulados reseñados en nuestros antecedentes, donde el cuerpo es comprendido como ese espacio social e individual discriminado y socializado por la hegemonía, pero también como un locus donde se generan movimientos de resistencia y transformaciones (Esteban, 2013).

Las experiencias particulares de las mujeres chilenas jóvenes de clase media en edad reproductiva que deciden rechazar el uso de anticonceptivos hormonales para la regulación del cuerpo y su reproducción, nos habla de otras maneras de negociar el cuidado de su sexualidad y sus cuerpos; y el analizar sus relatos nos permite constatar estas decisiones disidentes, observando nuevas apuestas posibles para una liberación sexual.

Frente a todo lo anteriormente reseñado, la pregunta guía de nuestra exploración es:

¿Cuáles son las trayectorias de las mujeres santiaguinas jóvenes de clase media que rechazan el consumo de anticonceptivos hormonales como método de cuidado?

3. Objetivos

Objetivo general

- Analizar las trayectorias de mujeres santiaguinas jóvenes de clase media que rechazan el uso de anticonceptivos hormonales como método de cuidado de su cuerpo y reproducción.

Objetivos específicos

- Caracterizar las experiencias de las participantes en relación a su trayectoria de ingreso y consumo de anticonceptivos hormonales, y sus posteriores decisiones de salida de este consumo.
- Identificar las emociones, negociaciones y nuevas estrategias de cuidado que se generan una vez suspendido el uso de anticonceptivos hormonales.

4. Marco Teórico

a. Género, cuerpos de mujeres y biopoder

En *La dominación masculina*, Bourdieu (2000) enfatiza en la idea de que los cuerpos humanos son configurados a partir de un mundo social que lo conceptualiza como una realidad sexuada sostenida en una división sexuante. El cuerpo –y su dimensión sexuada– parecen estar en el orden de las cosas, de lo natural; y la división sexual suele entenderse como una eternización ahistórica y existente a priori. Pero lo que entendemos como cuerpo y su sexo son un resultado social, político e histórico impreso en esta materialidad. Las diferencias entre los sexos se construyen socialmente como oposiciones que organizan la experiencia, las que se sostienen mutuamente tanto como práctica y como símbolo, registrándose como diferencias naturales. La distinción sexual, articulada metafóricamente e institucionalmente, se encuentra presente en todas las esferas de la vida social y el orden representacional; y la manera en que las personas aprehenden esta división es mediante las actividades cotidianas que llevan a cabo, las que se encuentran imbuidas de sentido simbólico. Los conceptos tan cotidianos y comunes de lo *femenino* y lo *masculino* configuran la percepción y estructuran la experiencia corporal concreta y simbólica de la vida social de los sujetos (Bourdieu, 2000). De esta forma es posible entender la existencia de cierta categoría analítica que organiza la experiencia social corporal y sexuada de los sujetos, categoría que aquí desarrollaremos como *género*.

Joan Scott (1996) propone que la acepción más reciente en cuanto a la categoría de *género* habría aparecido de forma primera entre las feministas americanas, las que insistieron en la naturaleza social de las distinciones sexuales. Así, el *género* se utiliza en referencia a las relaciones sociales entre los sexos, y su uso rechaza explícitamente las explicaciones de índole biologicistas que son usadas como denominador común al momento de naturalizar ciertas formas de subordinación, generalmente hacia las mujeres. El género, como categoría analítica, se constituye como una forma de denotar las construcciones culturales, *la creación totalmente social de ideas sobre los roles apropiados para hombres y mujeres* (pág.7).

La categoría de género se comprende entonces como un sistema de relaciones culturales entre los sexos, como una construcción simbólica y cultural que se establece sobre el dato biológico de la diferencia sexual, articulándose como dimensión básica de la experiencia social. Es resultado de la producción de normas culturales sobre el comportamiento de hombres y mujeres, mediado por la compleja interacción de instituciones económicas, sociales, políticas, religiosas, etc.:

El género es una especie de “filtro” cultural con el que interpretamos el mundo, y también una especie de armadura con la que constreñimos nuestra vida. La eficacia de la lógica del género es absoluta, ya que está imbricada en el lenguaje y en la trama de los procesos de significación. De la lógica del género se desprende la actual normatividad sobre el uso sexual y reproductivo del cuerpo, y puesto que dicha lógica se toma por “natural” genera represión y opresión (Lamas, 2013:18).

En esta misma línea, De Lauretis (1989) propone que el género, en tanto representación o autorepresentación, es producto de variadas tecnologías sociales y discursos institucionalizados, de epistemologías y de prácticas tanto críticas como de la vida cotidiana. Según esto, tanto la sexualidad como el género no son una propiedad de los cuerpos o algo que existe “originalmente” en los seres humanos, sino que más bien un conjunto de efectos producidos en los cuerpos por el despliegue de una tecnología política compleja. El género sería una tecnología del sexo.

Butler, define al género como un que hacer que constituye la identidad sexual de los sujetos, como parte de un proceso que articula al sexo, el deseo y la práctica sexual, derivando en actos performativos que moldean al cuerpo mediante el discurso de la cultura. Al conceptualizar al género como performance o actuación se llega a la pregunta sobre la naturalidad de estos actos, así como los conceptos de *femenino* y *masculino* que se le asocian. Entendiendo el género como la autora lo hace, lo natural se aleja de la biología dada y se constituye más bien a través de actos culturales que producen reacciones en el cuerpo (Lamas, 2000). No puede concebirse como una experiencia corporal neutra y universal que sea preexistente a la marca del género que se le inscribe, por lo que estas dos dimensiones se construyen inter-relacionadamente en el plano de la acción y el poder (Butler, 2007).

Desde estos enfoques, el género y el sexo son elementos constitutivos de las relaciones sociales basadas en las distinciones de los genitales, y es una forma primaria de relaciones significantes de poder. No es el único campo desde donde se articula el poder, pero si es el primario (Scott, 1996).

Establecidos como conjunto objetivo de referencias, los conceptos de género estructuran percepción y la organización, concreta y simbólica, de toda la vida social. Hasta el punto en que esas referencias establecen distribuciones de poder (...) el género se implica en la concepción y construcción del propio poder (Scott, 1996:26).

La sexualidad –al igual que el género y el sexo- se constituye como un dispositivo disciplinar mediante el cual el cuerpo queda atrapado en técnicas *anatomopolíticas* y *biopolíticas*⁷ de control de poblaciones. La sexualidad se encuentra situada en un cruce entre dos aristas mediante las que se desarrolló la tecnología política de la vida: Se relaciona con el disciplinamiento del cuerpo –en tanto que domesticación, intensificación y distribución de sus fuerzas- y con la regulación de la población: *El sexo es acceso a la vez a la vida del cuerpo y a la vida de la especie. Sirve como matriz para las disciplinas y como principio de las regulaciones* (Foucault, 2007:192).

⁷ Foucault reconoce dos formas principales a partir de las cuales se desarrolló el biopoder: la anatomopolítica y la biopolítica. La primera se centra sobre el cuerpo como máquina a través de su disciplinamiento; la segunda, sobre la población, mediante controles reguladores. Se produce una “naturalización” de la población según su condición de especie. En “el umbral de la modernidad biológica”, la especie se convierte en el centro de sus propias estrategias políticas. El poder de gobernar ya no se ejercerá sobre la base del antiguo derecho del soberano de “hacer morir o dejar vivir”, sino bajo la inversión de dicha forma de racionalidad política, ya que ahora se tratará, más bien, del “poder de hacer vivir o dejar morir” (Boyer, 2012:3).

Por su parte, esta biopolítica no se despliega de forma homogénea en la población, sino que se condice con ciertos cuerpos particulares. El Estado tiene un interés en establecer un mayor control de la población, sobre todo en lo que respecta al ámbito de la reproducción, con lo cual los cuerpos de las mujeres se han visto disciplinados de forma diferencial con respecto al de los hombres, comprendiendo la asociación histórica y cultural que se ha hecho del cuerpo de las mujeres con la reproducción. El cuerpo femenino tiene un lugar particular dentro de un campo de fuerzas estratégicamente organizado alrededor del poder sobre la vida y cuya bisagra es el “sexo” (Boyer, 2012).

Se ha intentado durante mucho tiempo fijar a las mujeres en su sexualidad. No sois nada más que vuestro sexo, se les decía desde hace siglos. Y este sexo, añadían los médicos, es frágil, casi siempre enfermo y casi siempre causa de enfermedad. “Sois la enfermedad del hombre”. Y este movimiento muy antiguo se precipitó hacia el siglo XVIII desembocando en una patologización de la mujer: el cuerpo de la mujer llega a ser el objeto médico por excelencia (Foucault en Amigot & Pujal, 2006:106).

Históricamente, este cuerpo se ha constituido como un espacio estratégico de acción privilegiada y predilecta del biopoder, estando sujeto a un proceso de objetivación y control por parte de los discursos tanto médicos como psicológicos. Esto es enunciado por Foucault como *histerización del cuerpo de la mujer*, proceso de medicalización extensiva y minuciosa del cuerpo femenino, lo que se encuentra vinculado a una patologización y regulación de las posiciones femeninas inscritas en relaciones de poder particulares (Amigot y Pujal, 2006).

Comprender al género como construcción cultural producto de relaciones y tecnologías de poder que se inscriben en un sistema particular que disciplina más intensamente algunos cuerpos y subjetividades por sobre otros, nos permite entender el fenómeno de medicalización de las mujeres y su reproducción en términos sociales y culturales, sacándolo de los argumentos biologicistas que naturalizan esta asociación.

De esta manera, entiendo la anticoncepción hormonal como una forma de regulación social poblacional, que además actúa y se sustenta desde y hacia las corporalidades femeninas, se propicia el espacio para la reflexión de este fenómeno desde las ciencias sociales y no solo desde las disciplinas médicas o estadísticas poblacionales. Las ciencias sociales nos permiten analizar las dinámicas sociales y culturales ligadas a estos fenómenos, configurándose como un lugar del saber que nos entrega las herramientas para acercarnos a las experiencias particulares de las mujeres y entender las motivaciones que las llevan a rechazar el uso de estas tecnologías hormonales.

b. *Cuerpos disciplinados y cuerpos que tensionan las fronteras*

El cuerpo como objeto central de investigación en las ciencias sociales, se ha visto en esta posición de forma más bien reciente. Esta centralidad ha sido construida teórica y metodológicamente por la denominada teoría social del cuerpo, un enfoque relativamente nuevo en los campos de estudios sociales y culturales. Esto no quiere decir que esta materialidad no fuese objeto de estudio anteriormente, sino que las perspectivas teóricas

mencionadas se distancian de los planteamientos anteriores, sobre todo de los discursos médicos y patologizadores. En la teoría social del cuerpo, éste deja de ser una añadidura de la experiencia social y pasa a convertirse en nodo de estructura y acción, en el centro de la reflexión social (Esteban, 2013).

Marcel Mauss (1936) puede ser situado como pionero en lo que respecta al análisis socio-antropológico del cuerpo, ya que el autor propone la idea de que no hay un comportamiento natural o intrínseco en relación con el cuerpo y que constituirse como un individuo social implica necesariamente un aprendizaje corporal determinado y particular. Con esta idea se comienza a configurar una línea de pensamiento que comprende al cuerpo más allá de su dimensión biológica y material, asumiendo las incidencias del contexto social y cultural en la constitución de éste mismo y las prácticas que se le asocian (Esteban, 2013).

Bajo este entendimiento, se ha configurado la idea del cuerpo como un punto material en el cual confluye lo simbólico y lo social; y este punto de confluencia se configura a sí mismo en tanto que resultado de ciertas relaciones sociales, contextos históricos y discursos de poder, lo que se ve evidenciado, por ejemplo, en los planteamientos de Foucault (1999); para quien el cuerpo no es solo un vehículo del ser social o una mera expresión de éste, sino que es el ser mismo que se manifiesta a través del movimiento del cuerpo. La acción y pensamiento humanos son actos corporales, y el cuerpo es un espacio en donde se establece la relación con el mundo en términos sociales e históricos. En sus propias palabras:

El cuerpo humano es, como sabemos, una fuerza de producción, pero el cuerpo no existe tal cual, como un artículo biológico o como un material. El cuerpo humano existe en y a través de un sistema político. El poder político proporciona cierto espacio al individuo: un espacio donde comportarse, donde adoptar una postura particular, sentarse de una determinada forma o trabajar continuamente (Foucault, 1999:4).

De esta forma se comprende que el cuerpo no es materia existente pre socialmente, sino que es más bien un producto generado a partir de un dispositivo particular y de las lógicas de saber y poder propias de este dispositivo. Si se adscribe a esta idea, el cuerpo –y la construcción de éste- es un proceso y resultado que está siempre mermado por relaciones de poder específicas en las que el cuerpo se ve inserto y, a la vez, se sostiene. Lo importante de los planteamientos de Foucault, entonces, es la posibilidad de entender y reflexionar sobre el cuerpo en su dimensión de constructo social, comprendiendo que aquella materialidad no es un *preexistente ontológico*, sino un producto resultado de un marco histórico específico y un dispositivo particular. Gracias a estos postulados podemos comprender que, en la medida en que el cuerpo está dado y constituido por relaciones de poder de un dispositivo particular, es también un producto disciplinado de este dispositivo. Este disciplinamiento del cuerpo es perpetuado a su vez mediante su control por parte de instituciones, métodos, discursos, entre otros (Perea, 2013).

En las disciplinas, el cuerpo deviene superficie de inscripción de las interacciones entre el saber y el poder, las cuales permiten constituir y mantener cuerpos dóciles y útiles para cualquier modo de la producción, a partir de técnicas políticas que encauzan las fuerzas corporales (Foucault en Perea, 2013:6).

En este punto, convocamos los conceptos de campo y habitus propuestos por Bourdieu (1991), siendo útiles para entender que este cuerpo disciplinado y su percepción, no sería un fenómeno homogéneo a todas las experiencias.

A Bourdieu se le acuña el logro de intentar salir de la dicotomía estructura-agencia en su estudio sobre la sociedad, mostrando la doble existencia de lo social. La experiencia social se manifiesta tanto en estructuras objetivas que dirigen y obligan las prácticas sociales, como en estructuras subjetivas entendidas como compendios de la percepción, pensamiento y acción que componen socialmente nuestra subjetividad (Barrera, 2011 ; Esteban, 2013). Con los conceptos de campo y *habitus*, el autor nos permite conjugar estos dos modos de existencia de lo social como complementarios y no excluyentes: El campo se entiende como lo social hecho cosa (estructuras “objetivas”), las estructuras independientes de la conciencia y la voluntad de los agentes individuales, grupales, clases o sectores. Por otro lado, el *habitus* se entiende como lo social inscrito en el cuerpo, como aquellas formas de conformación de la subjetividad (estructuras subjetivas). El *habitus* será un *sistema de disposiciones duraderas y transferibles (...) principio generador y organizador de prácticas y representaciones* (Bourdieu, 1991:92). El *habitus* se presenta como indispensable para los sujetos, se naturaliza y se aprehende, constituyéndose como esquema de percepciones y categorizaciones con el que entendemos la realidad. Es el resultado naturalizado de las imposiciones de las estructuras objetivas sobre la subjetividad. A su vez, las posiciones ocupadas por los diferentes sujetos en los campos devienen de una historicidad particular, las que se encuentran inscritas en los cuerpos y son parte constitutiva del *habitus* de los agentes. En ese sentido, las prácticas sociales ejecutadas por los agentes se desenvuelven a partir de la relación dialéctica que existe entre estas dos dimensiones (Barrera, 2011).

Para el autor, la percepción social del cuerpo disciplinado –enunciado en Foucault- varía en cada experiencia, en razón de la posición social de dominado o dominante, desde la cual se aprehende una cierta corporalidad específica. Los sujetos tienen una cierta correspondencia con su propio cuerpo, la que está mediada por la incorporación del *habitus* y la inscripción de éste en el cuerpo. El cuerpo es entendido como un *texto* en el cual se inscriben las relaciones sociales de producción y dominación, lo que le da su carácter históricamente determinado. Bajo este entendimiento, la historia del cuerpo humano puede ser bien la historia de su dominación (Bourdieu, 1986).

Tal como ya se nos advierte, el cuerpo según Bourdieu es aprehendido a través de categorías de percepción y sistemas sociales de clasificación que son dependientes de la distribución de las propiedades entre las clases sociales. En este proceso se le incorporan aspectos estéticos, gestuales, modos de comportamiento, etc. a los aspectos puramente físicos del cuerpo:

Este lenguaje de la identidad natural (del <<carácter>>) es, sin embargo, en realidad un lenguaje de la identidad social que se ve de este modo naturalizada (...) y en consecuencia legitimada. Casi no es necesario recordar en efecto que el cuerpo, en lo que tiene de más natural en apariencia, es decir, en las dimensiones de su conformación visible (volumen, talla, peso, etc.) es un producto social (...) A través de todas estas diferencias se expresa toda una relación con el mundo social (en la medida en que la relación con el propio cuerpo

es, como veremos, una forma particular de experimentar la posición en el espacio social...)
(Bourdieu, 1986:184).

Los sujetos adquieren, en la socialización, el sentido (*habitus*) de la posición que ocupan en el espacio y los campos sociales. De esta forma, el orden desigual con el que se ordena una sociedad conlleva un correlato de distribuciones desiguales de rasgos corporales en los diferentes sectores y sujetos sociales. Hay una cierta construcción-percepción-reproducción de un cuerpo de los que dominan (cuerpo legítimo), y un cuerpo de los dominados (cuerpo ilegítimo o alienado), los que están unidos por una relación de complementariedad (Posada, 2015). Si bien se comprende que los cuerpos en su generalidad son productos disciplinados y normados resultado de un sistema social e histórico particular, es posible ver que no todos los cuerpos se encuentran igualados en su dominación, existiendo una heterogeneidad de cuerpos y percepciones de éste que están dadas –o explicadas- por ideas como los campos sociales y el *habitus* (Bourdieu, 1991).

Butler (2002) al hablar sobre el cuerpo –y siguiendo la línea de análisis de Foucault- lo reconoce como una materialidad que es efecto de relaciones de poder, como resultado productivo de los dispositivos de una sociedad y contexto históricos dados. Por esto, aspectos concretos del cuerpo como el sexo biológico o “sexo dado” son entendidos también en su normatividad, en tanto “*la materialidad del cuerpo ya no puede concebirse independientemente de la materialidad de esa norma reguladora*” (Butler, 2002:19).

Bajo esta idea, Butler reflexiona sobre la configuración de las subjetividades que se asocian a los cuerpos, argumentando contra la idea esencialista que tiende a dar por sentado la existencia de una identidad primera que se sitúa en el cuerpo en la que se definen determinados intereses que preceden a la acción. El agente (subjetividad/corporalidad) se construye de manera variable en la acción y a través de ella (Butler, 2007) Esto nos habla de una idea tanto del cuerpo como de la subjetividad que se le asocia, como radicalmente construcción. El cuerpo no es un dato puro, ni tampoco una abstracción puramente discursiva; es la instancia de materialización del poder. Es un punto coyuntural donde lo simbólico y lo imaginario se entremezclan y concretan en una *realidad impura*. No es una realidad a priori que se busca reconocer, es un campo de batalla que se pretende conquistar y construir (García, 2012).

El ‘cuerpo’ es en sí una construcción, como lo son los múltiples ‘cuerpos’ que conforman el campo de los sujetos con género. No puede afirmarse que los cuerpos posean una existencia significativa antes de la marca de su género; entonces, ¿en qué medida comienza a existir el cuerpo en y mediante la (s) marca(s) del género? (Butler, 2007:58)

Si el poder se materializa en los cuerpos de forma física, simbólica e imaginaria, si el cuerpo es más bien un campo de batalla que hay que conquistar, entonces se hace necesaria la emergencia de propuestas teóricas y de acción sobre y para el cuerpo. Dentro de estas encontramos relevantes las reflexiones de Haraway (1984), Preciado (2008) y Esteban (2013).

En Haraway (1984) surge la transgresora figura del cuerpo como ciborg. El ciborg es una metáfora híbrida de máquina y organismo que sitúa al cuerpo por fuera de los márgenes de la visión clásica esencialista que se tiene de éste como materialidad “pura”. La figura del ciborg nos propone que todos somos quimeras, híbridos teorizados y fabricados de

máquinas y organismo. Esta figura propone un rechazo a la búsqueda de la naturaleza idealizada como prístina, de los mitos que atan a los cuerpos –y en especial a los cuerpos de las mujeres- a una visión universal y homogeneizante de ésta. El ciborg es una figura ilegítima que no quiere buscar la “verdad” oculta. En vez de eso proyecta su híbrida corporalidad con infinitas posibilidades. En esta propuesta el cuerpo no es solo un producto del poder, sino que es también un nodo de tensión entre el poder y lo imaginario a partir de entender al cuerpo como una figura moldeable llena de posibilidades de ser y hacer por fuera de los límites establecidos y conocidos. El cuerpo ciborg es la posibilidad de transgredir fronteras como un ejercicio de acción política sobre el cuerpo.

Para Preciado (2008) el cuerpo es construido fármaco-pornográficamente. El cuerpo material, nuestros límites físicos, no son algo como *nuestro cuerpo*. Es más bien objeto de propiedad privada del sistema, una proyección de la institución farmacéutica y de la empresa porno, es el disciplinamiento. Pero también es una acústica de subjetividades que puede transformarse, alterarse y constituirse como algo ambiguo, anormal y monstruoso que tensiona el poder y la normatividad que los aparatos disciplinares imponen.

Estas ideas nos hablan del cuerpo como una entidad de materialización del poder, que tiene la posibilidad de romper con el ideal del retorno a un cuerpo prístino que es completamente naturaleza, completamente fuera del poder, completamente *nuestro*. El cuerpo siempre será aparato del poder, por lo cual el norte es la transformación constante de esta materialidad, alterarla y posicionarla en los límites de la norma que el poder ejerce para así tensionar, desviar, desafiar y resistir desde la impureza. Esto se liga con el concepto de género propuesto por Butler, en tanto el género es entendido como performance, siendo el resultado de un proceso mediante el cual las personas recibimos significados culturales, pero también los innovamos (Butler, 2007). El género es un proyecto mediante el cual se puede renovar la historia cultural sobre la base de nuestros propios términos o experiencias corpóreas (Lamas, 2000).

c. Cuerpos y resistencias cotidianas

Foucault erige una propuesta en su análisis de las relaciones de poder: Donde hay poder hay resistencia; no hay una relación de externalidad entre poder y resistencia, no pueden estudiarse de forma separada como una contrapartida el uno del otro. Los movimientos de reacción, oposición y negación iluminan la relación entre estas fuerzas (Abal, 2007).

Estos actos de resistencia no se expresan solamente en grandes manifestaciones, revoluciones o militancias que abiertamente rechacen las condiciones de subordinación a la que están sometidos los individuos o grupos de personas. En contextos más reservados, los sujetos crearán y defenderán un espacio social en el cual podrán expresar una disidencia marginal al discurso oficial y a las relaciones de poder de éste. En esta intimidad frecuentemente se llevan a cabo actos cotidianos de resistencia que subvierten el dominio “dado por hecho”, por lo cual existe una importancia en las luchas sobre el significado a nivel individual de la vida cotidiana (Scott, 2000; Burgwal, s.f)

Esta idea nos lleva a pensar en la frase *lo personal es político*, con la que comprendemos que la intimidad, lo “propio” de la persona, lo que concierne a su vida y a su esfera más cotidiana –como las relaciones, las formas de amar, el modo en el que se vive la sexualidad– son dinámicas políticas enmarcadas y condicionadas por un contexto social particular. Por esto es que lo “personal” puede –y debe– ser transformado en la búsqueda de libertad y expansión de los horizontes propios y de los otros (Parrondo, 2009):

En la realidad social contemporánea “lo personal” se ha ido convirtiendo en “el objeto del poder” (...) y que es por este motivo que “lo personal” también se ha ido convirtiendo simultáneamente en el objeto de una acción política de resistencia, ya que donde hay poder, hay resistencia, donde hay poder, hay también necesidad de articular las cosas de otra manera (Parrondo, 2009:3).

El énfasis en la reflexión no solo debe estar puesto en la productividad y el ejercicio del poder que oprime a los sujetos, sino que a su vez debe centrarse en la productividad de las micro-resistencias que se movilizan desde las prácticas cotidianas. Estas micro-resistencias son producciones *otras* que nos hablan de la transformación de lo dado, que desarticulan la idea de lo estático e inerte de las relaciones de fuerzas y de poder, y vienen a evidenciar la disputa y el movimiento como un signo distintivo de las relaciones, signo que desafía de cierta forma los dispositivos de poder. Las resistencias, en ese sentido, no son solo prácticas invertidas de la dominación que se definen por su contraposición con el dispositivo; sino que poseen una capacidad afirmativa, creativa y fundante (Abal, 2007).

Estas resistencias asumen al cuerpo como entidad protagónica, como agente. Esteban (2013) propone alejarse de la figura victimizadora del cuerpo, asumiéndolo como un espacio de subversión en relación a lo corporal y lo social. El cuerpo, más que una forma de “ser” es una forma de “estar”. Se entiende como acto y práctica que compone *itinerarios corporales*, los que se definen 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 así entendido como 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 (Esteban, 2013:54).

Las mujeres vivimos en cautiverios, pero desde ahí mismo transformamos nuestras vidas. Ellas han ampliado y diversificado las formas de intervención en el mundo, tanto directas como simbólicas, han generado saberes, aptitudes y habilidades, recursos vitales que dan potencia y permiten deconstruir estos mismos cautiverios, abriendo la posibilidad a nuevas identidades, a alternativas sociales, culturales y políticas (Lagarde, 2005).

Resistir, oponerse a las relaciones de poder, a los mandatos culturales y a los ordenamientos sociales que, asumidos como naturales, sostienen la inferiorización de ciertos sujetos –como las mujeres–, deviene o se materializa en prácticas que, a partir de nuestra ubicación en el mundo y en la sociedad, permiten y demandan la creación de nuevos lenguajes, nuevas formas de relacionarnos desde, con y para nuestros cuerpos, prácticas que surgen desde el espacio cotidiano e íntimo (Rojas, 2009).

Es por esto que cobra relevancia la pregunta que guió esta investigación, en tanto se comprende la existencia de múltiples resistencias cotidianas que se articulan desde espacios íntimos como el cuerpo y la sexualidad, resistencias que devienen y se materializan en prácticas que tensionan la normalidad y la hegemonía, y nos proponen nuevas formas de ser y hacer, en este caso, en función de la gestión y el cuidado del cuerpo y sus ciclos fértiles.

5. Marco Metodológico

Esta memoria se realizó desde un enfoque metodológico cualitativo, el que se entiende como una forma de enfrentarse al mundo de la experiencia a través de las propias voces de las personas y de sus acciones observables, lo que decanta en la producción de datos descriptivos (Taylor y Bogdan, 1987). Este enfoque fue relevante para los objetivos de la investigación propuestos ya que nos permitió acercarnos al espacio subjetivo de un grupo de mujeres que opta por rechazar un mandato histórico, hegemónico y legitimado de la institución médica sobre el cuidado del cuerpo y el embarazo, como lo es el uso de los anticonceptivos hormonales. Los que poseen, por cierto, una vigencia, uso y consumo masivo a nivel global y nacional desde la década de los 60' y 70'. De esta forma, el enfoque cualitativo nos permitió acceder a sus relatos, explorando los motivos de estas decisiones, nos hizo ahondar en los nuevos procesos de transformación asociados a la sexualidad de algunas mujeres, y sobre todo, a sus formas de entender la resistencia desde lo íntimo, desde sus corporalidades y en sus prácticas cotidianas.

Hablar sobre las formas de representar y significar la realidad que poseen estas mujeres jóvenes de clase media que han rechazado el uso de anticonceptivos, localizar sus sentidos y propuestas, situó una comprensión de las sujetas no necesariamente desde los parámetros únicos del/la investigador/a, sino que apuntado a codificar sus discursos y perspectivas desde las visiones, miedos y contradicciones que poseen, lo que nos genera un diagrama complejo de motivaciones y decisiones. Así, esta memoria propone que en el cruce de experiencias y diálogos se debe ejercer la interpretación de experiencias, donde por supuesto, se otorgue relevancia a la voz de las sujetas desde su forma de entender y enunciar la realidad (Canales, 2006; Rodríguez, Gil y García, 1996).

La investigación cualitativa nos sitúa en el terreno de la mezcla y transferencia de los conocimientos, donde nos relacionamos con la subjetividad de otro/a y nos inmiscuimos en su propia experiencia; lo que ha conllevado para algunos/as, la denostación de la metodología por cuestionar su "pureza" o considerarla poco objetiva. En la presente exploración, esta problemática es resignificada desde el marco de referencia de la epistemología feminista, por lo que asumimos que investigar es también fundirse en una dinámica de cruce e interacción de sujetos/as que posibilite develar sentidos que son siempre contextuales. Desde esta epistemología se cuestiona la posibilidad de la objetividad como una meta en la investigación, y se apunta a la generación de conocimientos situados y no así a la definición de leyes universales. Sobre esta referencia se intenta dar a lugar a un proyecto investigativo no androcéntrico, en el que se avance hacia la validación de los conocimientos que se gestan entre las mujeres, y para el cual la investigadora se sitúa en el mismo plano que los/as sujetos/as con quienes trabajará (Blázquez, 2012).

a. Técnicas de recolección de información y producción de datos

Debido a que el tema de estudio se centró en aspectos de la vida íntima de las personas - como lo son la sexualidad, el cuidado del cuerpo y la natalidad-, se utilizaron técnicas de conversación (Valles, 1999) que nos permitieron acceder a esta esfera de la vida de las mujeres de forma amena. Para esto, la entrevista en profundidad resultó ser una técnica adecuada en tanto permitió encuentros directos entre la investigadora y las participantes, los que estuvieron dirigidos a la comprensión de las perspectivas que tienen estas mujeres respecto de sus propias experiencias, siendo una técnica que nos permite conocer creencias, conocimientos, rituales, etc, de la vida social de las personas, lo que es enunciado a través del propio lenguaje de las sujetas (Taylor y Bogdan, 1987).

Se realizaron entre una y dos entrevistas por participante, dependiendo del nivel de profundidad de la conversación y de vinculación de la investigadora con las entrevistadas, generando una comunicación fluida y una narrativa dentro de un espacio de comodidad. Así, la primera sesión y/o la primera parte del encuentro, se caracterizó por el establecimiento de este espacio de confianza en el que la participante se pudo sentir cómoda y con la libertad de referirse a los temas que para ella fueran relevantes, siempre dentro de un campo temático asociado al cuerpo, a la salud sexual y reproductiva y a sus experiencias dentro de ello. La segunda sesión -o bien la segunda parte de la misma-, se ordenó bajo la idea de una entrevista basada en un guion⁸, contando con una estructura más detallada y afinada abocada a tratar el problema de estudio. De todas maneras, la estructura de guion no limitó las opciones de comunicación, existiendo una libertad en los relatos y sus rumbos. Este guion apuntó más a una profundización de los aspectos considerados relevantes para la investigación, siempre enmarcado en la dinámica de la conversación, al tiempo que otorgó libertad a la investigadora para ordenar y formular preguntas a lo largo del encuentro, así como otorgó espacio a la entrevistada para direccionar la conversación, según lo propuesto por Valles (1999).

De esta forma, las temáticas principales que se abordaron en las entrevistas se definieron sobre la base de una categorización de variables cualitativas⁹, con el fin de demarcar ciertas dimensiones elementales que componen cada objetivo específico, para generar preguntas que nos permitieran abordarlos de forma ideal según estas dimensiones y así abarcar el objetivo general propuesto para la investigación. Las temáticas principales fueron las siguientes:

1. Antecedentes personales, intereses e historia de las participantes.
2. Trayectorias sexuales y del uso de anticonceptivos hormonales.
3. Valoración y/o discursos sobre los anticonceptivos hormonales.
4. Transiciones, cambios e hitos en las trayectorias.
5. Relaciones sexo afectivas.
6. Tensiones, miedos, aprehensiones.
7. Negociaciones y/o resistencias.

⁸ La pauta de la entrevista se encuentra adjunta en el Anexo 2.

⁹ Categorización de variables adjunta en Anexo 2.

8. Saberes y prácticas en torno al cuerpo
9. Relación consigo mismas.
10. Percepciones de cambio.
11. Sensaciones corporales.

b. Muestra

La población muestral estuvo constituida por mujeres jóvenes de clase media en edad reproductiva, mayores de 18 años, y que actualmente residen en la Región Metropolitana. Se definió como relevante el hecho de que sean mujeres en edad reproductiva ya que su condición de fertilidad y posibilidad de embarazo las posiciona como sujeto central dentro de las políticas públicas de planificación familiar. Tales políticas de control de natalidad promueven el uso de anticonceptivos hormonales para este segmento de la población, configurándose como usuarias y receptoras principales de dichas tecnologías (Dides y Fernández, 2016). Se trabajó con mujeres jóvenes por ser este segmento de la población en el que se hacen más evidentes las transformaciones de la modernidad, lo que se hace tangible en la forma en la que viven su sexualidad (Palma, 2006; Molina, 2016).

Si bien se entiende por mujeres jóvenes a aquellas que tengan entre 15 y 29 años de edad (INJUV, s.f), se decidió trabajar con mayores de 18 años -considerados por el Estado chileno como la mayoría de edad- aludiendo con ello a un trabajo directo con la persona y sin necesidad de intermediarios a la hora de obtener permisos y resguardos éticos para la temática propuesta, más aún cuando esta apunta a temas que abordan la sexualidad.

Otro de los criterios que se definió fue que las participantes hayan hecho uso de anticonceptivos hormonales al menos por dos años, y que el período de no uso de éstos fuese superior o igual a un año. Esto por la necesidad de contar con un lapso de tiempo en el que las mujeres incorporaran el uso de los anticonceptivos como un hábito y no solo como un momento de prueba; y lo mismo para el fenómeno del no uso de los medicamentos, vale decir, que se configure como una decisión –y un proceso- sostenido en sus vidas y que por lo mismo, denote el cambio de hábitos. De esta forma se hizo posible observar la diversidad de vivencias y contextos, así como las transformaciones implicadas en la decisión que se sostiene (Esteban, 2013).

No se consideraron dentro de la muestra a aquellas mujeres en edad reproductiva que, cumpliendo los parámetros muestrales, dejaron de usar métodos de anticoncepción hormonal con la finalidad de embarazarse, estableciéndose esto como un criterio de exclusión.

Con respecto a la decisión de elegir a la clase media como parámetro, hacemos referencia a las investigaciones que señalan que el nivel socioeconómico se vuelve relevante en este problema de investigación, en tanto las clases altas y medias son más influenciadas por los procesos de modernidad que conllevan transformaciones en las trayectorias sexuales (Molina, 2016). A su vez, los servicios y uso de tecnologías de regulación de la fertilidad reflejan notorias desigualdades, entre ellas económicas, ya que no hay un acceso

homogéneo a éstas. Es decir, las mujeres de estratos más bajos poseen menor acceso a los métodos anticonceptivos hormonales, ya sea por razones materiales o por falta de información y educación (Dides y Fernández, 2016). La clase media, por su parte, se ha identificado como el sector que más cambios ha realizado en lo que respecta a la sexualidad de los sujetos, constituyéndose como un campo de aperturas y transformaciones que les sitúan en experiencias dinámicas y móviles en cuanto a las nociones de cuerpo, sexualidad y género; aristas centrales para nuestra aproximación (Valdés en Molina, 2016).

En ese sentido, se define a la clase media como un grupo relevante por su conformación amplia y heterogénea la que, como acabamos de mencionar, ha experimentado mayores transformaciones en las trayectorias sexuales producto de la modernidad, y en tanto cuentan con un capital económico, cultural y simbólico que les permite el acceso tanto a información y educación, como a las tecnologías anticonceptivas hormonales sumado a los controles y asistencia médica-ginecológica. Al mismo tiempo, los capitales culturales y económicos son los que permiten que dichas mujeres generen cuestionamientos a la tradición asociada a las vivencias y normas sexuales a cargo de la regulación biomédica y especialista, iniciando un ejercicio de mayor autonomía para tomar decisiones con respecto al cómo vivir la sexualidad (Molina, 2016) (Valdés et al, 2005) (Martínez, 1998). Al ser este criterio bastante heterogéneo y particular según los territorios a los que se aplique, no se pretende definir la pertenencia a la clase media meramente por cantidad de ingresos, consumo y ocupaciones (Mac-Clure et. al, 2014), por lo cual se buscó la participación de mujeres que residieran en territorios¹⁰ diversos en los que la variable “clase media” fuera abundante, tomando también en cuenta la identificación de la misma participante con ese sector.

A modo de generar criterios para diversificar la muestra, se definieron intervalos etarios dentro del rango de edad detallado para las participantes. Se propusieron tres intervalos: (1) Entre los 18 y 21 años; (2) Entre los 22 y 25 años; (3) Entre los 26 y 29 años. De esta forma, la búsqueda de las participantes procuró que las edades de estas no estuvieran concentradas en algún rango en particular, asegurando una diversificación de las ocupaciones y actividades de las mujeres entrevistadas. También se procuró tener como criterio la búsqueda de mujeres que estuvieran manteniendo relaciones de pareja estables, así como mujeres que no tuvieran ese tipo de relaciones. Esto con la finalidad de acceder a diferentes dinámicas relacionales dentro de rangos etarios diversos.

b.1 Acceso a la muestra

Debido a la generalidad de los criterios de la muestra, que se ligan a la naturaleza exploratoria de este proyecto, para acceder a la población muestral se utilizaron estrategias de difusión que permitieran llegar a la mayor cantidad de mujeres posibles. Para esto, se generaron afiches en los que se invitó a participar voluntariamente en la presente memoria, en los que se encuentra explícito el tema y objetivos de la investigación, así como también un número de contacto de la investigadora en caso de querer participar o desear más

¹⁰ Según estudios de Toro y Orozco, 2018; Mella, 2009; Espinoza y Barozet, 2008.

información al respecto. El afiche se difunde por redes sociales (Facebook, Instagram, Whatsapp) y tuvo un alcance exitoso. En primera instancia se contactaron alrededor de 18 mujeres, con las que se mantuvo una conversación breve para conocerse y ver si se cumplía con los criterios muestrales establecidos, comprometiendo así las primeras entrevistas. Esta misma operación se repitió 3 veces y en total fueron 53 mujeres las que tuvieron interés en participar de la memoria. Las interesadas eran residentes de ciudades como Santiago, Valparaíso y Concepción, y se movían en un rango etario de los 18 a los 35 años aproximadamente. Finalmente se concretaron 11 entrevistas, correspondientes a mujeres que cumplieran con los criterios previamente definidos para la muestra. A continuación, se adjunta una breve caracterización y presentación de las mujeres que participaron en esta memoria y que hicieron posible su realización.

b.2 Ellas, las que han dado cuerpo a esta memoria.

En este apartado se exponen breves descripciones que realizan las participantes sobre sí mismas, sobre elementos que consideran relevantes en sus vidas y que, desde su propia perspectiva, las definen como personas. Estas características aportan a la construcción de un perfil de las entrevistadas que nos ayude a entender quiénes son las mujeres que rechazan el uso de anticonceptivos hormonales; pero también se realizan apuntando a la representación de las participantes en su subjetividad particular, desde el posicionamiento de ellas mismas como sujetas que participan en esta memoria, y no desde el entendimiento de un objeto de estudio. Esta decisión se condice con la epistemología feminista (Blázquez, 2012) que guía la presente investigación, que se posiciona como crítica a la deshumanización en los estudios sociales que tienden a hablar o a tratar a las personas como si fueran objetos sin subjetividad, como datos, y no como agentes que reflexionan sobre sus propios procesos y vidas.

Amanda

Me llamo Amanda, tengo 24 años de edad y vivo en La Florida con mi abuela. Estudié pedagogía en lenguaje en la Universidad Silva Henríquez, acabo de salir de la universidad, recién el semestre pasado defendí mi tesis. Con mis compañeras nos dedicamos a investigar en contextos de encierro, educación en contexto de cárcel, y ahora trabajo también en contexto de encierro, les hago clases a adolescentes desde los trece años. Me apasiona mucho la pedagogía, dedico mi vida a eso e intento llevar la pedagogía a otros lugares fuera del colegio; estuve trabajando en talleres libres dentro de la cárcel y me gustaría retomar esos proyectos de educación popular. También bailo en una comparsa, que se llama La Rebuscona, estoy ahí desde este año y antes bailaba en otra que se hacía en el Pedagógico, la comparsa Sin Cabeza. Ahí me relaciono con el mundo del carnaval y con las diferentes personas que se encuentran en él. Hace un tiempo que soy vegetariana y también me considero feminista. Hoy en día estoy pololeando. Yo empecé a tomar pastillas anticonceptivas a los 17 años, en mi primer pololeo, porque no quería ser mamá. Deje de tomarlos a los 23 años, seis años después.

Alba

Mi nombre es Alba, tengo 23 años y en unos días cumpliré los 24; vivo en Macul con mi mamá y mi papá, soy la hermana menor de tres. Soy vegetariana hace un tiempo. Soy fotógrafa profesional, egresé el 2016 de mi carrera y actualmente me dedico a las fotos, trabajando con mi hermana mayor en una productora de fotografía gastronómica que estamos armando juntas. Paralelo a eso yo tengo mis proyectos personales que se relacionan mucho con la mujer, con el cuerpo y el desnudo; y también al trabajo documental y en calle, búsqueda de realidades de diferentes personas. A parte de la fotografía me gusta dibujar, me gusta pintar, amo mucho el textil y bordar, crear máscaras con diferentes tipos de materiales, me gusta mucho tejer y eso lo he aprendido hace poco con mi mamá. Actualmente uso estas herramientas para manifestaciones, para hacer capuchas o bordar máscaras, hacer performances y cosas así, todo en el marco del feminismo. Yo empecé a trabajar con mujeres y en temáticas feministas cuando estaba en la u, aún sin saber que eso tenía un nombre o que era algo político. Para mí ser mujer fotógrafa y ganarme un espacio en un contexto muy machista, porque la fotografía es así, salir a la calle a protestar con mi cámara, es para mí un vínculo con el feminismo. Para mí la fotografía es política, al hacer la foto hablo de como veo el mundo y de mis ideales, y yo intento usar la fotografía para crear un archivo de las mujeres del siglo XXI en Chile, porque cuando yo no esté si van a estar mis fotos y con ellas se podrá hablar de lo que está sucediendo. El retrato es lo que más me gusta y con ellos hablo de rasgos, de actividades, de manifestaciones, de lo que están haciendo las mujeres, un archivo y una muestra. También bailo flamenco, me gusta mucho bailar y el flamenco es para mí un desafío porque tengo puras compañeras mayores y a veces siento presión por lo que expreso en mi cuerpo con mis tatuajes y mis vellos corporales, pero igual es un espacio de goce y de liberación de las vergüenzas. Yo empecé a tomar pastillas a los 16 años, cuando empecé a tener relaciones con mi primer pololo. Las usé sin parar hasta los 22, así que en total fueron seis años seguidos de anticonceptivos.

Simona

Me llamo Simona, tengo 24 años y estudio sociología en la Universidad Alberto Hurtado, ahora pasé a quinto año así que haré pronto la práctica y el seminario. Vivo en San Joaquín con mi primo y mi gato hace tres años, pero pronto se va así que buscaré compañeras para vivir. Me gusta andar en bicicleta y me gusta comer, me gusta nadar y compartir con mis amigos. Me considero feminista, y soy vegana hace un poco más de un año, y todo partió por mi intolerancia al trigo y con los límites que me puso en la alimentación. Después de eso me di cuenta que podía dejar las otras cosas y empecé a enfocarme en el tema de mi salud y cómo influenciaba el consumo de animales en la salud, y también dar cuenta del maltrato animal y el especismo. El veganismo es gran parte de lo que es mi vida, porque me define pautas diarias en torno al alimento y también me ha hecho preocuparme más de mí y de lo que ingiero. Yo considero que el veganismo es éticamente correcto si sabemos que los animales sufren, sobre todo teniendo la comodidad de una persona que vive en la

ciudad y que puede reemplazar la carne. Para mí es un activismo a través de la práctica y de tratar de conversarlo con la gente, y que el hecho de que ese pedazo de carne no esté en tu plato ya es un acto político. Para mí la sociología fue un desafío, pero encontré cosas que me llamaban la atención dentro de la disciplina, y tienen que ver más que nada con desarrollo en temas de salud sexual y reproductiva porque siento que es muy importante y que hace mucha falta en Chile, es un trabajo que me gustaría hacer. Comencé a tomar anticonceptivos a los 18 años y los dejé a los 21, así que los tomé durante tres años.

Luciana

Me llamo Luciana, tengo 22 años, vivo ahora en la Florida junto a mi familia, y estudio Administración Pública en la Universidad de Chile. Trabajo part time en diferentes cosas, generalmente como promotora o de garzona o lo que va saliendo. Estoy pololeando hace un poco más de un año. Yo primero estudié ingeniería comercial, me gustaba la metodología y lo que se podía llegar a hacer con las herramientas que te daban, pero siempre te enseñaban a generar plata y a mí eso me chocaba, me faltaba ese fin, y la administración pública se basa más en la gestión pero abocado al bien común; y para mí es bacán saber que hago algo no solo para ganar plata, sino que con un fin social mayor. Yo empecé a tomar anticonceptivos a los 14 años, cuando estuve con mi primer pololo y por un diagnóstico de ovario poliquístico. Me defino a mí misma como feminista. Hoy en día tengo una relación de pololeo. Los tomé durante tres años seguidos y después volví a tomarlos durante un año, y a los 21 años los dejé de forma definitiva. Así que los tomé durante 7 años de forma intermitente.

Macarena

Soy Macarena, tengo 27 años, siempre viví en La Granja y ahora vivo en San Miguel. Estudié química y farmacia y ahora estudio diseño industrial, estoy en la parte final de mi carrera y haciendo práctica, empezando con la memoria. Me dedico a confeccionar ropa y armé una marca por decirlo así, que se llama Herejía. Aprendí porque siempre me había llamado la atención hacer ropa, así que hago eso y es a bajo costo, me muevo en ferias y en redes del mundo del oficio, me sirve para subsistir y para tener una herramienta. Me gusta hacer mucho deporte, he hecho deporte toda mi vida. Ahora estoy entrenando kung fu y quiero empezar con natación, pero siempre he hecho deporte. Desde los cinco años que estuve haciendo patinaje artístico, durante toda mi época escolar, y después a los 19 me puse a entrenar roller derby con un equipo de chicas, formamos una liga que se llama Metropolitan, viajamos por Colombia y Argentina y después volvimos y me salí, y ahora estoy haciendo otros deportes, siempre hago algo porque siento que es una forma de estar muy conectada con mi cuerpo. También hago clases particulares y en una escuela popular que armamos en la universidad, así que con eso me metí mucho en la educación popular. Yo entré a estudiar química y farmacia porque me gustaba mucho el tema del laboratorio, y después entendí que era esa parte mía a la que le gustaba mucho crear, porque siempre he sido buena para las artes manuales como esculpir, hacer macramé, hacer muchas cosas

con las manos. Finalmente me salí porque el mundo de la farmacéutica es muy nefasto, y eso se ve mucho en la escuela, y después de eso entré a diseño. A mí lo que me gusta es hacer algo de importancia con ese privilegio que tuve de entrar a la universidad, algo que repercute en lo cultural o en la salud. Me considero muy feminista, y también soy vegetariana. Tengo una relación de pareja y vivo con mi pololo. Yo empecé a tomar anticonceptivos a los 17 años y los consumí con algunas intermitencias hasta los 25 años, durante 8 años.

Julieta

Me llamo Julieta y tengo 21 años, vivo en Peñalolén con mis papás y hermano, y estudio Agronomía hace dos años en la Universidad Mayor y pololeo. Si te defino un poco mi vida, te puedo decir que me enfoco mucho en lo natural. Empecé hace algunos años y hoy en día todo mi consumo, mi alimentación, mis cuidados son naturales, por eso mismo no tomo pastillas de ningún tipo y tampoco consumo carne e intento no comer productos animales en general, porque no me gusta la industria que procesa a los animales. Llegué a esto porque cuando era más chica me sentía muy tóxica, sintiéndome perdida y llenándome de cosas tóxicas, así que para mí lo natural fue una manera de aferrarme a algo y de cuidarme. De hecho, gracias a cómo he estado viviendo definí que quería estudiar Agronomía, porque pensé qué es lo que quiero para mí en un futuro. No quiero vivir en Santiago, no me gusta esta ciudad, y busque algo que me permitiera vivir de mí y de poder hacer yo misma mi alimentación sin depender de una industria o de otros. Me gusta hacer circo, artesanías, también dibujo y hago stickers. Últimamente estoy haciendo huertos, estoy armando un proyecto de hacer huertos orgánicos en las casas de las personas que quieran, me llaman y yo se los armo porque tengo las plantas, ocupo papeles reciclados para difundir el proyecto. Comencé a tomar pastillas anticonceptivas a los 16 años cuando tuve relaciones sexuales por primera vez, y los tomé hasta los 19, así que los usé de forma intermitente durante tres años.

Ana

Soy Ana, tengo 21 años y vivo en Recoleta, en una pensión con 20 personas más. Estudio lingüística, me gusta eso y no me gusta la literatura, que es parte del plan común. Me gusta porque la teoría psicolingüística porque hace el análisis desde el cerebro y lo neuronal, y también me gusta la sociolingüística porque me interesaría integrar los estudios de género a la disciplina, yo creo que a eso me voy a dedicar, a estudiar el lenguaje inclusivo y validarlo; y también a la pedagogía que es algo que me gusta. Me motiva enseñar en la media y eso lo descubrí el año pasado porque empecé a hacer clases en un preuniversitario popular, y me interesa enseñar lenguaje porque siento que se enseña pésimo en los colegios. Empezaré a hacer un curso de peluquería para desempeñar un oficio y tener una herramienta, y quisiera trabajar con productos veganos también. Porque yo soy vegana hace cuatro años, y también lo relaciono con el feminismo. A mí me toma el antiespecismo, pero siempre con una conciencia social en el veganismo, que nadie puede exigir a otros ser

veganos y si hay que ser activista tiene que ser desde tu propia comunidad. Si bien es importante para mí, me siento más activista en el feminismo y eso también se relaciona con el Preuniversitario donde hago clases, que es el Preu Mara Rita que se define como feminista y excluye a hombres y mujeres hetero. Me gusta porque no es solo un preu, también es una instancia donde hacen talleres y se enseñan cosas bacanes y donde he conocido a muchas personas bacanes. Me gusta mucho dibujar y hago comics, he hecho fanzines, vendo stickers. Antes me dedicaba un poco más al comercio callejero pero me aburrí tener ese miedo constante a perder tu mercancía. Yo me inyecté hormonas anticonceptivas desde los 15 hasta los 17 años, fueron dos años.

Pamela

Soy Pamela, tengo 29 años y hoy en día vivo en San Miguel con mi papá y mi mamá. Estudié pedagogía básica, así que soy profesora, pero hace un tiempo, como dos años, que dejé de trabajar en las aulas, principalmente por una decepción. Creo que la educación formal es un sistema que no funciona, está muy estandarizado y eso lo hace ser muy segregador y violento, así que me causa un rechazo desempeñarme en esa área, además que el trabajo está muy mal remunerado así que uno entre más de lo que se debería a cambio de muy poco. A pesar de eso, me encantan los niños y me gustaría mucho seguir estudiando y desarrollándome en el ámbito pedagógico, pero siempre con esa inquietud y ese norte de encontrar otras formas de enseñar y de aprender, que sean menos violentas. Como me gustan los niños, hoy en día trabajo de baby sitter, cuidándolos cuando sus papas no pueden o necesitan un espacio. También participo en una comparsa, hace como tres años, y para mí esto ha sido increíble. Para mí el espacio de la comparsa me ha acercado a mi cuerpo, al baile y a sentirme libre con esta práctica, mediante el movimiento de mi cuerpo y el movimiento conjunto. Pero también creo que va mucho más allá porque en este espacio he conocido muchas personas diferentes, y he formado lazos de amistad muy importantes, sobre todo con mujeres, lo que me hace muy feliz y me llena. También me ha abierto las puertas a aprender cosas nuevas, como lo que tiene que ver con los instrumentos de percusión como lo son el cajón peruano, el chequeré, campanas, wiros, y otras cosas, que gracias a este espacio me he dado cuenta que me gustan mucho. Todo eso también es parte de una inquietud personal que hoy en día me mueve mucho, que tiene que ver con esas ganas de aprender y conocer muchas cosas nuevas, ya sean prácticas, personas, disciplinas; tengo ganas de lo nuevo. Yo empecé a tomar anticonceptivos hormonales a los 19 años y los dejé a los 27, así que estuve constantemente usándolos durante ocho años.

Rosa

Yo soy Rosa, tengo 29 años y soy diseñadora, vivo en Santiago Centro con dos gatas. Trabajo en la Universidad de Chile en la dirección de deporte hace cuatro años, y también realizo trabajos freelance. Aquí trabajo en el área de comunicaciones, genero material para difundir los eventos deportivos que se hacen en la U y los programas del polideportivo, los

planes, las escuelas de verano y esas cosas. También he trabajado en otros proyectos y que me gustan mucho, que tienen que ver con temas ecológicos y de conservación, por ejemplo diseñando libros y diagramas sobre controles de especies de flora y fauna y sus amenazas, informes para la FAO, ese tipo de cosas. Me gusta hacer cosas que igual están ligadas a lo que me dedico, por ejemplo, me gusta mucho el dibujo y la ilustración y siempre intento explorar cosas por ahí. Me gusta harto bordar y tejer, y también hago kickboxing hace un par de años. Nunca he sido deportista, pero empezar el kickboxing y solo con mujeres, a sido muy bueno para mí. Todo empezó con unas clases de autodefensa femenina, y después ya me metí a entrenar y con un grupo consolidado y constante, con el que generamos amistad y apoyo. Para mí ha sido muy bueno porque la profe siempre dice que los deportes de contacto te enseñan mucho sobre autoestima, y en eso a mí me ha ayudado mucho. También a veces voy a clases de twerk a veces. Hoy en día estoy pololeando y no uso pastillas hace dos años. Empecé a los 17 y los dejé a los 27, así que las tomé durante 10 años.

Violeta

Me llamo Violeta, tengo 18 años y estoy terminando el colegio. Vivo en Ñuñoa y me gusta mucho cantar, me gusta la ginecología natural y hacer talleres de eso. Me gustan las artes y las expresiones artísticas, me gusta cocer y confeccionar, me gusta hacer fanzines y collages, me gusta escribir y dibujar. Me gusta trabajar con mujeres y también niñas pequeñas. Cuando salga del colegio quiero estudiar obstetricia. Durante la media pensaba estudiar arte y dedicarme al arte terapia, porque me gusta trabajar con personas y ayudarlas, así que para mí una carrera siempre era con el norte de aportar algo a alguien. Pero después ahondé en la ginecología natural y me di cuenta que me gustó mucho porque también siento que es el lugar desde donde genero más resistencia feminista, porque yo soy feminista, y en el enseñarle a mis amigas y a cualquier chica que quiera aprender. Así que eso me motiva a querer hacerlo como algo más serio y dedicarme a eso. También soy vegana y eso es para mí muy importante, sobre todo porque lo relaciono con el feminismo y el antiespecismo. Hoy en día estoy pololeando. Empecé a tomar pastillas anticonceptivas a los 12 años durante unos meses, y después los tomé de los 15 a los 16.

Josefa

Me llamo Francisca, tengo 28 años, soy madre y vivo en Ñuñoa. Hace poco me titulé de enfermería y estoy buscando trabajo en eso. Antes de estudiar enfermería estudié cosmetología y ahí me di cuenta que me gustaba lo relacionado con la salud y los cuidados, y cuando entré me di cuenta que me gustaba mucho el área de la salud comunitaria y lo enfocado a la salud pública, por eso también estoy buscando trabajo en CESFAM, en participación de programas de prevención y promoción de la salud. Yo soy vegetariana hace casi cuatro años, así que tengo mucho el rollo de la alimentación saludable, así que cocino harto. Mi vegetarianismo empezó por un cuestionamiento de las golosinas y las azúcares, de las cosas no saludables que comemos, ahí empecé a investigar y a cachar que se

promueve una vida sana en base a reducir el consumo de carne. A parte de eso, leí y vi muchas cosas en relación al maltrato animal y a la industria de la carne, y con eso empecé a tomar más consciencia ecológica y a generar pequeños cambios que aporten a reducir mi huella en el planeta. Ahora estoy muy metida en el deporte, en el entrenamiento y yoga. También bailo salsa y me gusta mucho. Yo empecé a usar anticonceptivos a los 16 años y dejé de tomarlos definitivamente a los 26, así que fueron 10 años de forma intermitente.

b. Análisis de la información

La información resultante de las entrevistas se interpretó según un análisis de contenido, entendido como un *conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos (mensajes, textos o discursos) que proceden de procesos singulares de comunicación previamente registrados* (Piñuel, 2002:2). En todos los casos los textos nos remiten a un universo de prácticas sociales y cognitivas, y lo que se pretende es dar cuenta de la “aparición del sentido latente” que procede de estas prácticas y que subyace a los actos comunicativos concretos.

La elección del análisis de contenido se justifica porque el trabajo de esta memoria fue guiado con la idea de profundizar en los relatos y narrativas propios que las participantes elaboran con respecto a su decisión de suspender el consumo de anticonceptivos hormonales, a los miedos y negociaciones que enfrenta, a las nuevas prácticas y estrategias que generan, a su experiencia sin los fármacos hormonales en general. En este sentido, este acto significa colocar su discurso, sus voces y las maneras de comunicación en el centro de la exploración, siendo coherentes con el formato definido para las técnicas de recolección de datos, donde se busca la conversación y el diálogo por medio de las entrevistas.

Para llevar a cabo el proceso de análisis, se transcribieron las entrevistas realizadas y se leyeron, para posteriormente hacer un trabajo de codificación de las mismas. Luego de la codificación del material, se definen temas principales en los que se agrupan estos códigos. Si bien estos temas emanan de la experiencia de las participantes, están también vinculados a los objetivos de la investigación y a las principales interrogantes de esta memoria, lo que se entiende como inevitable en el proceso de análisis (Braun y Clarke, 2012).

Una vez que los códigos se encontraron agrupados en sus correspondientes categorías, se procede a trabajar en la construcción de un relato cohesionado que integre la información y que permita exponer los principales resultados de la investigación, a la vez que estos resultados son analizados de forma interrelacionada con la narrativa generada. De esta forma, esta narrativa integra fragmentos de entrevistas que remiten a la experiencia concreta y a la voz de las participantes, a la vez que se matizan con la escritura y análisis de la investigadora. Esto es presentado en la sección de resultados que a continuación será posible ver.

c. Aspectos éticos

El presente proyecto se enmarca dentro de una epistemología feminista que guio la metodología de investigación, lo que se vuelve importante de aclarar en cuanto a sus alcances. Una metodología particular estará mediada por una epistemología dada y, en este caso, la epistemología feminista intenta deconstruir la tendencia clásica a organizar las observaciones sobre la base de dicotomías, abstrayendo a las personas de su contexto social. Por el contrario, esta epistemología entiende a las personas como agentes que desarrollan un análisis propio de sus situaciones, a la vez que critica el ideal de objetividad como una meta de la investigación en tanto propone *la utilización de la objetividad como un medio patriarcal de control, de desapego emocional y la suposición de que hay un mundo social que puede ser observado de manera externa a la conciencia de las personas* (Blázquez, 2012:26).

Por lo mismo, se buscó propiciar espacios de confianza con las participantes, los que resguardaron tanto su integridad física y emocional, como su identidad. Al entender a las participantes como agentes que reflexionan sobre sí mismas y que tienen voz en sus propios procesos, se contó con una devolución y acceso constante a sus entrevistas, con lo cual fue abierta la opción a que pudieran eliminar fragmentos que prefieran no compartir en el escrito final de la memoria. Esto bajo la idea de que la investigadora no es la única editora del escrito, incorporando en éste las voces propias de las participantes, las que tienen un rol activo en lo que se escribe sobre sí mismas (Blázquez, 2012).

Así mismo, también se contempla la entrega del producto final, continuando con el ejercicio de reciprocidad que se sitúa como normativa para el diálogo. Todo esto se encuentra enunciado y especificado en el formato de consentimiento informado anexado, el que fue debidamente entregado a las participantes antes de comenzar el trabajo en conjunto, los cuales se encuentran firmados por la entrevistada y la investigadora. En este se explicita el anonimato de la participante y la posibilidad de no continuar participando en cualquier momento, sin sanciones; además de insistir en la opción de no responder algún aspecto que se entienda como incómodo para ella.

Lo anterior se constituyen como resguardos éticos y profesionales que se asumen para el buen desarrollo del proceso investigativo y que son coherentes con los exigidos con nuestra propia institución.

6. Resultados

Capítulo I.

Memorias del ritual hormonal, consagración de la feminidad y narrativas del rechazo.

Ahora la experimentación sobre el alma humana puede llevarse a cabo en el precioso enclave del cuerpo individual, bajo la supervisión atenta e íntima del propio individuo
Preciado, 2008:115

En este primer capítulo se presentan algunos relatos de las mujeres que participaron en esta memoria, que pretenden dar cuenta del proceso de decisión que viven para suspender el uso de anticonceptivos hormonales. Estos hitos y serie de sucesos nos hablan del desarrollo de una reflexión en torno a estos fármacos, que se encuentra inscrita en y desde el cuerpo, la que finalmente decanta en la acción específica de dejar los anticonceptivos y perpetuar esta resolución en el tiempo. Ahora bien, para dar cuenta y comprender este proceso, se vuelve indispensable remontarse a un momento anterior: el por qué –y en qué contexto- se decide comenzar a tomar los anticonceptivos. Los fármacos hormonales se introducen en la vida de las mujeres como resultado de una resolución, y son estas experiencias con las hormonas las que también otorgan un marco de sentido al fenómeno de rechazar su uso. En esta lógica, se encuentra que el consumo de anticonceptivos se configura como denominador común entre las mujeres jóvenes de clase media y como una pauta en cuanto a los cuidados sexuales (Dides y Fernández, 2016); por ello es importante caracterizar las experiencias de nuestras participantes: el cuándo, cómo, por qué y a qué edad se empieza con esta dinámica.

De esta forma, este primer capítulo se centra en evidenciar cómo opera el proceso de medicalización de la vida y disciplinamiento de los cuerpos de las mujeres a partir de la ingesta de anticonceptivos, teniendo como propósito evidenciar la etapa de la vida en la que se da inicio a este consumo, que en el caso de nuestras entrevistadas posee un hito crucial, que es cuando se decide y comienza una “vida sexual activa” con un otro, y donde el cuerpo adquiere significado en una dimensión sexual. Además, en este acápite se indagarán en los efectos de esta medicalización y las decisiones/acciones con las que se responde a diferentes malestares asociados a las pastillas.

I.1 El ingreso: Habitar el cuerpo y el mundo desde el ritual hormonal y su *script de género*¹¹

I.1.a “Mamá, quiero ir al ginecólogo”

Esta precisa frase -o su símil “*mamá, quiero tomar pastillas*”, “*mamá, llévame al doctor*”- es la que, por excelencia, dio inicio al proceso operativo que tuvo como resultado el uso de anticonceptivos hormonales por parte de las entrevistadas. Todas menores de edad, adolescentes entre los catorce y dieciocho años, deciden recurrir a la figura materna para comunicar una necesidad o anhelo que requiere de la madre, como figura emblemática e intermediaria, para ser satisfecho. Esta nomenclatura activó de forma eficiente la cadena de sucesos que pondrán en las manos -en la vida, en los cuerpos, en las bocas y en la sangre- de las adolescentes, un dispositivo que será introducido al organismo en forma de píldora o de inyección, al fin y al cabo, de tecnología.

Tenía como 14 años yo creo y con mi primer pololo. Estaba en primero medio, según yo era chica y como que claro, quise ir al ginecólogo y fui y me recetaron anticonceptivos (...) estuve tomando anticonceptivos como tres años seguidos, una cosa así (Luciana, 22 años).

Empecé a tomarlos cuando perdí mi virginidad... tenía como 16 años creo y tuve sexo (...) Y le dije a mi mamá “oye mamá, quiero usar anticonceptivos” y me preguntó por qué y yo le dije que por si acaso. Y fui al doctor y me pasó unas pastillas (Alba, 21 años)

Llegué a las pastillas por una preocupación personal porque había tenido relaciones sexuales (...) Y le conté a mi mamá, le dije que necesitaba empezar a tomar pastillas (...) Tenía 14 o casi 15 años cuando me puse a tomar pastillas (Violeta, 18 años)

Yo partí usando pastillas anticonceptivas a mis 16 años, cuando tuve mi primera relación. Todo fue cuando mi mamá me decía que si yo necesitaba ir al ginecólogo que le avisara. Así es que antes de tener relaciones, mi mamá me acompañó al ginecólogo y me dieron pastillas (Josefina, 28 años).

De estos relatos se logra evidenciar un denominador común que salta a la vista, y que corresponde al momento de la vida en el que estas mujeres dieron inicio a la ingesta de hormonas. En primera instancia, este momento tiene relación con las edades en la que ellas comienzan su consumo, las que se encuentran en el rango de los catorce a los dieciocho años; lo que nos habla de un proceso de medicalización que comienza de forma temprana e incipiente, cuando estas mujeres son adolescentes y menores de edad. Estas

¹¹ Concepto utilizado por Tania Cuevas (2014) para referirse a la píldora anticonceptiva, basándose en los postulados de Akrich (2006) quien postula el concepto de *script* para referirse a la tecnología, proponiendo que todo artefacto contiene una visión de mundo en sus propios contenidos técnicos. El guion es el resultado de un trabajo de inscripción de la tecnología, la que puede entonces predefinir (sin determinar) el margen y espacio de acción de las personas. La noción de *script* permite pensar en cómo la pastilla permitió a diversos actores reproducir la visión del cuerpo como una construcción hormonal.

experiencias de las participantes se condicen con una tónica general y generacional que se repite a nivel nacional, en la que las mujeres son consumidoras de hormonas desde su adolescencia y edades tempranas, para evitar el embarazo. Encuestas reflejan que desde los 15 años en adelante, se consta de un aumento sustancial del uso de métodos anticonceptivos para la regulación de la fertilidad. Dentro de estos métodos, los más utilizados son los hormonales, resaltando el método oral combinado y de progesterona. En general, el inicio del consumo se asocia al inicio de la vida sexual de las menores. Pero también se encuentran casos en los que su uso comienza antes de este hecho (Dides y Fernández, 2016).

Esto último es también evidenciable en las experiencias de las entrevistadas, ya que el *ciclo vital* en el que las hormonas anticonceptivas comienzan a adentrarse en su rutina no se define solo por el rango etáreo de las entrevistadas, sino que además aparecen como una opción o necesidad cuando estas mujeres tienen sus primeras experiencias sexuales, las que se dan en relaciones heterosexuales monógamas comúnmente entendidas como “pololeos”¹².

Las tecnologías hormonales cumplen con la función de evitar los embarazos no deseados, inhibiendo la ovulación o evitando la implantación de un embrión –dependiendo del fármaco-, por lo que son recetadas con el fin de posibilitar una relación sexual que pueda vivirse sin el temor de la reproducción. Por esto, la recomendación de cuidados únicamente sobre la base del uso de las anticonceptivas lleva consigo el asumir que la sexualidad ha de vivirse, o se quiere vivir, de forma heterosexual. En este sentido, las pastillas anticonceptivas aparecen como opción cuando emergen las relaciones sexuales penetrativas, acoplándose a la norma de la heterosexualidad. Bajo este ángulo, la receta y consumo de las pastillas como único método de cuidado sexual, lleva consigo no solamente la institución de un fármaco y una regulación médica, sino que a la vez conlleva una pauta de comportamiento en el cómo vivir los vínculos sexo-afectivos y la sexualidad; expresando el mandato de que estos vínculos se den dentro de los términos de la heterosexualidad obligatoria. (Butler, 2002; Preciado, 2000)

1.1.b La consagración de la Triada: Madre, Médico y Pareja. ¿Dónde quedan las adolescentes?

Las mujeres relatan que inicio del consumo se dio por una iniciativa y acción que ellas entienden como propia y autónoma. Son ellas las que toman la decisión de utilizar hormonas para evitar el embarazo no deseado, como expresión de un anhelo que emana de ellas mismas. Pero para que este deseo llegue a consumarse y se haga efectivo, se necesitó de la participación de otros actores en esta secuencia, los que cumplen diferentes roles y son significados de distintas maneras. En todos los casos compartidos, está la presencia por excelencia de la madre como primer agente interlocutor, para luego adosar

¹² Se entiende al pololeo como una expresión típica chilena que refiere a una relación sentimental, sexo afectiva, de índole formal y estable.

la figura del médico -o representante de la institución médica-, y posteriormente la pareja. Conformándose una triada de actores que inciden y participan en el ingreso de las adolescentes al consumo de las pastillas anticonceptivas.

La pareja (hombre-pololo), más que ser un actor relevante en una decisión conversada para elegir un método de prevención del embarazo, se configura como gatillante de que las mujeres decidían por el consumo de anticonceptivos. Lo que se constató en los relatos de nuestras entrevistadas es que la presencia de este actor –y su vínculo sexual- es un factor relevante y detonador del consumo de pastillas, pero que no existe mayor involucramiento del mismo en el proceso contraceptivo.

En este contexto en el que el consumo se torna una estrategia de cuidado para dos sujetos que se encuentran en una relación, se vuelve interesante notar que son los cuerpos de estas mujeres los que han debido ser llenados de hormonas para palear el cuidado en términos de sexualidad y reproducción. Si el mandato del consumo de anticonceptivos hormonales lleva consigo inscrito que la sexualidad se está explorando y viviendo en un vínculo monógamo con un otro, se esperaría que el cuidado de la relación sexual se diera de forma compartida, pero en las memoria de las participantes se evidencia que no es así. Ellas refieren constantemente a parejas que no se acercan al profesional de la salud o al centro médico para pedir preservativos o para informarse, aun cuando los fármacos hormonales no aseguran un cuidado completo, sobre todo en términos de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Al contrario, fue común escuchar frases como:

No se conversó tanto, fue como ya, estoy tomando pastillas, bacán (Alba, 23 años)

No me ayudaba en nada, yo me compraba las pastillas por mi cuenta (...) me mandaba a tomarme pastillas del día después (...) no le importaba nada que yo tuviera que meterme cosas en mi cuerpo (Rosa, 29 años)

Fue común escuchar frases que hacen referencia a la naturaleza más bien individual de la decisión y al nulo cuestionamiento sobre el uso del fármaco, expresando además cómo los compañeros sexuales no se involucraron en mayor medida en el cuidado e incluso abusaron del método, exceptuando algunos casos en los que el involucramiento se dio meramente en términos de aporte monetario.

Fue como una decisión propia. Ósea obviamente le dije que iba a tomar pastillas pero me daba lo mismo si me decía que si o si no, como que yo lo iba a hacer igual (Amanda, 24 años)

Lo conversamos pero yo siento que más que conversarlo, fue una decisión mía y siento que por parte de él (...) como que fue ah bacán, ella toma pastillas y yo no me tengo que preocupar de nada (Rosa, 29 años)

Yo le dije a mi mamá que estaba pololeando y que quería cuidarme porque no quería ser mamá joven. Y ahí empecé todo el proceso que significa tomar pastillas (Pamela, 29 años)

En este sentido, si bien el ingreso al consumo de anticonceptivos se da en el contexto del inicio de una vida sexual con una pareja heterosexual, se evidenció que el rol de los hombres en esta cadena estuvo definido más por su ausencia significativa, que por sus actos conscientes y comprometidos, reflejando una poca o nula implicancia por parte de las parejas. Las mujeres se ven ante un escenario en el que son ellas –solo ellas, exclusivamente ellas- las que compran el fármaco, lo introducen a su organismo, controlan su fertilidad y monitorean su funcionamiento con visitas recurrentes al médico, dinámica que se lleva a cabo en solitario, como ritual individual. La figura de la pareja se desenvuelve, entonces, en esta paradoja de la presencia necesaria y la ausencia prolongada.

Cabe destacar que esta dinámica no pareció ser diagnosticada como un problema en ese entonces, sino que parece ser más bien significada como la expresión de una voluntad que desde su inicio emanó de un deseo –generalmente- personal de utilizar las anticonceptivos. Lo expresado por las participantes da cuenta que son ellas las que han de comenzar a mover esta cadena operativa que finalmente desemboca en el consumo de hormonas, a pesar de que en todas las experiencias apareciera la figura materna para acercarlas a este cometido.

Si bien comentan que el tomar anticonceptivos se dio como un deseo y acción en solitario, lo que podría aparentemente ser leído como un ejercicio de autonomía, en las experiencias de estas mujeres es posible ver que esta autodeterminación es más bien parcial, ya que de igual forma se expresan ciertas dinámicas de dependencia que condicionaron y limitaron el actuar de las entrevistadas a un cierto escenario. Al enunciar que quieren utilizar anticonceptivos, estas mujeres están diciendo –sin decirlo explícitamente, sino que con metáforas- que han dado inicio a su vida sexual. Pero la enunciación de este deseo se hace mediante la comunicación con la madre, siendo a ella a quien se recurre cuando se decide “tomar cartas en el asunto” para evitar un embarazo. Desde este momento, en el que las adolescentes solicitan a sus madres que las lleven al médico para obtener las pastillas –posicionándolas como intermediarias entre su deseo y ellas-, las mujeres traspasaron a las madres una capacidad de agencia dentro del proceso. En ese traspaso, se tornan dependientes a las decisiones que las madres tomen respecto a lo que consideran adecuado para sus hijas. Son las madres las que deciden a qué médico van a asistir sus hijas, son ellas las que generalmente agendan y financian la consulta, etc.

Al ser aún niñas o menores de edad, las mujeres dependen de sus madres para generar el vínculo entre ellas y el sistema médico –entre ellas y los fármacos-, y en algunos casos fuimos testigos de que esta primera experiencia en/con el ginecólogo/a, se dio con el mismo médico que frecuentaba la madre de la entrevistada. En ese sentido, se evidencia que existe una transmisión de cuidados y decisiones que ya no están en las manos de las mujeres adolescentes. Como dice el propio concepto de adolescencia, las mujeres jóvenes “adolecen” de tener el manejo y control de quienes las atenderán y aconsejarán para el inicio de su vida sexual y el consecuente uso de hormonas.

Continuando con la delegación de las decisiones, si bien las mujeres llegan a la consulta médica con la intención de “cuidarse” con anticonceptivos, es finalmente el/la ginecólogo/a quien decide qué método será utilizado según lo que cree más conveniente, muchas veces

sin siquiera realizar exámenes o evaluaciones personalizadas de por medio, repitiendo un canon de atención donde las mujeres son posicionadas como consumidoras de hormonas, dóciles en su aceptación; es decir, pacientes pasivas y obedientes a las órdenes del/la médico y de la imposición que sitúa a las adolescente, por medio de la medicalización de la vida y su disciplinamiento, en la regulación del sistema sexo-género.

Mi mamá me dijo que es muy normal, que no me preocupe, “yo te voy a llevar al ginecólogo al tiro”... y ahí como que me chantaron las pastillas de inmediato, como que nunca me dieron otra opción, como que esa era la que todas usaban entonces úsala tú también (Alba, 24 años)

Y mi mamá me llevó al doctor y él me pasó unas pastillas. Así no más, me las pasó. Me dijo “ya, ¿cada cuánto te llega? Yo le dije mis datos y eso fue todo (...) me pasó unas patillas, me las empecé a tomar (Julieta, 22 años)

La presencia esencial del tercer actor -el médico- es notoria. Por lo general el médico fue varón, teniendo como rol posibilitar que el anticonceptivo sea recetado bajo prescripción médica, de acuerdo a las supuestas necesidades particulares de la paciente. Ahora bien, en este proceso se evidencia unilateralidad desde el ginecólogo, quien de manera más bien mecánica, receta un fármaco. El profesional de la salud no genera ningún tipo de diálogo al respecto ni se pronuncia sobre otras formas de cuidado, y en ninguna de las ocasiones que implicó la consulta, se explica cómo ha de funcionar el método. Simplemente cumple el rol de otorgar el dispositivo de consumo personal -por cierto siempre como responsabilidad femenina- para el cuidado y prevención del embarazo.

En algunos casos, advertimos que incluso fueron las madres las que definieron el consumo de métodos anticonceptivos hormonales por parte de sus hijas, determinando cuáles usarían y/o entregándoles pastillas ellas mismas, sin supervisión médica:

Cuando tuve mi primer pololo, a los quince años. Le conté a mi mamá que había tenido sexo con él, etc. Y mi mamá no me dejó opción, ósea me dijo ya, entonces tienes que tomar anticonceptivos (Ana, 21 años)

Los empecé a tomar como a los 18 (...) Me fui a vivir al sur y en ese tiempo yo estaba pololeando y nunca había ido al ginecólogo (...) Cuando me fui a vivir al sur mi mamá me dio las pastillas, ella misma (...) Las tomé todo ese año y cuando volví le dije que tenía que ir al ginecólogo y ahí él me dejó con las mismas pastillas, porque era el ginecólogo de mi mamá (Simona, 25 años)

Lo que se obtiene en este proceso entonces, es una asociación entre la institución familiar –representada en la madre- y la institución médica –representada en el ginecólogo-, quienes se acoplan y funcionan en pos del mismo resultado: la medicalización del cuerpo de las adolescentes con pastillas anticonceptivas para evitar un embarazo no deseado y gestionar su fertilidad de forma eficiente. Aunque el “deseo” de la joven es tomar las anticonceptivas (o “cuidarse” frente al inicio de su vida sexual), se hace visible toda una estructura, un *deber ser*, o una forma de hacer las cosas que reproducen estas dos

instituciones nombradas anteriormente. Lo descrito entonces, es un reflejo concreto de que existen pautas que llevar a cabo al momento de decidir sobre cuidados sexuales, y son estos sujetos/as los que se encargan de que estas políticas se realicen de forma efectiva, haciendo que las adolescentes vivan su sexualidad dentro de la norma heterosexual, y de los mandatos de género -monogamia- con la pareja.

Así, lo que parece ser una decisión autónoma y propia por parte de la adolescente, es finalmente el resultado de un proceso más complejo, que implica mayoritariamente decisiones de terceros –adultos-, quienes definirán cómo ha de vivir su sexualidad, teniendo siempre como norte la medicalización de su cuerpo y los mandatos del sistema sexo género.

Bajo este marco, podemos constatar como se desarrolla y aplica un sistema adultocéntrico que no educa a las mujeres desde menores para decidir, sino que inculca pautas de cuidado específicas y le deja en sus manos un dispositivo que cristaliza en su cuerpo la política pública, la política médica, la política familiar, la política de un sistema sexo-género (Rubin, 1986) Las adolescentes accionan un proceso que ellas solo inician, para que otros se hagan cargo. Su rol se relega al terreno de ser consumidora y sus acciones se limitan a tragar la píldora, anulando su rol como un sujeto con capacidad de interpelar o de participar en las decisiones respecto a su propio cuidado. Ella es la ejecutante de la rutina, agenciando el ingreso diario de la pastilla, permitiendo que la tecnología hormonal funcione en su cuerpo. Por eso la pregunta de este sub-acápite, ¿Dónde quedan las mujeres adolescentes? Su inicial voz que expresa un deseo, una acción decidida y consciente, va soterrándose en un proceso que las expulsa, convirtiéndolas en actrices secundarias, en el segundo sexo (De Beauvoir, 1987), a pesar de que es su propio cuerpo el que será intervenido y manipulado.

1.1.b La paradoja de la autonomía

El fenómeno que hemos denominado como paradoja de autonomía y que detallamos a continuación, consiste en ubicar y posicionar un contrasentido que enfrentan las mujeres adolescentes que deciden tomar "la pastilla". Pareciera ser que las adolescentes se encuentran en control de su decisión, deliberando sobre lo que entra a sus cuerpos y materializando el anhelo de utilizar anticonceptivos hormonales para gestionar su fertilidad y limitar su reproducción. No obstante, al ver los distintos matices de las experiencias que las mujeres nos dieron a conocer, lo que vemos es que su relación con las anticonceptivos se encuentra delimitada por los repertorios ya existentes tanto de la madre como del médico, condicionando esta relación, lo que termina por incidir y deliberar sobre el cuerpo de las adolescentes y sus formas de cuidado. ¿Estamos realmente frente un ejercicio de voluntad propia? ¿O es más bien un momento simbólico dentro de una cadena de operaciones que sucede por/sobre ellas? ¿Son realmente estas adolescentes las que están gestionando sus cuidados? El consumo de las pastillas puede ser leído entonces en clave de la reproducción de un sistema, de un guion de género específico que demande que las mujeres se hagan cargo del cuidado sexual mediante la institucionalización de las

hormonas anticonceptivas en sus cuerpos (Cuevas, 2014), mediante la medicalización temprana y duradera que es parte de una socialización de clase y de sexo, que se consagra en el rito de ir al ginecólogo, 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.

Esta dinámica que se piensa personal o individual, más bien es la instauración de lógicas de mayor envergadura. El aparato estatal promueve y expande estrategias de cuidado específicas para las mujeres, las que son institucionalizadas –y naturalizadas- en forma de política pública, que en este caso son los métodos anticonceptivos hormonales, principalmente bajo el discurso del control demográfico y evitar los embarazos no deseados (Dides y Fernández, 2016). Estas tecnologías son extendidas hacia la población mediante la acción de un profesional de la salud, y son específicamente dirigidas hacia los cuerpos de las mujeres, debido a que no son todos los cuerpos los que devienen y son medicalizados. En este sentido, en estas experiencias se hace visible la materialización, tanto de la gestión de la política pública como del sistema biomédico, en cuanto a planificación familiar y control de la reproducción, enfocado en los cuerpos de las adolescentes. Las mujeres se adentran en el consumo de un fármaco, decidiendo ellas por su uso y mostrándonos una especie de autonomía, pero adicionalmente es palpable como esta libertad de elección se encuentra enmarcada en dependencias y límites que son establecidos tanto por la institución familiar, como por el sistema biomédico.

En definitiva, ingresar –voluntariamente o no- en la lógica de la medicalización esperada y expandida por la biomedicina, es lo que se promueve, enseña y alecciona, instaurando la lógica del mejoramiento de la sociedad a través de la gestión estatal de los cuerpos; y no de todos los cuerpos, sino que el cuerpo femenino por excelencia (Perrote y Mattio, 2017). Esta reflexión, lejos de encontrarse solo en la teoría, además es enunciada por algunas de las mujeres entrevistadas, las que hoy en día ven esos límites dentro de los cuales se les permitió moverse:

Fue muy potente para mí haber tomado la decisión de haberme cuidado con anticonceptivos sin saber lo que eran realmente, solo porque es lo que te dicen y lo que te recomiendan, fue como una decisión muy dejada en la manos de los adultos, solo por lo que te recomiendan. Por mucho que sean mayores que yo y que sean responsables de mí, yo jamás me sentí parte de la decisión y solo si o si iba a tener que acatar eso y me iban a asesorar, y yo solo podía decidir dentro de los parámetros que ellos me daban (Violeta, 18 años).

Finalmente, las mujeres se movieron dentro de encuadres que les son permitidos por el sistema adultocéntrico en el que se inscribe su vida, y realizan algunas acciones dentro de estos límites. Por ello, la lectura reflexiva de varias de las entrevistadas es que este deseo que ellas expresan es igualmente identificado como un deseo aprendido y reproducido, como algo que ellas quieren porque *tiene que ser así*, porque lo hace la madre, lo hacen las amigas, es lo que les han enseñado que debe hacerse.

Siempre me metieron mucho en la cabeza, sin tener una conversación muy buena al respecto, simplemente como no, no podis quedar embarazada, no podis quedar (...)

Entonces cuando empecé a pololear con un chico le dije, sabís que mamá, quiero ir a la ginecóloga porque... por todo lo que me habían metido en verdad del terror al embarazo (Rosa, 29 años)

Como que las pastillas eran lo que todas usaban, lo que había que hacer, entonces dale, úsalas tú también (Alba, 24 años).

1.1.c La figura icónica: La Madre

Si bien ya hemos analizado brevemente el rol de la madre en el proceso de ingreso de las adolescentes en el consumo de las pastillas, queremos hacer un especial hincapié en su figura debido a su vital importancia y protagonismo en el proceso, el que posee a su vez varias lecturas.

Ya hemos señalado la importancia de la madre en tanto figura iniciática dentro del ingreso de las adolescentes a la lógica de los fármacos anticonceptivos. Las niñas recurren a sus madres para acceder a las pastillas, y ésta sostiene un rol intermediario y activo, posicionándose como un puente que conecta a las chicas con las anticonceptivas al acercarlas a la institución médica, representada en el ginecólogo. En este sentido, las madres posibilitan el consumo al hacerse cargo de toda la burocracia y decisiones que conlleva el poder acceder a las pastillas. Y no solo lo hacen posible mediante la acción, sino que además mediante la reproducción de cierto discurso en torno a los cuidados. Generalmente, las participantes relatan que este deseo de tomar pastillas emana de un aprendizaje que se dio desde el discurso de sus madres en torno al embarazo adolescente, y que la forma de evitarlo era mediante el uso de las pastillas anticonceptivas. A las chicas se les ha implantado el mandato de no embarazarse, y esto se quiere evitar a toda costa. De esta forma, la familia –y la madre, por excelencia- ha enseñado a las jóvenes una idea de lo que no pueden llegar a ser: Madres adolescentes -y de paso, aunque menos explícito, tampoco solteras o fuera de la institución matrimonial-.

Esta enseñanza, es parte de una política pública a nivel nacional y mundial (Dides y Fernández, 2016), que se encuentra respaldada y reproducida en el espacio privado. La maternidad precoz, puesta en el discurso como una amenaza, como un riesgo, como algo que evitar a toda costa (en la clase media), es aplacada por medio de las pastillas, quienes cumplen la metáfora de ser el remedio y barrera frente a un "contagio", que evidenciaría un descuido en las pautas de clase y de género.

La madre es entonces la encargada de ser el agente transmisor por excelencia, que funciona como guía en el tránsito y camino que las adolescente enfrentarán, mostrando las pautas de comportamiento que sus hijas deben realizar y seguir en cuanto a sus cuidados: llevarlas al ginecólogo, el rito cuidadoso, obediente y disciplinado del consumo diario del anticonceptivo, etc. Así, sobre la base de sus propias experiencias, están acompañando el proceso y adentrando a las hijas a una rutina que ellas mismas han vivido de manera anterior, durante muchos años. Tal vez, el desplazamiento de mayor envergadura que

podríamos apresurarnos a evidenciar como una transformación en los contextos actuales, es que ellas cuando fueron adolescente no contaron con este mismo acompañamiento.

El primer ginecólogo al que fui fue el ginecólogo que atendía a mi mamá de toda la vida
(Luciana, 22 años)

De cierta forma, la madre es un portal y un puente que “autoriza” y gestiona el ingreso de la hija a una dinámica y forma de cuidados; en definitiva, a una forma de vida y a un guion de género que se consagra mediante la ingesta de hormonas.

Sabemos que este rol de iniciadora puede leerse en clave de un espacio separatista de apoyo, complicidad o solidez de la diada madre e hija. En las experiencias de las mujeres no se hace referencia a ninguna otra figura dentro del espacio familiar o en otros tipos de espacio. Es la madre -únicamente la madre- a quién se recurre en este acople generacional. Este proceso se da exclusivamente entre mujeres ya que, como vimos, la presencia de la pareja se definió más en términos de su ausencia y la figura paterna es la que, sin lugar a dudas, desaparece de este repertorio o entramado de gestiones, no existiendo nunca una mención por parte de ninguna de nuestras entrevistadas. La madre aparece como lugar de acogimiento, de comprensión, y de escucha inicial de las adolescentes que confían en ellas como su referente.

Pero como hemos descrito en la paradoja de la autonomía, esta relación social entre madre e hija, inicialmente horizontal y recíproca se reelabora en coordenadas de unilateralidad y poder. Si bien es la hija quien recurre a la madre para acceder a las hormonas, su papel se subsume en una enunciación y su capacidad de acción dentro del resto del proceso se ve limitada o anulada, siendo la madre la que finalmente mueve el aparataje. La hija enuncia, la madre acciona.

1.1.d El lenguaje: Metáfora y omisión

Otro de los reparos que nos llamó la atención de los discursos esbozados fue su análisis en el plano lingüístico, es decir, las adolescentes utilizaron una misma táctica enunciativa para decir que iniciarían o ya habían iniciado su vida sexual. *"Mamá quiero empezar a tomar pastillas, o llévame al ginecólogo"* actuó como símbolo que era claramente comprendido por las madres para identificar que sus hijas habían dejado una "etapa", mostrando el recorrido de una niñez hacia el ser mujer. Aquí es imposible no recordar la clásica alusión de Simone De Beauvoir: “la mujer no nace se hace” (1987), al momento de pensar en lo decididor que se vuelve este rito de iniciación sexual para marcar la construcción de la sujeta mujer, a través del lenguaje.

Sin embargo, estas claves lingüísticas poseen otra característica: dicen -sin decir- que hay sexo, que su cuerpo se ha sexualizado. Entonces, de lo que se habla no es del inicio sexual de las adolescentes, de esa experiencia y sentimientos, o de cómo ellas viven ese proceso. De lo que se habla es de la forma y rutina de la medicalización a través del consumo de

hormonas para el cuidado de un embarazo. Estas palabras o frases han sido altamente efectivas pues evaden una conversación explícita sobre la sexualidad, las relaciones sexo afectivas, el placer, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y otros cuidados, siguiendo una línea de temas tabú y reproduciendo que la dimensión de la sexualidad continúe como ámbito que no puede abordarse más allá del control de la reproducción y la disminución de los factores de riesgo.

El símbolo que refiere al hecho concreto –tengo/quiero tener sexo- y que expresa un deseo –"quiero usar la *pastilla*"-, permitió una invisibilización de la necesidad de hablar sobre sexualidad porque se piensa, o se asume, que con el fármaco el cuidado ya está cubierto, omitiendo la educación sexual que estas mismas mujeres diagnosticaron como deficiente- o directamente nula- en ese momento de sus vidas, lo que para algunas también conllevó secuelas en su salud sexual. La única educación fue el mandato de no embarazarse y el único medio para llevarlo a cabo fue la institucionalización en el cuerpo del ritual hormonal, del alimento hormonal, expresado en la rutina diaria de tragar la pastilla para que esta doctrina del cuidado sexual se cumpliera a la perfección.

De hecho no usé condón muchos años mientras tomaba pastillas, era súper irresponsable con eso. Era como filo, no voy a quedar embarazada, sin siquiera pensar en todas las otras cosas que hay, porque tampoco nadie te lo dice entonces... y ese era el único peligro que estaba en mi mente (...) era todo muy inmediato y sin pensar en las consecuencias que puede conllevar más allá del embarazo. Como sabía que con las pastillas ya estaba protegida por el tema del embarazo, lo demás daba lo mismo, filo con todo ¿cachai? Como súper inconsciente (Simona, 25 años)

Para mi tomar pastillas era sinónimo de no usar condón y yo creo que por culpa de eso también el año pasado se me manifestó el VPH que es el virus del papiloma humano, del que tampoco sabía nada al respecto (Alba, 24 años)

Vemos como la receta y el uso de las anticonceptivas hormonales finalmente significó un suplemento a la educación sexual y a los cuidados en salud sexual en general. Si bien los dispositivos hormonales de control de la natalidad se han sustentado históricamente en el discurso emancipador de posibilitar vivir una sexualidad que pueda ser concebida sin el imperativo del embarazo, en los relatos de las participantes se observa como el uso de estos fármacos reduce la dimensión de la sexualidad de la mujer, relegando los repertorios sobre cuidado y placer, volviendo la mirada a la mera reproducción.

Evidentemente esta falta de educación aplica además a los compañeros masculinos con los que las adolescentes suelen compartir sus primeras experiencias. Estos compañeros no se encuentran informados, no se acercan a buscar información, ni tampoco efectuaban acciones de cuidados sexuales, por lo que no se introdujo por parte de ellos el uso de métodos de barrera para dar más seguridad a la relación, o para resguardarse de ITS. Este fenómeno nos vuelve a evidenciar el *guion de género* anteriormente descrito, el que encamina los actos performáticos femeninos y masculinos, relegando el cuidado de la fertilidad y reproducción netamente a las mujeres, así como también de todas las enfermedades de transmisión sexual. En las narraciones de las participantes, ellas

comparten sus vivencias respecto a cómo tuvieron que aprender que la pastilla no es sinónimo de cuidado, y que consumirla no significa estar segura completamente. Tuvieron que aprenderlo –nuevamente- solas, y muchas veces errando y enfrentándose a situaciones de riesgo para ellas mismas y su salud sexual.

El tema de la nula educación sexual se evidencia en la falta de cuidados que tuvieron al vivir su sexualidad, pero además es posible verlo en la desinformación que ellas tuvieron sobre el método anticonceptivo en sí mismo, ese que ellas introducían a diario o periódicamente a su organismo. De esta forma, la desinformación no recae solo en que no se utilizaran otros métodos para el cuidado, o que se desconozca de éstos, sino que tampoco saben qué es lo que se está consumiendo. A estas mujeres no se les enseñó –ni siquiera se les comentó- sobre *qué* es ese fármaco, cuál es su composición, cuáles son los mecanismos mediante los que actúa, qué efectos tendrán en sus cuerpos, o acaso la existencia de secuelas. Los fármacos solo son depositados en sus manos, existen y funcionan de forma automática y lo único que han de hacer para que sean efectivos, es cumplir con su rol: tragar sagradamente, todos los días y a la misma hora tu pastilla, cambiar tu anillo el mismo día de cada mes, o inyectarte hormonas periódicamente. El rol de estas mujeres no fue el *saber* o entender que te estás –o están- administrando. Su rol fue consagrar el ritual que se les ha encomendado que ellas, voluntariamente en la mayoría de los casos, han accedido a ejecutar.

Se evidencia entonces que el uso masificado de la píldora anticonceptiva no implica la masificación de políticas o prácticas de educación sexual. Las adolescentes se vuelven un mero agente de consumo, un agente pasivo cuya participación en su propia cadena es la de tragar sin cuestionar, ser obediente a la doctrina de cuidados que se le ha impartido. Se vive apegada y sostenida a una pauta de comportamiento que se reproduce de forma casi osmótica.

Bueno la verdad es que yo no cachaba nada de lo que era cuidado de anticoncepción y tampoco los temas como de sexualidad. Porque antes no se hablaba. Cuando me puse a pololear (...) empecé a tomar anticonceptivos. Y hormonas po, pastillas (Pamela, 29 años).

No le tomé importancia al principio a las pastillas, porque no sabía cómo funcionaban, no sabía lo que significaban. No tenía idea en verdad lo que eran las pastillas, solo entendía que eran anticonceptivas y que esa era su función y que estaba bien que las tomara porque no quería quedar embarazada (Violeta, 18 años).

Es posible reflexionar, entonces, sobre un fenómeno de desinformación en lo que respecta tanto a las pastillas anticonceptivas como a las formas de cuidado en materias de sexualidad en general.

1.1.e La paradoja de la información/desinformación

Llama la atención este fenómeno de desconocimiento o desinformación, especialmente si se tiene en cuenta que nos encontramos en un contexto moderno, en el cual la expansión informativa y comunicacional se erigen casi como norte en una sociedad global que construye sus cimientos en la posibilidad de conocer y comunicar; y especialmente a sabiendas de las tendencias que relacionan esta modernidad con el mayor acceso a educación e información, lo que también aplica a lo que refiere a los conocimientos en temas de sexualidad (Giddens, 1998, Castells, 2005). Observamos como la información y la posibilidad de conocer se dan de forma mucho más fácil y accesible que en el pasado pero, contra lo que se esperaría, hoy en día también se habla de la multiplicación de las políticas que van contracorriente de esta intención. Se diagnostica que habitamos en la paradoja de una *sociedad desinformada por la información* (Lash, 2005), desarrollándonos en la dinámica de una constante producción de desconocimiento en la era donde el conocer ser constituye casi como una política pública global.

En el caso particular que estudia esta memoria, es evidente que los conocimientos sobre el funcionamiento y acción de los métodos anticonceptivos hormonales que las entrevistadas desconocían “está” y se puede acceder a él, sobre todo si se tiene en cuenta que dentro de la cibercultura que habitamos, basta con acceder a una computadora para tener información. Sumado a esto, las mujeres que participaron en esta memoria se adscriben dentro lo que se conoce como clase media, sector de la sociedad chilena que cuenta con un amplio acceso a la búsqueda de datos y que, además, estaría siendo más influenciada por los procesos de modernidad que permiten generar cuestionamientos a la tradición que se ha asociado históricamente a las vivencias y normas sexuales a cargo de la regulación biomédica (Molina, 2016; Valdés et al, 2005; Dides y Fernández, 2016). Pero a pesar de esto, la desinformación es evidente. Esta problemática es ilustrada por Canclini (2011), quien propone que:

El desconocimiento no acaba de resolverse mediante esfuerzos personales o epistemológicos de desconstrucción del paradigma en el que estamos instalados, esto producto de que existen políticas gubernamentales y empresariales imperantes que establecen y difunden lo que es informable, así como también construyen lo que no será visto (García Canclini, 2011:4).

Como se dijo anteriormente, es claro que la información sobre funcionamiento y acción de los anticonceptivos, así como los conocimientos que respectan a salud sexual y reproductiva, se encuentran accesibles y al alcance de quien quisiera buscarlos. Ahora bien, el tema es que las experiencias de las participantes nos muestran como la política pública-privada que se encarga de la promoción y extensión del fármaco, no abarca la socialización de la información sobre el medicamento. En ese sentido, se comprende que la “libre circulación” de información no es sinónimo de educación. Esto se suma a que en ese momento de sus vidas, estas mujeres eran menores de edad y se encontraban en una relación de dependencia hacia el profesional de la salud que les otorga el fármaco, siguiendo sus indicaciones y mandatos.

Por su parte, los profesionales de la salud y especialistas médicos conocen esta información, pero no se comparte, no siendo un requisito ni un tipo de ética de estos sujetos con respecto al tratamiento de las mujeres adolescentes, perpetuando que tales datos nunca estén a disposición de las usuarias. Se evidencia así una hegemonía de los conocimientos en torno a los cuidados y las anticonceptivos, hegemonía que se caracteriza por la no circulación de la información.

1.1.f El consumo de pastillas como rito de consolidación de la feminidad y la cristalización del ritual/rutina en el cuerpo

Como se ha mencionado en el apartado anterior, las adolescentes recurren al uso de pastillas mediante una nomenclatura metafórica ("*mamá, llévame al ginecólogo*" "*mamá, quiero tomar pastillas*") para así graficar la superación de la condición conocida como "virginidad"¹³.

La primera relación sexual ha sido históricamente considerada y significada como un suceso de gran importancia en la vida de un sujeto, por diferentes culturas y sociedades. La relevancia de este suceso se encuentra en que viene a representar un pasaje de la infancia a la adultez, probablemente por el hecho de que un/a joven está expresando que está en condiciones para la reproducción. Ahora bien, la forma en que mujeres y hombres otorgan sentido a esta experiencia, están condicionadas por los marcos de interpretación que ofrecen las diferentes culturas y por las pautas de género asociadas para cada cuerpo según la sociedad en la que nos situemos (Amuchástegui, 2001). Con esto, la "virginidad femenina" se ha significado históricamente como sagrada y como símbolo de pureza y de valor agregado para las mujeres porque las mantiene en su condición de niñas, las que a su vez son asociadas a una idea de inocencia y pureza, relacionado al ideal cristiano de las culturas latinoamericanas; existiendo una idea más bien contraria para el caso de los varones (Amuchástegui, 2001; Reyes y Díaz-Loving, 2012).

A través de esta iniciación, se dibujan dinámicas de transformación de un estatus. Las subjetividades transitan de plano y por lo mismo, las lógicas de los mandatos de género se radicalizan en los cuerpos de los hombres y de las mujeres, activando una mayor diferenciación y jerarquización (Reyes y Díaz-Loving, 2012).

Así mismo, el enunciar que se quiere tomar pastillas posiciona el pasaje en la esfera de conocimiento de la institución familiar y posteriormente médica, llevando a la esfera de lo público este cambio de condición que anteriormente se mantenía en la dimensión de lo íntimo. Con esta comunicación no solo es la niña y su pareja quienes saben del tránsito de

¹³ Se usa el término virginidad entre comillas por la discusión que engloba el concepto. La virginidad no es demostrable médica ni científicamente, y se constituye más bien como una construcción social para el control sexual de niñas y mujeres. La OMS califica el concepto como una forma de discriminación de género que puede llegar a dañar los derechos humanos de las mujeres (World Health Organization. 2018. "United Nations agencies call for ban on virginity testing").

la adolescencia a la adultez, sino que se vuelve una experiencia compartida y significada social y colectivamente.

En este sentido, el proceso de ingreso de las niñas al consumo de anticonceptivos hormonales puede ser leído como un rito de paso moderno¹⁴ (Lagunas, 2009) que refleja, a la vez que construye, la adquisición del nuevo estatus de mujer. Los ritos de paso, según Van Gennep (1988) refieren a tránsitos en la vida de las personas, siendo el más importante el de la pubertad, ya que consiste en la integración del sujeto en el mundo de los adultos. Así, la función del ritual es la de permitir estas transiciones entre territorios, tiempos o situaciones sociales diferentes, permitiendo acceder a otros campos de la vida social. Esta experiencia de tránsito y de cambio de estatus asociado al uso de anticonceptivos, es identificada y recordada por las mujeres que han participado en esta memoria:

Igual sabes que me sentí bacán cuando empecé a tomar las anticonceptivas jaja. Me sentí como “guau, soy tan grande, ahora tengo sexo, ya no soy una cabra chica” (Ana, 21 años).

Igual fue cuático contarlo, porque es como que dejas de ser niña po, si ahora tienes sexo y tu mamá lo sabe, tu familia lo sabe. Con eso como que te sientes muy grande, como muy mujer (Alba, 24 años).

La adquisición de este nuevo estatus también conlleva nuevas normas y pautas de comportamiento. La actividad sexual de la mujer no es arbitraria ni antojadiza, y la sociedad se encarga de regular ciertas aristas de ésta. Una de estas normas es el mandato de no ser madre adolescente, por lo que la pauta de comportamiento de género -el guion de género- es el consumo de anticonceptivos para cuidar que esta norma no se transgreda. Finalmente, comenzar el consumo de la píldora consagra el nuevo estatus adquirido mediante el rito de pasaje y lo vuelve de conocimiento público. También se posiciona esta nueva condición dentro de un sistema de cuidado formal y regulado por la lógica de la biomedicina. Así, se pasó de ser una niña a ser mujer a través de la iniciación sexual, y esta nueva condición se encuentra aceptada, siempre y cuando, se acompañe del consumo de hormonas anticonceptivas; cuyo uso responde a pautas de cuidado normadas socialmente. Esto es bien retratado por Ruiz (2001) al hablar de los rituales de iniciación:

Los rituales de iniciación son formas socialmente organizadas para incitar al individuo a separarse del mundo de la infancia y confrontarlo con su nueva realidad de individuo sexualmente maduro con pleno desarrollo genital y potencial reproductivo. La o el adolescente es confirmado en su sexualidad adulta mediante el rito, pero a condición de que se pliegue a las costumbres prevalecientes en su comunidad, de lo contrario entrará en la zona de conflictos y/o marginación. (Ruiz, 2001:8).

¹⁴ Se comprende un rito de paso moderno según lo propuesto por Lagunas (2009), como un conjunto de fenómenos socioculturales que incluye a diversos actores sociales de nuestro tiempo, cuya finalidad es la consecución de un nuevo estatus (profesional, religioso, político, etc). En la modernidad hay gran cantidad de rituales que pasan desapercibidos porque se entienden como actos necesarios y “normales”, pero esa normalidad conlleva un lenguaje, ciertos símbolos y estructuras implícitas que les otorgan un sentido.

En este sentido, la importancia de los momentos iniciáticos tiene que ver con la integración de un cierto orden social, ya que la realización constante del ritual posibilita la reproducción de este orden (Lagunas, 2009). La experiencia iniciática relatada para estas mujeres no se limita solo al único momento ritual de la primera ingesta que evidencia el ingreso al consumo, sino que se interioriza en sus vidas y cuerpos mediante el alimento hormonal diario. Hablamos de alimento para exacerbar su condición de ingesta cotidiana, mostrando la forma de ritual individual, constante y periódico, que se integró a estos cuerpos y desde ahí, un cierto orden social que tiene que ver con las maneras de cuidado sexual de un determinado sistema sexo-género. Las mujeres comienzan una dinámica protocolar, casi litúrgica, cuyas normas y pautas están dadas, finalmente, por un guion de género específico.

El consumo del dispositivo hormonal posee un funcionamiento que generalmente se recuerda, se avisa con una alarma que, a modo de recordatorio, otorga el locuaz y a veces ruidoso imperativo del no olvido. La alarma, con su sonido ya interiorizado, pone en marcha la acción. Las mujeres se dirigen al compartimiento donde almacenan la píldora, la que llevan siempre consigo. Beatamente, sin que falte ninguna, se introduce la píldora por la boca una vez al día y a la misma hora, como si fuera un alimento de primera necesidad, para la sobrevivencia. Se saca del envoltorio, se dirige a hacia el orificio, se engulle, se traga, y viaja hacia el estómago donde se digiere... y continúa su integración con el cuerpo mediante su circulación por el torrente sanguíneo, consagrándose y fusionándose con la sujeta a un nivel indisoluble, constituyéndose mutuamente. Todo este proceso se da en el marco de la individualidad, en solitario... solo la mujer es partícipe de esta experiencia, la dieta hormonal es solo para ella.

Dependía completamente de mí. De que yo me acordara, de que yo me inyectara o me las tomara, de que yo me metiera estas cosas que no sabía que eran en mi cuerpo, de que yo fuera a la farmacia, etc. Y creo que por eso igual les agarré tanto odio y para cuando terminé fue un gran alivio el dejar de hacerlo (Ana, 21 años)

Bajo el entendimiento del género como un quehacer que constituye la identidad sexual de los sujetos, -en la articulación del sexo, el deseo y la práctica sexual- la cual se materializa en actos performáticos que dan forma al cuerpo (Butler, 2007); las anticonceptivas hormonales y su consumo exclusivo por parte de los cuerpos de mujeres en forma de ritual, pueden llegar a comprenderse como una performance femenina que se encuentra guiada por un *script de género* (Cuevas, 2014) específico. Según las experiencias de las mujeres entrevistadas, el guion que da forma a este protocolo se caracteriza por la construcción de un imaginario en el que son sus cuerpos, a diferencia de los cuerpos de sus parejas masculinas, los que deben ser consumidores de hormonas para controlarse a sí mismos y a sus medios de reproducción. Y a pesar de que el cuerpo del hombre se encuentre dotado con la capacidad de fecundar y sea igualmente partícipe en la relación sexual, este *guion de género* construye las prácticas y vínculos sexuales bajo el mandato social y médico de que son los cuerpos femeninos los que han de hacerse cargo, siendo los responsables del cuidado de la fertilidad, reforzando ciertas distinciones y desigualdades en términos

sexuales y reproductivos (Oudshoorn, 2003), siendo una expresión de las relaciones significantes de poder que se dan entre estos cuerpos en el campo de la sexualidad (Scott, 1996).

Este ritual, que es ahora una rutina de consumo dirigida por este guion, viene a configurarse como un refuerzo al sistema de ordenamiento binario y dicotómico del género en el que las mujeres son las únicas responsables de los cuidados en términos sexuales. Esta responsabilidad se materializa en la intervención y medicalización de su cuerpo, que se diferencia de los cuerpos masculinos, los que se caracterizan por ser son agentes pasivos y con poco y nulo involucramiento. Esto se condice con lo planteado por Turner (1980), cuando propone que la función social del ritual es la de convertir periódicamente lo obligado en deseable, al condensar lo disperso en la vida cotidiana y secular, en unas cuantas acciones y objetos simbólicos.

En suma, el esquema binario de género que refuerza el guion/rutina del consumo hormonal se caracteriza por la ilusión del cuidado mutuo. La pareja como diada de cuidados sexuales no existe realmente, y solo se materializa la presencia masculina en el acto sexual mismo. El cuidado sexual con pastillas anticonceptivas se da en la lógica de una dinámica individual arraigada en una dicotomía de género, la cual se despliega unilateralmente desde y hacia las mujeres, reforzando roles de género que imponen la responsabilidad de la anticoncepción en las mujeres. Esto último es también visible en las cifras y encuestas sobre métodos anticonceptivos, las que muestran una marcada distribución y uso de éstos por parte de las mujeres y la subsecuente ausencia masculina (Dides y Fernández, 2016).

1.1.g Otros métodos

Dentro de las experiencias relatadas se encuentran casos en los que la medicalización y la forma de evitar el embarazo, se dieron con hormonas anticonceptivas administradas en formatos diferentes a la píldora, donde emergen las inyecciones e implantes hormonales.

Y como mi mamá sabe que soy pava y todo eso, nunca tomé pastillas y me inyectaba, porque no me las hubiera tomado todos los días. Entonces me inyectaba una vez al mes, creo que se llamaba NovaFem la cuestión, y después cuando terminé con él dejé de tomarlos y nunca más volví a tomar anticonceptivos (Ana, 21 años)

Empecé con inyecciones trimensuales. Y yo sentía que empecé a engordar, no me sentía cómoda con mi cuerpo, tampoco me sentía cómoda inyectando tanta hormona a mi cuerpo (Josefa, 28 años).

En un momento también me inyecté, durante 4 meses me inyecté, me inyectaba la mamá de una amiga ¿cachai? Y era horrible, siempre llegaba a vomitar y no... Me inyecté dos veces... dos veces o tres veces (Julieta, 21 años)

A pesar de que el fin y los efectos de las hormonas en formato de píldora e inyección son los mismos, las últimas se administran en el cuerpo de forma distinta que las píldoras,

existiendo diferentes maneras e indicaciones dentro de las mismas inyecciones. Así, aunque el efecto hormonal sea similar, emergen matices que generan distancias sustanciales entre un método y otro.

Como se muestra en los relatos, las entrevistadas nos hablan de una sensación significativa y creciente de incomodidad desde tiempos tempranos del consumo. La inyección es visto como un elemento invasivo que se introduce al cuerpo en el espacio estéril de la higiene médica, que utiliza el filo de una aguja para penetrar la piel y poner en circulación la hormona en la sangre, como un elemento que remite directa y claramente a la biomedicina y a cómo esta se introduce en el cuerpo. Además, esta introducción genera cambios que devienen en un habitar incómodo de su propia corporalidad.

Sumado a esto, la inyección hormonal es un dispositivo médico de mayor tecnología y pericia, que demanda la presencia constante de un agente externo –matrón/a, enfermera/o, etc.- que se encargue de administrar de forma eficiente y segura el fármaco. Así, aunque no exista una rutina diaria de consumo –como es el caso de la píldora-, de todas formas hay un ritual periódico de administración de la hormona, el que además demanda de un traslado de la persona hacia las inmediaciones de otro, con el que existe una relación de dependencia más evidente, ya que se necesita de su acción constante para lograr el cometido deseado.

Encontramos que este método anticonceptivo suele ser administrado a niñas adjetivadas de “olvidadizas”, lo que evidencia una desconfianza de parte de la institución médica y familiar hacia su capacidad de auto administrarse el fármaco. Ante esto, estos agentes externos –madre, ginecólogo/a- deliberan y deciden que la forma propicia para estas niñas es la medicalización en formato de inyección, ya que su uso no recae en manos exclusivas de las adolescentes, si no que requiere de la acción de un tercero/a profesional especializado-experto/a. Este método se configura como tecnología propicia para controlar y vigilar de manera eficiente la gestión de la anticoncepción hormonal, relegando aún más a la niña, ya que ésta ni siquiera ocupa la categoría de administradora del fármaco sino que es solo sujeto de consumo del mismo. Dicho método de contracepción no deja espacio para el error ni para la acción de las mujeres.

I.2 Los efectos: El cuerpo dentro de la norma, el cuerpo en constante malestar

“Me siento presa de los cambios hormonales”

I.2.a El embodiment del malestar: (no) deseo, dolor y depresión

Posterior a la conversación en torno a cómo se inició el consumo de anticonceptivas y por qué, los relatos de estas mujeres giraron en torno a los diferentes síntomas que experimentaron en su cuerpo mientras prolongaron la ingesta de hormonas. Sobre la base

de esto, fue posible identificar una diversidad de sensaciones corporales, las que se mueven dentro del espectro de lo netamente físico hacia lo mayoritariamente emocional. Así, mientras que hay algunas que expresan no haber sentido mayores efectos, otras detallaron:

Yo subí de peso, subí de peso. Sentía como que no me limpiaba, como que mi regla no era real, era súper extraño igual. Sentía que era como algo artificial y claro, se me salieron las espinillas, no sé, tenía menos pelo (...) Estaba de repente muy sensible, la regla me llegaba así brígido, sangraba mucho, me dolían más los ovarios (Amanda, 24 años)

Estos cambios que tuve al tomar pastillas no los sentí al tiro. Ósea, cuando empecé a bajar de peso fue bacán al principio, después no paraba. Estaba flaca, se me notaban los huesos, mal. Estaba invadida de granos. Una vez me encontré con una amiga y pensó que estaba consumiendo drogas (...) Después dije como filo, es esto o tener guagua y yo no quería ser mamá (Pamela, 29 años)

Cuando empecé a tomar las pastillas me sentí pésimo, me dolía la cabeza, tenía jaqueca, con nauseas (...) Al principio estaba mal, me sentía mal, me dolía la cabeza y todo (...) No tenía ganas de nada. Desanimo emocional, físico, angustia... yo igual soy re buena para la angustia, pero no era capaz de salir de ella. Ansiedad... y muy irritable, muy, muy irritable (Rosa, 29 años).

A estos malestares físicos se suman otros, que se expresan de una forma más evidente en el cuerpo en tanto implican prácticamente un cambio en la propia fisonomía y un aumento significativo de las dolencias menstruales:

Y como que no sangraba casi nada cuando estuve tomando pastillas y me dolía mucho, tenía mucho dolor de útero (...) Y desde el momento en el que empecé a tomar pastillas me duele en la panza por delante y atrás por la espalda. Me acuerdo mucho del día mismo en el que quise dejar de tomarlas porque tuve dolores horribles, nunca algo me había dolido tanto, yo lloraba acurrucada y me sentía terrible, muy extraña, todo era muy raro (Violeta, 18 años)

Después fue mucho, me sentía mal, me sentía fea. Sentía que se me había ido el poto, las pechugas, cambió todo. La talla de mis sostenes... tenía otro cuerpo. Tuve que regalar sostenes, cocer mis calzones, las rodillas de los pantalones me nadaban... entonces siento que a ese nivel igual son súper dañinas las pastillas. Ósea, sé que todos los cuerpos son diferentes, pero siento que a mí me tocó igual brígido (...) A mí los anticonceptivos me hicieron mal, me hicieron mal. Y por eso decidí dejarlos. Siento que no me dieron nada bueno además de evitar el embarazo (Pamela, 29 años)

Estos malestares se vuelven preocupantes ya que nos hablan de una transformación radical de la corporalidad, de la forma en la que estas mujeres se situaban en el mundo y se desenvuelven en él, de la forma en la que se sienten con ellas mismas y en su autopercepción, y de la manera en la que aprenden a convivir con un cuerpo que consideran extraño y que constantemente es víctima de dolor.

Las mujeres en sus relatos, además de los malestares descritos anteriormente, nos señalaron específicamente las injerencias de estos en la sexualidad o deseo sexual, el que se comenzó a identificar como disminuido o diferente al que se acostumbraba a sentir:

Una de las razones por las que la deje de tomar es que no me daban ganas de estar con mi pololo, así como sexualmente, y eso igual es súper brígido porque yo estaba como muy en otra ¿cachay? y eso afecto demasiado la calidad de vida sexual que yo tenía con mi pololo (...) Y no se po' una se siente como culpable por todo ese tipo de cosas por las que uno pasa cuando tiene problemas sexuales (Luciana, 22 años)

(En referencia a la experiencia de una amiga) Desde que había dejado las pastillas le dieron ganas de volver a tener relaciones, como que antes estaba... sentía que estaba muerta y decía que la libido le volvió. Y a mí me pasaba lo mismo con mi pareja... y un día dije ya, sabís que más, en volá las voy a dejar (Rosa, 29 años)

El cambio más heavy que sentí fue el aumento de mi libido, que yo sentía que estaba muy suprimido antes. Y luego de que ya paso un año de dejar las anticonceptivas yo sentí que me desintoxiqué, que tenía más libido y todo (Josefa, 28 años)

Este malestar, denominado por ellas mismas como ausencia de libido, implicó una afectación en la dinámica sexual de la pareja, y también en la comodidad con ellas mismas. Esto las lleva a habitar su cuerpo y expresar su sexualidad desde el desagrado, el disgusto y la molestia, se identifican a sí mismas como defectuosas, portadoras de un problema que se proyecta tanto en su autoestima como en la capacidad de mantener una vida sexual activa y placentera con sus parejas.

Es importante recalcar que la pérdida de libido y el dolor constante son expresiones que el cuerpo encarna, y proyecciones de un malestar que viene desde este mismo. Lo que se percibe como dolor físico construye un imaginario que va más allá de la sensación física de doler, se implanta en el cuerpo como una constante incomodidad que es imposible de sostener, que afecta en la calidad de vida, en el cómo se perciben a sí mismas, como se sienten, como se relacionan con otros/as. Por esto, es el mismo cuerpo el que genera una sensación de hastío, que es significada en un discurso en torno a querer dejar de consumir pastillas. El cuerpo comunica, mediante malestares, y las señales se traducen en que hay que cesar el consumo de anticonceptivas. Se percibe y significa desde el embodiment de la incomodidad, que se describe o expresa en su relación con otros/as desde el habitar incómodo de su cuerpo, primando la sensación corporal en varios aspectos de sus vidas. El punto clave es que esta incomodidad se atribuye 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.

Sumado a estas incomodidades físicas, las participantes detallan una serie de malestares emocionales que percibieron y que vieron asociados al uso de estas hormonas. Muchas veces se hizo referencia de mayor manera a estos últimos, por los efectos colaterales que estos tuvieron en sus vidas.

Mi cuerpo había cambiado y mi personalidad también, yo sentía que estaba muy disparada para todos lados. Porque habían ciclos en los que yo estaba muy tierna, otros que era un infierno, otros de depre, entonces yo me daba cuenta que me hacían mal. Entonces opté por dejarlas (Pamela, 29 años)

Lo que me pasaba era que... típico que una anda como más sensible a todo cuando te va a llegar la regla, pero me daba como un ataque así como un bajón depresivo tres días antes de menstruar ¿cachai? Y cuando me pasó eso dije ya, igual raro que se me acumule todo en un día y como que sentía que estaba todo medio químico extraño. Y me paso como tres meses y dije ya filo, voy a dejar un par de meses a ver si sigue o es pura coincidencia, y siguió como seis meses y ahí ya suficiente, y ahí las dejé (Simona, 25 años)

Yo andaba muy amargada, muy bajoneada, me sentía muy mal y hace rato (...) Cuando dejé las pastillas el ánimo me volvió al tiro, pasó como un mes, dos meses y efectivamente me sentía mucho mejor de ánimo (...) En un momento volví a tomar y me empecé a sentir mal de nuevo, bajoneada, con dolor de cabeza. Así que no, las dejé, porque las pastillas caché que en verdad me estaban haciendo mal, me tiraban para abajo y demasiado (Josefa, 29 años)

En las experiencias de las mujeres también se detalla como los efectos hormonales de las anticonceptivas comenzaron a afectar en su ánimo, en su personalidad, en la forma en la que enfrentaron los problemas, presentándose crisis emocionales que parecían no tener explicación alguna. Además se percibe la acción externa en estos estados angustiosos. Se comenzaron a identificar a ellas mismas con un estado depresivo constante, el que se manifestaba de forma permanente o periódica y del que costaba salir:

Era un caos no controlar lo que sentía, muy emocional, pero no emocional como de dejarse llevar por las emociones real de una, sino como metida en una angustia más allá (Macarena, 27 años).

Yo pensaba que las hormonas que me inyectaba algo me hacían. Era como algo que venía de afuera y que me inyectaba y me hacían comportarme de alguna forma. En cambio sin las inyecciones o las pastillas, eran emociones que venían de mí, que nacían de mí. Que era mi cuerpo el que las generaba, no como con la inyección que es algo que viene de afuera (Pamela, 29 años)

Yo creo que por el desgaste emocional que me dejaban las pastillas al generar tantos cambios, de verdad yo sentía que me afectaban mucho, si yo sentía que en verdad me hacían ser otra persona. Otra persona con mi familia, las cosas que pensaba... las hormonas me controlaban tanto... era como alguien más me estuviera controlando, yo no podía controlarme y alguien más lo estaba haciendo (Julieta, 21 años)

Este malestar se vuelve preocupante para ellas, ya que lo consideran una limitante para poder vivir su día a día. Pero además, en estos relatos se destaca el diagnóstico de control de su emocionalidad por parte de un elemento externo, figura que se cristaliza en la acción hormonal de las pastillas anticonceptivas. Esta sensación de control externo deviene en aseverar que si no son ellas quienes controlan su cuerpo, entonces están actuando desde

un despojo e ignorancia, por lo que ni siquiera conocen los procesos reproductivos de su cuerpo.

A pesar de que existieron relatos que no detallaron efectos secundarios de forma exhaustiva, para la mayoría de las participantes el consumo de anticonceptivos no pasó desapercibido. Todas de alguna manera sintieron efectos colaterales en sus cuerpos y su emocionalidad, aludiendo a una transformación a partir de la ingesta de hormonas. Esto adquiere relevancia ya que da cuenta cómo estos fármacos, que por muchos años estas mujeres incorporaron a su organismo, finalmente no afectaron solo su fertilidad, sino que también incidieron en la personalidad de ellas y en la propia corporalidad. Mediante las hormonas se fue construyendo una sujeta que fue identificada como diferente, distinta a la de antes. Ellas mismas se posicionaron como *otras*, con una forma distinta de habitar el mundo, y con otras pautas para relacionarse con los otros/as sujetos/as.

Las mujeres se han percatado de ciertos cambios, son conscientes de un estado que implica un antes y un después que se vuelve notorio, hay un estado de incomodidad del que no se puede rehuir; pero la mayoría de las veces se opta porque estos cambios percibidos se mantengan, debido a que no se está dispuesta a deponer el consumo de pastillas anticonceptivas, teniendo como alternativa no prestarles demasiada atención. Pero a pesar de postergar el hacerse cargo de esta incomodidad, esta deja de sentirse. Hay sensaciones de malestares corporales y emocionales que ya han sido percibidas, el foco ya está puesto en y desde el cuerpo, y este sentir continuará perdurando y haciéndose palpable, obligando a las mujeres a reflexionar sobre y desde su cuerpo.

En segunda instancia, se vuelve relevante notar que a pesar de que el consumo de anticonceptivos hormonales se desarrolla en la esfera de lo íntimo, del ritual/rutina individual, su consumo tiene efectos corporales que influyen en la forma de habitar su cuerpo y el mundo que las rodea, vale decir, en su relación consigo mismas y con los/as demás. Respecto a esto cobra sentido el concepto de *embodiment*¹⁵, en cuanto se percibe y significa el mundo desde lo corporal. Estos efectos colaterales median en sus cuerpos, por ende en su percibir, en cómo se desenvuelven, en su cognición, en todo lo que les rodea. Esto incluye su autopercepción -que se ha definido desde la incomodidad- y en sus relaciones con otras personas, ya sean amigos/as, parejas, familia, etc. Si se habitan desde la incomodidad corporal y emocional ¿cómo se relacionan con los y las demás?

1.2.b Cuerpo cyborg: Normalidad y hegemonía del cuerpo en regla

Independiente de esta diversidad de sensaciones, fue posible identificar un patrón transversal en los cambios corporales que experimentaron estas mujeres, el que se encuentra relacionado con la construcción de ciertas características específicas en sus

¹⁵Concepto que entiende el rol central del cuerpo en la construcción de significado social y a nivel del sujeto, por medio de la experiencia (Peral, 2017). *Embodiment* nos habla del rol del cuerpo en los procesos cognitivos, y entiende lo corporal como auténtico territorio de la cultura, como proceso material de interacción social (Esteban, 2004).

cuerpos y ciclos. Todas diagnosticaron una inmediata regulación de sus períodos menstruales, una normalización de estos en función de la ciclicidad que se encuentra estandarizada en una duración de 28 días exactos. Con las hormonas, su lapso menstrual se alineó, entendiéndose como normal y esperable, interpretándose como mujeres "sanas".

Lo anterior refuerza la naturalización del imaginario que comprende una menstruación irregular como un proceso patológico anormal que debe ser solventado mediante la medicalización. En este punto se hacen evidentes los efectos de la medicalización en los cuerpos, los que se alinean con cierto estándar y se adhieren a la hegemonía del cuerpo-ciclo mediante el uso de hormonas. Estándar que claramente es definido por el sistema biomédico, haciendo que los cuerpos femeninos siempre estemos en deuda o en falta o derechamente "torcidos" y desalineados de la norma.

Mientras tomé pastillas mis menstruaciones y mis ciclos eran muy regulares, siempre de la misma duración (Violeta, 18 años).

Las pastillas al final sentía que disfrazaban el ciclo, yo las dejé y me di cuenta que yo no era regular, que al final esa regularidad me la hacían las pastillas (Luciana, 22 años)

Mediante las hormonas se evidencia una transformación-construcción del cuerpo en una máquina precisa, que funciona de forma eficiente y específica. A partir del consumo de los fármacos hormonales se erige un cuerpo ciborg (Haraway, 1984) que se encuentra normado y regulado por un aparato exterior que se ingiere de forma voluntaria. Las pastillas anticonceptivas actúan como aparato tecno-social que produce cuerpo-género sobre la base del ideal de lo regular, bajo la lógica del concepto de tecnología de género¹⁶ (De Lauretis, 1989). El cuerpo ciborg es resultado del despliegue de la tecnología sexopolítica y biomédica que se introduce en la vida de las mujeres mediante el consumo de los fármacos anticonceptivos. Es en este sentido, que en las experiencias relatadas se hizo posible ver la existencia de un proceso de transformación de la corporalidad femenina en una ciclicidad constante, que hace que los cuerpos femeninos se vuelvan dóciles y manejables.

El consumo rutinario sumado a los malestares físico-emocionales se radicalizan en un hastío que ya no es posible de mantener, obligando a reflexionar sobre aquellos sentires que otorgarán una nueva plataforma del pensar y pensarse, donde la más evidente válvula de escape es la acción de desistir, "del ya no más pastillas", expresándose en la decisión: *no voy a dejar que me sigan controlando las malditas pastillas* (Simona, 25 años).

¹⁶ Teresa De Lauretis (1989) propone el entendimiento del género, en tanto representación o auto representación, como producto de variadas tecnologías sociales y de discursos institucionalizados, de epistemologías y de prácticas críticas, tanto como de la vida cotidiana. El género no es una propiedad inherente a los cuerpos humanos, sino que es conjunción de efectos producidos en los cuerpos y las relaciones sociales por el despliegue de tecnologías políticas complejas, aparatos tecno-sociales y/o biomédicos.

I.3 La salida: Decisiones fundadas en las reflexiones corporalizadas y “lo que el cuerpo siente”.

“Decir que ya no quiero porque sentía que me estaba envenenado”

Tal como concluimos en el acápite anterior, en el transcurso de todos estos años consumiendo fármacos anticonceptivos, llega un momento en el que algo pareciera cambiar, o en el que algo se hace insostenible. Hay una especie de quiebre que se manifiesta en una reflexión en torno a las anticonceptivas y su consumo prolongado, que finalmente desembocan en la puesta en acción de una decisión: Desistir el consumo del fármaco. Así, en algún punto y sin la necesidad de algún tipo de validación científica o médica, estas crisis relacionadas con el uso de anticonceptivas hormonales -ya que generalmente se presentan asociadas a momentos específicos del ciclo menstrual: sangrado, el período fértil, la etapa premenstrual, etc- hacen que se tome la decisión definitiva de rechazar su ingesta.

I.3.a Revertir el patrón de desinformación a partir de los malestares

Por la sensación de control externo enunciada por las entrevistadas, se genera un diagnóstico de desconexión y de desconocimiento del propio cuerpo y sus procesos reproductivos. Ellas mismas enuncian que las anticonceptivas hormonales han automatizado su proceso fértil y sus cuidados, provocando para ellas una separación de sí mismas con su corporalidad. A partir de estas experiencias, se hace posible hablar de un proceso de construcción identitaria que se caracterizó por habitar un cuerpo que no se entiende, que se desconoce y del que se sienten despojadas, un cuerpo cuyos procesos reproductivos -en este caso- no sienten propios. Ante esto, las participantes deciden revertir ese patrón de desinformación a través de la investigación tanto del fármaco como de sus efectos colaterales.

Al contrario del proceso de iniciación en el consumo de hormonas, las mujeres en su salida de este patrón farmacológico comenzaron a pesquisar diferentes fuentes de información sobre los efectos de las hormonas. La información proviene básicamente de experiencias de personas cercanas, investigaciones científicas, plataformas informativas y blogs, entre otros, fusionando saberes populares y formales, abriéndose a una escucha amplia. Desde los malestares, las mujeres comienzan a revertir el patrón de desinformación que había sido la tónica durante toda su adolescencia y durante la mayor parte del tiempo que se prolongó el uso de anticonceptivos. De esta manera, las mismas mujeres comienzan a tomar un rol activo en el conocer qué se han estado administrando voluntariamente en su cuerpo.

Leí unas investigaciones que decían que a veces igual podían afectar, como que podían potenciar los estados emocionales y cosas así. Así que ahí dejé de tomar (Macarena, 27 años)

Y también quise dejarlas porque aparte del tema del ánimo, pucha la hermana de un amigo casi se murió con el tema de las pastillas porque generó trombos. A mi psicóloga también le pasó que se le generaron unos trombos por las pastillas y casi se muere (Rosa, 29 años)

Por otro lado, con mis conocimientos de enfermería, yo sabía que las pastillas aumentan el grado de colesterol malo en la sangre, entonces yo sabía que las pastillas aumentan la probabilidad de tener un accidente vascular (...) Y yo el año pasado estuve en el instituto del cáncer haciendo mi internado y llegaron muchas cabras jóvenes con cáncer de mamas, cuando es algo que se empieza a controlar a los 40. Y eran cabras de 20 o 30 años. Y cache que están haciendo un estudio que relaciona el uso excesivo de pastillas anticonceptivas con el aumento de cáncer de mamas en chicas jóvenes. (Josefa, 28 años)

A mi abuelita le dio cáncer de mama y la cosa es que la matrona, un día que fui a control, me conversaba y me preguntaba si yo me cuidaba y ahí me empezó a decir que muchos de los cánceres de mama eran por una sobre producción de estrógenos. Y las pastillas, la gran mayoría, causan una sobre producción de estrógeno (...) Y ahí ella me dijo: "trata de no tomar pastillas, cuídate con otro tipo de método" (Luciana, 22 años)

Desde estas diferentes fuentes y experiencias, las mujeres generan un nuevo imaginario en torno a las pastillas anticonceptivas, donde son significadas desde otro lugar, adquiriendo nociones dañinas y que por lo mismo, afecta en su salud y bienestar. Emergen otros repertorios para entender el fármaco, revirtiendo así la desinformación sistemática que caracterizó su experiencia anterior.

En este proceso de indagación e información sobre las pastillas, se configuran nociones que diagraman una estructura asociada a lo nocivo y riesgoso para la salud corporal, la metáfora de lo perjudicial y peligroso toma fuerza, lo que motiva aún más su rechazo y sostiene la decisión de su dejar de consumirlas.

Este nuevo repertorio de información fue integrado al imaginario de las mujeres lo que, sumado a sus malestares, reforzaron la idea de las anticonceptivas hormonales como algo que no les conlleva bienestar, sino todo lo contrario, como elemento perjudicial para su salud emocional y física.

1.3.b Las pastillas como referente nocivo y una nueva corporalidad en las mujeres que las rechazan

Las pastillas tienen una asociación directa con algunas enfermedades y riesgos, tienen efectos secundarios depresores, etc; identificándose como un elemento paradójico y paradigmático para las mujeres. Por un lado, las ayudan a evitar embarazos no deseados, pero al parecer pueden llegar a ser un veneno. Evitan un problema, pero generan otros que afectan directamente en la calidad de vida y la salud.

Así, el mismo fármaco que por tantos años estuvo inmiscuido en los organismos y la cotidianeidad de las participantes, adquiere un sentido negativo, lo que genera preocupación y miedos en torno a estas hormonas y, por ende, una necesidad imperante de hacer algo al respecto. Esta traslación de significado deviene en la materialización en el cuerpo de una incomodidad asociada a las hormonas, los que no tienen que ver ahora solo con síntomas físicos, emocionales o transformaciones tangibles, sino que se expresan más bien en sensaciones de daño al cuerpo.

Entre los relatos analizados, hay varias mujeres que hablan de la sensación de envenenamiento del cuerpo producto del consumo de los anticonceptivos. Sienten que están voluntariamente incorporando basura a su organismo, y que este desecho son las píldoras que tragan, o bien las inyecciones que se aplican.

Yo creo que lo que más lo marco fue el darme cuenta de que estaba metiéndole basura a mi cuerpo. Yo después me preguntaba a donde se va todo eso que no se absorbe o qué pasa con todo eso que absorbo y no ocupo, o cosas así. Como de preguntarse qué le estoy metiendo a mi cuerpo, porque igual le estoy metiendo una pastilla diaria que tiene montones de cuestiones, excipientes y todas esas basuras, talco y todo eso (Macarena, 27 años)

Y empecé leer y a cachar como... mucho tiempo de mi vida metiéndome un veneno muy grande a mi cuerpo que me quitó como toda la conexión (Alba, 24 años)

Existe la sensación y la afirmación de que se le está incorporando un sustrato tóxico al cuerpo, químicos nocivos. Ellas no ven esta toxicidad, no la experimentan de forma empírica, pero la sienten recorrer su organismo y moverse por su torrente sanguíneo, frente a lo cual expresan un rechazo, un asco y un hastío de aquello que están consumiendo. Lo que antes era un medicamento cotidiano, ahora es un veneno o un sustrato tóxico. Esta impresión llega a tal punto que demanda dejar de ingerir el producto por percibir esta acción como un envenenamiento voluntario, lo que provoca un inevitable rechazo y repulsión hacia el fármaco.

Este sentimiento se ve acrecentado si se tiene en cuenta la cantidad de años que se lleva sosteniendo el ritual/rutina hormonal. El factor tiempo se configura entonces como otro malestar sensitivo, que se cristaliza en una idea de cansancio del consumo. El promedio de años de uso de los fármacos de las entrevistadas es de 5 años y medio, moviéndose en un rango en el que el mínimo de años fueron dos, y el mayor tiempo de consumo fue un total de diez. El tiempo es un elemento crucial pues hace evidente lo acumulativo de un patrón, exacerbando lo que el cuerpo percibe y expresa, y el paso de los años en algún minuto hace que todos los malestares sean sentidos con mayor peso y fuerza.

En mí también había como una sensación de que tenía que dejar de hacerlo po, si ya no estaba pololeando y había pasado por dos relaciones muy largas, de cinco y tres años, en las que siempre había tomado pastillas y nunca había dejado de tomar, ni en el entre medio ni cuando se acabó ni nada (Alba, 24 años)

La rutina del "Suena la alarma, trago la hormona, repito a diario. Se acaban las dosis, compro las nuevas. Suena la alarma, trago la hormona, repito a diario" se desplaza hacia un deseo de interrumpir y desarmar lo ejecutado desde la alimentación hormonal. La que evidentemente ya no es un nutriente sino basura y veneno.

En esta traslación del significado el malestar conlleva un anhelo, el hacerse cargo de sí mismas mediante el conocimiento de sí y de sus corporalidades, fertilidades, sexualidades, ciclicidades, etc. Teniendo el norte el experimentar y el conocer los procesos de su cuerpo, se abre la reflexión y posibilidad de vivenciar un cuerpo no medicalizado por las hormonas, uno que no esté regulado ni automatizado por las pautas que imprime en el cuerpo las pastillas anticonceptivas, y que no se encuentre definido por la sensación de envenenamiento asociada a estos fármacos.

Se vuelve relevante destacar que este proceso viene acompañado o enmarcado por una reflexión más general en sus vidas en cuanto al rechazo de elementos que consideran nocivos para sus cuerpos, para el medio ambiente, o conjunto a la decisión de dejar de consumir productos de origen animal, etc. En este sentido, la decisión de dejar las anticonceptivas hormonales fue parte de una serie de otras resoluciones que estas mujeres tomaron con respecto a su cuerpo y al cuidado de este, en una especie de proceso que ellas enuncian como consciencia de la propia corporalidad a partir de su conocimiento y cuidado:

Después hubo un momento en el que decidí no seguir tomándolas, así como decidí no seguir usando toallas higiénicas, sino que toallas reutilizables, ecológicas o la copita. También con una conciencia de tu cuerpo (Macarena, 27 años)

Como que no me sentía conectada porque obvio, estaba con lo de la inyección y quería sentirme conectada con eso (el ciclo)-. Y en este video esta mujer hablaba de que dejó de tomar pastillas y empezó a escribir todos los meses como se sentía. Y a mí me dieron ganas de conocerme así y de ser consciente de lo que pasaba en mi cuerpo (Josefa, 28 años)

Después ya con los años empecé a sentir más como influenciaban en mi vida (las hormonas). Quizás también porque me empecé a relacionar más con mi cuerpo. Y eso, después cuando ya sentí el cambio hormonal fue cuando me di cuenta (Simona, 25 años)

El cuerpo encabeza el centro de atención y de reflexiones, lo que no era la tónica antes en sus vidas. Comienzan a poner atención a lo que el cuerpo siente: sus dolores, molestias, incomodidades, cambios físicos y emocionales, el deseo sexual, placer, etc. Empieza a generarse un posicionamiento desde el cuerpo y su cuidado, para conseguir un bienestar general.

1.3.c La dimensión colectiva de la decisión –las amigas- y la disolución del mandato heterosexual

El proceso de reflexión, rechazo y desuso de las pastillas anticonceptivas implicó otro desplazamiento, el que tiene que ver con los/as actores involucrados en la decisión y acción. Principalmente se ve un cambio relevante en cuanto a la figura de la madre, la cual ya no se vuelve central al momento de decidir ni accionar ni acompañar, inclusive muchas veces ni siquiera se menciona antes de dejar de usarlas. Ahora a la madre se le cuenta, se le informa de la decisión o de que ya se hizo, y ya no se necesita de su mediación ni consentimiento para lograr el cometido. Si bien se comprende que este desplazamiento puede darse por factores como la edad de las mujeres al momento de dejar las pastillas, de todas formas se identifica como un elemento de gran peso simbólico, ya que nos habla de cómo las mujeres están limitando y restringiendo la participación de la institución familiar en las decisiones respecto a sus propios cuerpos. Así, la figura de la madre es reemplazada por el acompañamiento de las pares, compañeras de la universidad, de colegio, trabajo, de las amigas:

Empezamos a conversar de las consecuencias que traían (...) Después se empezaron a hacer hartos círculos de mujeres en mi Universidad (...) Y empezamos a hablar de estos temas, y ahí empecé a cachar que los anticonceptivos traen consecuencias, pero no los dejé... Hasta hace un año que ahí ya los dejé definitivamente (Amanda, 24 años)

Un día una amiga mía, una amiga muy cercana, dejó las pastillas (...) Y yo le pregunté cómo se había estado sintiendo y ella me dijo que estaba la raja (...) y un día dije ya sabes que más, en volé... habiendo terminado mi relación recién... ahí yo dejé de tomar las pastillas (...) Con cero investigación, cero validación científica ni nada, simplemente de testimonios como yo y mis amigas, como por lo que compartimos, creemos que las pastillas nos cagaron el ánimo (Rosa, 29 años)

Y las dejé de tomar a raíz de que... bueno, alrededor mis amigas también lo estaban dejando de hacer y empecé a leer un libro que igual es conocido yo siento como dentro de las cabras de mi generación que están metidas como en el movimiento feminista, que es de ginecología natural de la Paula Pérez... lo empecé a leer. Y empecé a cachar (Alba, 24 años)

Y ahí uno empieza a averiguar, porque yo no creía que fuera la primera que estuviera pensando eso. Entonces ahí llegas a blogs de gente que cuenta su experiencia, que hay otros métodos y otras formas, que dejemos de tomar pastillas y que es mucho mejor. Entonces lo probé, me gustó y lo seguí (Macarena, 27 años)

Con las amigas, con las pares, se compartieron experiencias y se configuraron círculos de difusión de información y de conversación y cuestionamiento en torno a las anticonceptivas. Se articula una especie de red para la acción-transformación colectiva, que está sustentada en una crítica común basada en las experiencias que todas comparten. Si bien la decisión de dejar las anticonceptivas es vista como algo personal, es posible notar como este cuestionamiento fue algo conversado y compartido, algo que se habla y se hace público, algo que circula. Esto nos remite a la dimensión colectiva que enmarca esta decisión, lo

que se propone como un factor de relevancia al momento de desistir sobre el consumo de las hormonas y de sentir algún tipo de validación en esta acción.

Este fenómeno puede ser leído según lo enunciado por Lagarde (2006), como un proceso de asociación o de pacto entre mujeres, en el marco de la sororidad¹⁷. La autora propone que en la modernidad las mujeres se apoyan más allá que en su diario vivir, en lo que llama el subterráneo de género, y que hoy en día se encuentran pactando entre ellas. Las mujeres nos vemos en la necesidad de pactar entre nosotras, y estos pactos se caracterizan por un apoyo mutuo que se da cuerpo a cuerpo, junto a las subjetividades y experiencias de las otras como recurso para la crítica a nuestras realidades excluyentes y sectarias. A esto se le llama sororidad, y se propone como una alternativa de organización contra la política de la violencia, la cultura de la violación y las prohibiciones hacia las mujeres (Segato, 2016).

Así, la dimensión colectiva de la decisión de dejar de tomar pastillas, puede ser leída como un proceso de sororidad en cuanto confluyó las subjetividades de otras mujeres y pares, en función de un objetivo común: el mutuo bienestar, el cuidado de sí, la circulación de la información. Las amigas y los círculos de mujeres fueron significados como espacios seguros en los que se buscó apoyo, con los que se aprendió y se generó una identificación mutua, en torno a vivencias similares. En estas colectividades las mujeres se apoyaron – en mayor o menor nivel- para darle sustento a la decisión que por mucho tiempo postergaron.

También es relevante hacer notar que en la mayoría de los casos, las participantes dejaron de tomar anticonceptivos hormonales en un momento similar de sus vidas: cuando terminan sus relaciones heterosexuales monógamas. El romper con estas relaciones significó para ellas una especie de liberación que sobrepasa la dimensión del consumo hormonal y se abren a otras dimensiones de lo que significan las relaciones sociales y afectivas.

Después cuando terminé con mi pololo de ese tiempo, dejé de tomarlos y nunca más volví a tomar anticonceptivos (Ana, 21 años)

Fue porque terminé en un momento con mi pololo (...) el año pasado terminamos un tiempo y ahí dije “ya no voy a tomar más estas cosas” (...) dije “ya, no estoy ni ahí, los voy a dejar, chao”. Y ahí los dejé. Y después de que los dejé como que me hice consciente de los cambios que los anticonceptivos traían en mi (Amanda, 24 años)

Estos quiebres se registran como detonantes de la decisión, “la gota que rebalsó el vaso”, desgarrando además la carga que implica la monogamia y las pautas de conducta de una relación heterosexual. El quiebre con las parejas, el término de este contrato sexo afectivo que por tantos años mantuvieron y que implicaba que el cuidado del embarazo era exclusivamente desde y hacia la mujer y mediante hormonas, las posiciona en otro lugar.

¹⁷ 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 en acciones específicas para la eliminación social de todas las formas de opresión y al apoyo mutuo para lograr el empoderamiento vital de cada mujer (Lagarde, 2006:4).

Las saca de las responsabilidades de cuidado único con el que cargaron durante años. Esto se vuelve relevante porque hay varias que mostraron un hastío hacia las pastillas y unas ganas de dejarlas por mucho tiempo, pero solo logran o deciden dejar de tomarlas de forma definitiva, cuando rompen estas relaciones y a lo que les obligaban. Hay algo ahí que las libera, algo de lo que escapan.

Otro de los puntos en los que debemos detenernos, es explicitar que el proceso reflexivo que conllevó dejar el consumo de las anticonceptivas implica un diagnóstico que toma tiempo y que no es algo inmediato, se sostiene en una multiplicidad de razones e involucra miedos o reparos, aprensiones dañinas y nocivas sobre las hormonas, el término de las relaciones de pareja, los malestares físico-emocionales y el imaginario de la desconexión consigo mismas, etc., lo que trataremos de profundizar en el siguiente capítulo,

Capítulo II. De temores, negociaciones y resistencias cotidianas.

Las mujeres vivimos en cautiverios,
pero desde ahí mismo
transformamos nuestras vidas.
Lagarde, 2005:23

Luego de recorrer las trayectorias de ingreso a la rutina farmacológica y su posterior rechazo, surge la pregunta sobre los factores que se tienen en cuenta al momento de detener el consumo de anticonceptivos. Por esta razón, el presente capítulo se desarrolla como una presentación de las aprehensiones que las mujeres vivenciaron frente a la decisión de detener su ingesta hormonal, identificando que la mayoría de los casos se expresan en forma de temores, incertidumbres y/o contradicciones que, en primera instancia, las limitan o influyen en su accionar de forma constante. Así mismo, durante este apartado se reflexiona en torno a estas emociones que las mujeres relatan y se intenta abarcar otro factor de relevancia: las negociaciones y resistencias que ellas llevan a cabo, las que tienen que ver con su posicionamiento frente a un otro que, aunque no es usuario de las hormonas, pareciera estar inmiscuido en el proceso personal de rechazarlas. Así, por un lado emerge nuevamente el sistema biomédico encarnado en el/la ginecólogo/a, pero también se indaga en la figura de la pareja sexo afectiva y su rol en este proceso. Por último, se detallan una serie de estrategias de cuidado que han sido generadas por estas mujeres para cubrir el cuidado antes proporcionado por los anticonceptivos hormonales.

II.1 Experiencias de coerción: Desconocer, temer y resistir.

“Tenía un miedo que era propio, pero que hice propio por la presión social”

II.1.a El abismo que siento entre yo y mi propio cuerpo: La política del miedo y el cuerpo a la deriva.

Como hemos visto, la acción decisiva de dejar de tomar pastillas se desplegó como un proceso a lo largo del tiempo que conllevó una reflexión continua sobre los efectos de las pastillas en las mujeres. Dejar de tomar anticonceptivos hormonales se identificó como una decisión evaluada con cautela, no es algo que se “toma a la ligera” o un fallo que se resuelve de forma simple, es algo que se piensa detenidamente, que posee una responsabilidad asociada. Por ejemplo, si se está en pareja, se evalúa cómo se integra el otro en esta acción que se llevara a cabo, evitando reproducir el patrón de ausencia del compañero sexual típico de su trayectoria hormonal. Otro ejemplo, es que si se lleva mucho tiempo efectuando el consumo, se comienza a imaginar una vida sin este fármaco que por años ha

acompañado y brindado algún tipo de seguridad. Es por esto que queremos mostrar algunas sensaciones que atraviesan de forma transversal las experiencias de las mujeres entrevistadas, las que son definidas por ellas mismas como inseguridad y temor.

Previo a dejar las pastillas, se imaginan a sí mismas sin el resguardo que les ofrecen los fármacos y se enfrentan a diferentes “peros”. Se preguntan por la viabilidad de la situación, se sienten inseguras, cargan con el sentir de que “estarán a la deriva” pues el consumo de los anticonceptivos ha sido la recomendación emblemática –tanto de la madre como del profesional de la salud ginecológica- para la protección del embarazo no deseado. Mientras cumplieran su rol funcional de integrar el fármaco al cuerpo, la dieta hormonal es una barrera eficaz que les posibilita sentirse “a salvo”. Pero la pregunta que les resuena es: ¿si dejo de tomar pastillas, quién se hará cargo de esto?

Tenía susto. Tenía susto porque sentía que iba a estar con miedo cada vez que tuviera una relación sexual pensando que iba a quedar embarazada, pero en verdad lo único que había detrás de eso era usar un condón (Alba, 24 años)

Una vez que se resuelve esta tensión y que optan por dejar de consumir anticonceptivos hormonales, han de enfrentarse a todas estas aprehensiones y miedos que son producto de –como ellas dicen- sentirse a la deriva, sin protección. En este sentido, la sensación de deriva que ellas mencionan se encontró fuertemente arraigada en la percepción de que estaban habitando o moviéndose en una incertidumbre; y esta poca certeza se encontraba relacionada con el fenómeno de desconocimiento de sí mismas.

El miedo al embarazo se vuelve latente porque, desde pequeñas, la única forma de cuidado que les fue enseñada o dicha, fue el consumo diario de una píldora que actúa por sí sola y solo requiere que se la integre al cuerpo. Y como se vio en el capítulo uno, este mandato evadió la enseñanza y la integración de otras formas de cuidado de la fertilidad más allá de las hormonas, dejándolas sin herramientas. En este sentido, fue recurrente escuchar la frase “tenía miedo porque no sabía nada”, porque el miedo es asociado directamente al desconocimiento, al darse cuenta que no conocen sus cuerpos y asumir la dependencia al fármaco:

El quedarme embarazada más que nada, era como el mayor miedo. Y de no poder como controlar eso, de no alcanzar como el punto de en verdad poder regularme y entender mi cuerpo y mi ciclo lo suficiente como para cuidarme y ser responsable con eso. Como que esa era mi mayor aprehensión, el no ser capaz de encontrar herramientas para conocerme (Simona, 25 años).

Siento que todos los años que estuve con pastillas no conocía mi cuerpo, no cachaba nada de lo que pasaba en él (Rosa, 29 años)

Bueno, quedar embarazada, sí. Fue el único miedo que uno de repente tiene por el hecho de tomar pastillas y si, lo pasé. Pero después caché que era simplemente mi responsabilidad y que no por no tomar pastillas iba a quedar embarazada, sino que simplemente porque yo no sabía cómo hacerlo (Julieta, 21 años)

Para Bauman (2007) el miedo es el nombre que socialmente le otorgamos a nuestras incertidumbres y a nuestra ignorancia con respecto a lo que identificamos como amenaza, y a lo que hay que hacer para detener o combatir estas amenazas. En ese sentido, la sensación de temor que se asocia a dejar de consumir anticonceptivos puede ser producida –entre otras cosas- por el fenómeno de la ignorancia frente a procesos fisiológicos propios, producto de una educación sexual deficiente que limita la información y que enseña que la única forma de cuidado efectiva es aquella que se encuentra inscrita en los márgenes de la medicalización de la vida, especialmente de esa medicalización hacia las mujeres jóvenes pertenecientes a una cierta clase, asumiendo su heterosexualidad.

Las emociones de las mujeres respecto a dejar el consumo de anticonceptivos, dentro de las que se encuentra el sentimiento de miedo constantemente expresado, pueden ser también leídas bajo una perspectiva antropológica. Adhiriendo a la propuesta de Le Breton (2012)¹⁸, se piensa que esta sensación física de temor no responde exclusivamente a un estímulo fisiológico, sino que es producto de un entramado cultural específico y de un contexto social particular, que otorga sentido y significa esta sensación corporal bajo el repertorio del miedo; y que, además, asocia cierto fenómeno como lo es el embarazo no deseado, con este sentir. Existe un relato social en torno al embarazo no deseado, especialmente si refiere a mujeres jóvenes o adolescentes, un cierto discurso racional que se cristaliza y reproduce en los cuerpos de las mujeres en forma de emoción, de miedo, organizando una racionalidad de la estructura social en los cuerpos mismos.

Históricamente, nuestras sociedades han representado con claridad aquellas situaciones, sujetos o figuras que son causantes de miedo. Ejemplo de esto es la vieja de la guadaña, que encarna la muerte, o el viejo del saco que atemorizaba a los/as niños/as que estaban fuera de sus casas (Anton, 2015). Según Ordóñez (2006), estas figuras asociadas a los miedos y su efecto paralizante sobre los/as individuos/as, hacen de esta emoción un controlador social eficiente. Bajo el efecto del miedo, los sujetos tienden menos a actuar y más a permanecer en un letargo, un cierto estado de alerta a la espera de los acontecimientos. Lo dicho por estos autores tiene especial sentido cuando las mujeres relatan que sus emociones de inseguridad y miedo parecen acrecentarse ante estímulos externos -comentarios de terceros-, los que son recibidos en formas de cuestionamiento. Las mujeres identifican juicios a los que están expuestas por la decisión que han tomado, los que provienen de diferentes esferas (familia, amigas, parejas), y que afectan en su propia seguridad respecto a su opción.

¹⁸ Le Breton (2012) en su artículo “Por una antropología de las emociones”, detalla que la emoción no tiene una realidad en sí misma, no tiene su raíz en una fisiología indiferente a las circunstancias culturales o sociales; no es la mera naturaleza del hombre y/o de la mujer que habla de la emoción, sino que son sus condiciones sociales de existencia las que se traducen en los cambios fisiológicos y psicológicos. La emoción refleja lo que el/la individuo/a hace de la cultura afectiva que impregna su relación con el mundo. Así, los estados afectivos tienen más bien un carácter socialmente construido, sobre una base fisiológica que actúa como materia prima. Los/as individuos/as interpretan las situaciones a través de su sistema de conocimiento y de valores –su contexto sociocultural- y la afectividad desplegada es resultado de esta interpretación. Bajo esta lógica, la emoción no es entendida como sustancia, sino como relación.

A veces a mí me dicen que cómo no estoy tomando pastillas, que puedo quedar embarazada... Me han cuestionado mucho (Macarena, 27 años).

Pero era un miedo como de una presión social y familiar de que eso no podía pasar. Osea, obviamente era un miedo muy propio, pero que lo termine haciendo propio por todo lo social que una termina adquiriendo de más chica (Violeta, 18 años)

El miedo, según Salazar Pérez (2011) funciona como una matriz que amedrenta a los sujetos sembrando riesgos en sus subjetividades, tanto a nivel individual como colectivo. Su objetivo es desordenar los estados de ánimo y la estabilidad de la vida cotidiana, induciendo situaciones de angustia, temor y peligro, hasta colocar a las personas al borde de la angustia colectiva. Para Deleuze y Parnet (1997) el miedo paraliza, desactiva y reduce la capacidad de resistencia y vigilancia crítica de la población, por lo que los poderes tienen la necesidad de angustiarnos para reprimir, por eso su interés en administrar los pequeños terrores íntimos. En este sentido, es que encontramos en los temores de las mujeres y en el cuestionamiento de su decisión, una coerción social respecto a no utilizar anticonceptivos hormonales como método de cuidado, la que se materializa en forma de crítica y en una adjetivación de las mujeres como irresponsables, inmaduras, o desviadas; fomentando la inseguridad y el temor como forma de control para encausar la conducta.

La sensación de miedo es utilizada como discurso, en función de ciertas prohibiciones. Si el relato del viejo del saco era contado a los/as niños/as para que tuvieran cuidado con los extraños de la calle o para que no salieran de sus casas, el miedo a dejar los anticonceptivos hormonales puede ser leído como una expresión de que ellas no salgan de la tutela de otro/a que las vigila constantemente, que las cuida y les dice que es lo que deben hacer. El temor de dejar las pastillas funciona como forma de control cultural desde la emocionalidad, lo que se enmarca también en un contexto mayor de prohibiciones y miedos para las mujeres. A las mujeres históricamente se les ha enseñado desde al temor, es una emoción que se explota para que se mantengan dentro de los límites que la sociedad les permite, dentro de sus propios cautiverios. Es la emoción que hemos recibido como educación, y que tiene como propósito reprimir nuestra movilidad, la comprensión de nuestros cuerpos, nuestra sexualidad (Lagarde, 2005) para así, desde estos cautiverios cimentar los ordenamientos de género tradicionales en los que la mujer asume que habrá otros/as que tendrán que decidir por el curso de sus vidas y su bienestar.

Las mujeres crecen con miedo a salir con cierta ropa a la calle por el temor a ser acosadas, se les inculca el miedo a salir de noche para evitar violaciones, feminicidios, etc. Y dentro de esto, el temor de dejar los fármacos responde a esta misma lógica de seguir la pauta reproductiva de clase y heterosexual esperada para una mujer en la etapa de juventud.

II.1.b Coerción y violencia ginecológica: Evitar la desviación, encauzar la normalidad

A pesar de la acción amedrentadora que generó en las mujeres el temor a dejar las pastillas anticonceptivas, de todas formas ellas decidieron no seguir consumiéndolas. En este actuar, se posicionan desde un nuevo lugar, desde un margen en el que se enfrentan a tener que reinventar sus formas de cuidado sexual, y donde han de experimentar un cuestionamiento constante por no seguir la pauta de cuidados que les ha sido enseñada e inculcada desde temprana edad. Dentro de esta dinámica, los cuestionamientos existieron desde las pares, parejas, familiares, y profesionales de la salud. Estos últimos encuentran un espacio relevante en los relatos de las mujeres, siendo constantemente traídos a escena por las experiencias que ellas vivieron en la consulta médica, circunscrita en el espacio íntimo del control ginecológico.

Las mujeres relatan los momentos en los que le comunican al/la ginecólogo/a su deseo de dejar las pastillas, o bien que han dejado de usarlas y en general, el relato otorgado es visualizado como negativo y desagradable. Las participantes recurren al/la ginecólogo/a en tanto profesional que se encarga de velar por la salud sexual, y buscan en ellos/as una especie de apoyo, sin encontrar una respuesta tal. En vez de esto, se enfrentan al rechazo generalizado del/la profesional a que no usen pastillas:

El –ginecólogo- estaba todo el rato juzgándome y diciéndome de que cómo estaba haciendo eso, que era súper irresponsable y que el condón no es cien por ciento efectivo...(Simona, 25 años)

Ella -la ginecóloga- claramente me juzgó. No podría recordar exactamente sus palabras, pero me sentí muy juzgada de su parte. Y lo encuentro heavy porque las pastillas no tenían nada que ver con el motivo por el que yo estaba ahí, pero ella igual me juzgó y me trató mal por no usarlas (Ana, 21 años)

Mi ginecólogo también me dijo la típica frase: “¿Estás segura? ¿No quieres probar otro método?” (Alba, 24 años)

-El ginecólogo- Me dijo “¿y por qué no?, es que sabes que esto te haría mucho mejor” (...) Me acuerdo que quedé mal con eso, pensando qué sabe él de mí para decirme irresponsable por no tomar pastillas y pensando que lo más responsable que he hecho en años es haber dejado de tomarlas, porque con todo lo mal que me sentía... me molesta que se sientan con el derecho de imponerme cosas o de decirme que soy de tal forma siendo que no me conocen y no me van a conocer de otra forma que no sea anatómicamente, nunca van a saber cómo me siento (...) Me sentí muy mal e incómoda (Julieta, 21 años)

Sin excepción, los/las expertos/as biomédicos se mostraron en desacuerdo con que sus pacientes dejaran los anticonceptivos hormonales, generando un malestar en las mujeres por cómo se refirieron hacia ellas, y por cómo abordaron el tema. Todos/as se posicionaron desde una autoridad para hablar con propiedad de los cuerpos de las pacientes y de su salud, generando una dinámica de exclusión en la que a ellas como sujetas, se las despoja de la posibilidad de decir y decidir algo sobre sí mismas y sus cuidados, posicionándose

por sobre ellas. En esta lógica, los/as médicos/as generaron mediante el lenguaje y su práctica médica, tratos de humillación, invisibilización y cuestionamiento a la decisión de estas mujeres.

Este tipo de discurso y relación entre las mujeres y el/la ginecólogo/a, perpetúa un imaginario de las mujeres como usuarias y personas incompetentes, tontas e inútiles frente a un tema que les compete primeramente a ellas, como lo es su cuerpo, su sexualidad y su reproducción. Como escuchamos en los testimonios, estos tratos se acompañaron generalmente por preguntas del tipo ¿estás segura? ¿Sabías que no estás tan protegida? ¿Sabías que esa no es la mejor forma?; recurriendo a la sensación de inseguridad como semilla del miedo, fomentando una emoción que -como vimos anteriormente- es funcional al control de los cuerpos mediante la paralización de la acción de los/as sujetos/as, lo que eventualmente se construye como un mecanismo para encauzar cierta conducta.

Estos relatos negativos y experiencias denigrantes fueron una tónica, y pueden ser comprendidos como actos de violencia ginecológica y obstétrica¹⁹. En los casos que han sido presentados por las participantes, predominan las lógicas de malos tratos sustentadas en un discurso de *lo que es mejor para ellas*, donde esta idea de “lo mejor” está siendo definida unilateralmente desde el sistema médico, sin participación de la persona en cuestión, invisibilizando el rol de las propias mujeres, lo que continúa reproduciendo una falta de autonomía en cuanto a la gestión de su reproducción, pero también de su placer y su parecer. Así, el espacio de la consulta médica se comprende también como un *espacio de hegemonías codificadas* (Dides y Fernández, 2016:139) que no ha permitido una interacción genuina entre los/as médicos/as y las diversidad de mujeres, en sus propios procesos de salud sexual y reproductiva. Las mujeres sienten como han perdido, y siguen afanados en quitarles, su capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos, su sexualidad y sus procesos reproductivos mediante tratos deshumanizados que las humillan, mediante tecnicismos que las quieren hacer sentir inoperantes, y mediante una falta de información que se ha respaldado en un abuso de la medicalización.

II.1.c El hecho científico: Naturalización del relato-verdad ginecológico

Lo anteriormente dicho nos habla de una coerción ginecológica por parte de los médicos hacia las mujeres. Esto quiere decir que somos testigos de actos que pretenden encauzar el camino que estas mujeres quieren tomar o ya han iniciado, para evitar que dejen de consumir hormonas. Mediante diferentes estrategias como inducir miedos, hacerlas sentir

¹⁹ Se entiende por Violencia Ginecológica y Obstétrica aquella forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres que tiene como característica la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de estas por parte del personal de salud; expresándose en tratos deshumanizados, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos reproductivos, conllevando pérdida de autonomía y capacidad de decisión libre de las mujeres sobre sus cuerpos y su sexualidad. Esta violencia se ejerce tanto en los procesos de nacimiento como en la salud sexual y reproductiva en general, elementos que están histórica y culturalmente asociados a la figura femenina, por lo que este tipo de violencia es también una forma de violencia de género (Almonte, 2016; Dides y Fernández, 2016).

ignorantes e inoperantes, invisibilizarlas y relegarlas de su propio cuidado, procuran convencer a las mujeres para revertir la decisión bajo el argumento de que es “lo mejor para ellas”. La recurrencia de este lenguaje puesto en escena por el/la experto/a de que “lo mejor” para ellas es seguir aconsejada por los/as médicos/as, es establecido de forma segregadora sin incluir a las mismas mujeres en el concepto de bienestar, gestionándose como un mandato que viene exclusivamente desde el sistema biomédico, el que posee la virtud de ser quien sentencia los estándares.

La lógica científica que sustenta el discurso médico valida al profesional de la salud como único agente autorizado para otorgar bienestar, posicionándose con una propiedad y autoridad casi irrefutable. Por ello, sus discursos poseen una supremacía inconmesurable y se erigen como verdades irrefutables, adquiriendo un aura dogmática.

No obstante, existen diferentes perspectivas teóricas que cuestionan esta naturaleza inapelable, inamovible y objetiva de los hechos científicos y de la producción de estos mismos (Latour, 2001; Pinch y Bijker, 1987; Knorr, 2005). La ciencia, la tecnología y la medicina son aparatos que históricamente han construido relatos-verdades que son naturalizados e institucionalizados en diferentes esferas de la vida social, ya sea en políticas públicas, imaginarios colectivos, o en los mismos cuerpos; asegurando la reproducción de estos relatos en niveles tanto íntimos como estatales (Oudshoorn, 1994). Se propone que, en efecto, los hechos científicos solo pueden llegar a establecerse como tales si logran articularse con estos intereses institucionales y con las prácticas mismas de los sujetos (Pinch y Bijker, 1987).

La ginecología, desde sus inicios, ha construido un imaginario en torno al cuerpo de las mujeres que se caracteriza por la idea de un desorden hormonal que debe ser controlado para el bienestar de las mismas y, de paso, para mantener bajo control la reproducción de la especie. Las pastillas anticonceptivas son la consagración de este imaginario, tecnología difundida por excelencia por la política pública y enseñanza temprana en las adolescentes de ciertas clases sociales. A través del mandato del consumo de pastillas anticonceptivas, arraigado tanto en el discurso estatal como en el ginecológico, se reproduce un relato-verdad que deviene en una realidad corporal sobre las mujeres que se materializa en prácticas o emociones como las que hemos evidenciado, donde se les hace creer que no pueden ni deben vivir la sexualidad sin pastillas anticonceptivas.

Por muchos años, estas mujeres han mantenido una rutina hormonal de la que se vuelven dependientes y esclavas, en la que depositan todas sus seguridades, y sienten miedo de romperla. En su propio cuerpo, en su propia intimidad, se ha reproducido y consagrado este relato-verdad que demanda por un control donde los fármacos hormonales son el actor protagónico y el dispositivo por excelencia, en términos de Haraway (1984).

Las críticas, comentarios y cuestionamientos son las contenciones que contribuyen a no salir del esquema de cuidado definido por la biomedicina, introduciendo la coerción para que no se escape de esta normalidad delimitada por el guion de feminidad que se les ha enseñado desde niñas. El trato paternalista frente a ellas, como personas que pretenden llevar a cabo una alternativa diferente, les otorga la posición de seres a los cuales hay que tratar y mirar con desconfianza e incredulidad. Las mujeres son tratadas desde el sistema

biomédico bajo el orden de la sospecha producto de que su alternativa de vida es significada como “desviada”, por lo que ellas mismas pasan a ser entendidas sobre la base de esta desviación, siendo estigmatizadas y condenadas con la imagen de la “mujer loca”.

La definición de las mujeres como seres sociales en torno a la renuncia, es una de las bases de la locura femenina, de la locura genérica, de su malestar específico. Otra de ellas se encuentra en su diferente racionalidad frente a la norma que contiene un camino de racionalidad, y somete a las mujeres al poder que las mutila (...) En la cultura patriarcal, la locura femenina es el conjunto de dificultades para cumplir con las expectativas estereotipadas del género: ser una buena mujer, hacer un buen matrimonio, criar bien a los hijos (Lagarde, 2005:701).

En el caso que presenta esta memoria, ser una mujer joven “cuerda”, “responsable” o “normal” –ser *buena* mujer- es sinónimo ser consumidora de anticonceptivos hormonales para cuidar de sus cuerpos. La contradicción a este guion de sexo género significa oponerse a la racionalidad del sistema biomédico, la que además es fomentada en la política pública y en las instituciones familiares. Negarse a continuar la rutina hormonal sitúa a la mujer que se opone en la vereda de la anormalidad, imagen que genera rechazo por su rareza, por su locura, por lo que debe ser encausada para volver a la sujeta a la normalidad.

A su vez, esta coerción ginecológica se vio reforzada por una coerción social. El discurso médico tan naturalizado, tan prescrito como verdad a priori, hace que otras personas con las que se relacionan estas mujeres también defiendan el uso de anticonceptivos como única forma de cuidado posible, como un deber ser. Así, no es solo el/la médico/a quien intenta volver a estas mujeres a su consumo hormonal, y por ende a la conducta adecuada, normal; sino que sus pares y familia son agentes que hacen saber que la decisión tomada es un actuar desviado.

Fue algo como casi que revolucionario en mi casa y para mi ginecólogo también como el “¿Estás segura? ¿No quieres probar otro método?” o mi mamá también como “ya, esta cabra hippie que va a dejar de tomar pastillas” (Alba, 24 años)

Siempre me dicen que debería tomar pastillas. Una vez llegó mi papá ¡mi papá! A decirme que debería tomar pastillas y yo le dije “no me vengas a decir tú eso, ¿sabes tú que son las pastillas? ¿tú te tomarías todos los días una pastilla para no quedar embarazado? No po, eso lo hizo mi mamá, asique no te metas” (Julieta, 21 años)

La gente está muy acostumbrada a tomar pastillas entonces ya está muy naturalizado el tomar pastillas anticonceptivas, todas las mujeres toman pastillas anticonceptivas (Macarena, 27 años)

Ella no estaba tan de acuerdo, pero yo le decía que era mi cuerpo y que no podía hacer nada, que si me compraba la caja de pastillas yo no las iba a tomar. Te guste o no, yo no lo voy a hacer. Comprendía el miedo de mi mamá, pero yo no estaba de acuerdo con que me obligaran a usar pastillas de nuevo. Fue harta tensión, pero al final fue mi decisión y si era así, ella no se tenía que meter (Violeta, 18 años)

Estas mujeres son conscientes de que su decisión no es una opción legitimada y que deben estar constantemente justificando su accionar, recordándole a diferentes sujetos/as otros/as –madres, ginecólogos/as- que su cuerpo es su territorio, que les pertenecen y que pueden tomar decisiones propias respecto al mismo. Esta decisión se constituye como transgresión al mandato de sexo género en el cual se socializa a las mujeres jóvenes de clase media, justamente porque posiciona como protagonista a la propia mujer por sobre el conocimiento formal y tradicional de expertos/as. Este quiebre de la norma genera una transformación de mayor envergadura, pues sitúa a estas mujeres jóvenes desde otro lugar, donde hay atisbos de agencia y autonomía sobre sí mismas.

II.1.d Donde hay poder, hay resistencia: Hastío y reacción a la coerción

Frente a la violencia ginecológica que hemos relatado anteriormente, que se sustenta en la autoridad del espacio de la consulta médica y la “bata blanca”²⁰, las jóvenes han logrado propiciar un espacio de contestación y resistencia a los discursos sostenidos por el/la profesional de la salud:

El –ginecólogo- estaba todo el rato juzgándome y diciéndome de que cómo estaba haciendo eso, que era súper irresponsable y que el condón no es cien por ciento efectivo... pero al final siempre el argumento es más el embarazo que otra cosa, entonces en verdad no lo pesqué nada. Yo estaba como okei, dale, dime todo tu discurso y no te voy a escuchar, no me importa (Simona, 25 años)

Yo les decía que no me interesaba y chao. Siempre fui como muy así con los ginecólogos que intentaban como meterse más en mi vida (Ana, 21 años)

Me dicen “¿y por qué no?, es que sabes que esto te haría mucho mejor”. Y yo les decía que no me metieran sus cosas en la cabeza. Y ahora les digo que hace años que no tomo asique ahórrate toda esa charla que no me importa, vengo por otras cosas y no para que me den pastillas. Y como que están súper en contra de que la gente no tome pastillas, es brígido, es como “no, deberías tomar” (Julieta, 21 años)

Después cuando volví a ir a la ginecóloga después de varios años, ella también insistía en que intentara probar otro método que fuera menos invasivo. Me recomendó un dispositivo intra uterino que era menos invasivo pero yo igual no quiero, he insistido en mantener mi ciclo como está y porque sé que no estoy mal hormonalmente y me he hecho exámenes que lo corroboran (Violeta, 18 años)

²⁰ El concepto de *bata blanca* hace referencia a la vestimenta típica del personal de salud, es la prenda típica que los distingue y que da cuenta de que estamos en presencia de alguien técnicamente calificado. La *bata blanca* simboliza una diferencia entre quien la porta y el/la paciente, diferencia que se expresa generalmente en una jerarquía que atribuye cierta posición mayor al/la médico portador de la bata, al ser referente de su validez técnica. Las incólumes *batas blancas* son el personaje que por excelencia controla campo de hegemonías codificadas que es la consulta médica, escenario caracterizado por las lógicas de relación desiguales e invisibilizadoras entre el portador de la bata y el/la paciente (Dides y Fernández, 2016).

Pese a encontrarse en un espacio de vulnerabilidad y a ser sometidas a actos de violencia, las entrevistadas no adquieren una posición de subyugación que las relegue a una condición de víctimas. No permiten que el discurso ginecológico neutralice su acción, y resisten a la coerción con estrategias cotidianas como la discusión, cambiar de médico, ignoran las recomendaciones, limitando la capacidad de incidencia del/la ginecólogo/a en la gestión de su reproducción y sexualidad. Algunas mujeres nos comentaron que debido a las malas experiencias y malos tratos recibidos, tienden a no asistir más a una consulta ginecológica, obviando un control desde la biomedicina.

Si bien estos actos no se enmarcan en lo que se consideraría típicamente como una “gran lucha política” –a modo de metarrelato-, si nos hablan de acciones de resistencia cotidiana que, desde la intimidad, subvierten el orden establecido en tanto cuestionan el significado de este orden en el espacio individual y relacional de la vida diaria (Scott, 2000; Burgwal, s.f).

En la lógica de las resistencias cotidianas detalladas por estas mujeres, el cuerpo es asumido como una entidad principal y protagónica, como lugar de acción desde el cual cuestionan los mandatos sociales que se han definido para los cuidados sexuales, rechazando las pastillas anticonceptivas como mediador en su propio cuerpo. En este sentido, las corporalidades de estas mujeres se comprenden como una forma de “estar” (Esteban, 2013) que resiste, que se opone al ordenamiento social que asume la medicalización a base de hormonas como forma única de cuidado. Esto último se torna relevante, ya que estas capacidades de resistencia no se definen solo por su oposición al mandato, sino que también por la posibilidad de generar formas otras de cuidado que se fundan en el actuar disidente de estas mujeres, tornándose una acción creativa (Abal, 2007).

Estas prácticas de resistencia adquieren sentido en el entendimiento de que la vida personal, lo íntimo, se comprende como una esfera de acción política; donde lo político no es una propiedad única de lo público (Parrondo, 2009). La intimidad, y en este caso en particular la que refiere a cómo cuidan su sexualidad, es efecto y espacio de condicionamiento de un contexto sociocultural, por lo que las prácticas de lo “personal” son producto y respuesta a lógicas de poder y de transformación.

El rechazo al consumo de anticonceptivas hormonales y las reacciones ante el discurso ginecológico son para estas mujeres actos políticos que tensionan relaciones de poder y mandatos culturales desde lo íntimo al dejar de tragar hormonas; pero sobre todo, al generar otras propuestas sobre la manera de vivir sus cuerpos, las que rompen con una forma y directriz de vida dispuesta según su condición de género que, hasta ahora, las localizaba meramente como sujetas pasivas.

II.2 La intimidad en resistencia: Vínculos sexo afectivos después de las hormonas.

“Empezar a ser más selectiva en cuanto a con quién se está, y tener en cuenta todo lo que involucro en el sexo”.

II.2.a Cuestionando el guion: Masculinidad hegemónica y puntos de fuga.

Los actos de resistencia cotidiana que llevan a cabo estas mujeres se expresaron en la negativa de hormonizar su cuerpo para gestionar un cuidado sexual, así como en el rechazo al discurso ginecológico que pretende rectificar esta conducta que se enmarca por fuera de la normalidad deseada. De igual manera pudimos identificar que existían otros actos de resistencia, referidos a las relaciones interpersonales que establecen estas mujeres, específicamente en aquellas relaciones sexuales y afectivas que se dan con hombres heterosexuales.

Todos estos actos se dan en la esfera de lo que se conoce como “intimidad”, aquel espacio personal que se define por su condición de ser único y propio de un individuo. Ahora bien, esta intimidad engloba una dimensión colectiva, la que refiere a las relaciones que mantenemos con otras personas y como esas relaciones nos constituyen. Asumiendo el postulado de que lo personal es político, las relaciones que vinculan a los sujetos son espacios donde se despliega el poder, por ende, zonas políticas potencialmente contestatarias.

Como establecimos en el primer capítulo, la trayectoria del consumo de anticonceptivos hormonales estuvo marcada por la presencia de un otro –hombre- quien fuera pareja de las jóvenes, con quien se inició una relación que asume las orientaciones de la heterosexualidad y la monogamia. Como señalamos, si bien estas parejas no se hicieron partícipes activamente de los cuidados sexuales, su presencia fue determinante en cuanto al inicio del consumo del fármaco y su persistencia en el tiempo, siendo las hormonas un elemento funcionalmente incorporado para evitar el embarazo en la relación. De alguna manera, esta tónica vuelve a incidir en la decisión que las mujeres toman al dejar de consumir pastillas, debido a que esta determinación se enmarca en un contexto de quiebre de estas relaciones monógamas y heterosexuales. De esta manera, un hallazgo que observamos en esta memoria es que el consumo de anticonceptivos se fusiona con el tipo de relación que se sostiene, más cuando se hace desde las lógicas heteronormadas²¹, donde el control de los cuerpos por la vía hormonal impone una forma de vivencia sexual y no solo una forma de prevención del embarazo.

²¹ El concepto de heteronorma refiere a una construcción social, económica y política por la cual se establece una ideología que posiciona las relaciones heterosexuales como el modelo y patrón a seguir, rechazando, negando y condenando todo sentir y prácticas no heterosexuales, estableciéndolas como lo anormal o lo otro (Moreno, 2016).

Todos los cambios y cuestionamientos que las mujeres han experimentado, han desencadenado en que ellas apelen por generar nuevos vínculos sexo afectivos heterosexuales. El fármaco ya no es aquel dispositivo que definía roles de cuidado para mujeres y hombres, y que encauza una determinada forma de desenvolver la sexualidad. La ausencia de las pastillas conlleva necesariamente un cambio en las dinámicas de cuidados sexuales, demandando ahora una participación activa del hombre en este cuidado. Es por ello que las participantes dan cuenta de una gama de repertorios y negociaciones que se gatillan en este nuevo contexto

Dentro de estas experiencias, hay muchos testimonios que se definen como negativos, con tensiones y conflictos evidentes. Al hacer explícito que ya no se consumen pastillas anticonceptivas muchos hombres reaccionan con sorpresa, e incluso con desprecio, preguntando cuál es el motivo de esta práctica, emergiendo como agente cuestionador de la decisión de las mujeres, al igual que los/as ginecólogos/as y algunas madres, acrecentando el coro reprobatorio. Muchos otros se niegan a usar preservativo como método de cuidado y por otra parte, están los casos en que los hombres deciden declinar del acto sexual y quebrar los vínculos con la persona.

En todas estas reacciones por parte de los hombres, podemos constatar como la mayoría asume que el cuidado sexual es una responsabilidad exclusiva de sus parejas mujeres y que los anticonceptivos hormonales son la única vía válida y correcta para el cuidado. Es por eso que el declinar la continuidad de esta normativa por parte de las mujeres, causa un rechazo evidente. Estas reacciones son el síntoma claro y muestran un actuar bajo el guion de género que se les ha inculcado desde temprana edad a hombres y mujeres. De esta manera, cuando se enfrentan a una desviación en la pauta de acción donde el bombardeo hormonal de los cuerpos de las mujeres ha sido la tónica de la regulación sexual y donde el cuidado masculino ha sido una evasión constante, el desacuerdo no se deja esperar y se hace patente como conflictos dentro de las relaciones.

Fue súper violento. Como que yo las dejé porque me sentía muy controlada por las pastillas, pero él había usado condón onda solo una vez en su vida, se frustraba mucho y que no quería usar (...) Tuvimos sexo sin condón y yo le dije que era una pésima idea, recién regulándome además, sin saber bien cuales eran mis días fértiles, había dejado las pastillas recién y me quedé embarazada po. Porque él no me hizo caso. Fue una mierda (Simona, 25 años).

Han sido ocasiones específicas, pero me dicen así como “ya, ¿y por qué?” y yo les digo “porque no tomo pastillas y porque no estoy ni ahí con quedar embarazada de ti”. Y ahí es como que entienden... pero de ahí igual me preguntan que por qué no tomo pastillas y yo les digo que porque no quiero, porque no me gustan, no quiero hacerlo y nadie me puede obligar a hacerlo (...) Y aunque es penca pasar por eso, me siento bien igual, porque me siento empoderada de mi decisión (Amanda, 24 años)

Me pasó varias veces que decía que no iba a tener sexo sin condón y los locos o no tenían y se indignaban, o salen con que se les va a bajar o cualquier cosa así y yo les decía que sorry entonces, que no iba a pasar. Hay reacciones muy del tipo de “ah ya, entonces ya no me gustas” ¿cachai? Me pasó más de una vez y entonces yo decía “ya, chao” (Simona, 25 años)

Es en estos relatos de experiencias negativas donde también se hace notar la violencia de algunas parejas sexuales frente a la negativa de estas mujeres de no consumir anticonceptivos hormonales.

El rechazo a usar preservativos por parte de algunos hombres nos habla de cómo se reproducen y refuerzan discursos dominantes respecto a la sexualidad, y que expresan la primacía del placer masculino por sobre el femenino, negando además la mutua responsabilidad en el cuidado. Este resguardo del goce varonil y de su escasa participación en los procesos de cuidado, son expresión de una forma de masculinidad dominante y hegemónica²². La defensa de esta expresión de la masculinidad reproduce y perpetúa desigualdades en la esfera de las responsabilidades reproductivas entre hombres y mujeres (Oudshoorn, 2003), desigualdades que se constituyen como base para la inferiorización de sujetos no masculinos; dinámica propia de la ostentación de la masculinidad hegemónica, relacionada con la voluntad de dominio y control²³.

A pesar de estas respuestas, estas mujeres no transan con respecto a la medicalización hormonal de sus cuerpos. Ellas rechazan esta expresión de la masculinidad hegemónica que cuestiona que no sigan una pauta de cuidados naturalizada como normal y deseada, por lo que implicó vivir, algunas veces, episodios que hoy en día resignifican como violentos. Esta violencia es parte de una estrategia de la masculinidad para encausar las prácticas que considera como desviada, para limitar las actitudes que desafían su primacía (Ramírez y Toro, 2002). Aun así, las mujeres resisten en sus nuevas formas de sobrellevar su cuidado y su sexualidad. En el caso de esta memoria, las participantes no deponen la decisión que están incorporando en sus vidas, y no permiten que otro les diga cómo tienen que hacerse cargo de su reproducción; persisten y resisten, dentro de sus posibilidades y en la esfera de su intimidad, en el espacio de su sexualidad, entendiendo que ese lugar antes expropiado de su acción y decisión, ahora no se transa ni se negocia, tienen una convicción más profunda de que no se retorna al lugar de la pasividad.

Las malas experiencias caracterizadas por el rechazo de los hombres a hacerse partícipe de la contracepción, contrastan con relatos en los que la pareja -sea estable u ocasional- se posiciona desde otro lugar, desde la disposición a participar activamente de la

²² Se entiende la masculinidad como categoría social, como una organización más o menos coherente de significados y normas que sintetiza una serie de discursos sociales que pretenden definir el término masculino del género. Es un producto del doble paradigma histórico pero naturalizado de la superioridad masculina y de la heterosexualidad (Bourdieu, 2000). Refiere a patrones de comportamiento e identidades masculinas, a su configuración, su continuidad y su transmisión. El término masculinidad hegemónica refiere a una manifestación predominante de masculinidad que, más allá de eso, queda definida como modelo social hegemónico que impone un modo particular de configuración de la subjetividad, la corporalidad y la posición existencial de los hombres, a la vez que inhibe la validación de otras masculinidades (Bonino, 2002)

²³ La masculinidad dominante se construye sobre la base de oposiciones que permiten la generación de relaciones de subordinación con los opuestos, y la perpetuación de esta dinámica es necesaria para que la masculinidad se reafirme y mantenga a sí misma. Estas desigualdades sostienen y perpetúan la legitimidad de la masculinidad, ubicando a los hombres en una posición relacional determinada ante las mujeres y demases sujetos no masculinos, posición que se asocia –entre otras cosas- a la capacidad de controlar situaciones y a los opuestos (Bonino, 2002).

responsabilidad en los cuidados sexuales. Vale decir, nos fue posible visualizar experiencias significadas como positivas que hablan de un acompañamiento y una disposición del otro, que nos acerca a la posibilidad de cuestionar ciertas bases de la masculinidad dominante y de encontrar ciertos puntos de fuga a este mandato:

Nunca he tenido problemas con alguien por no tomar pastillas y también digo abiertamente que no las tomo (Macarena, 27 años)

Yo le dije "oye, yo no tomo anticonceptivos y no voy a tomar", y él me dijo que estaba bien, que eso no importaba (Julieta, 21 años)

Esto se condice con lo propuesto por Bonino:

Existen otras masculinidades cuyo papel es pequeño hoy en día, pero están ahí. Son relevantes ya que definen una serie de variaciones y modificaciones de la masculinidad, pero que son periféricas, y que están siendo definidas más bien por líneas de fuga de la masculinidad hegemónica por el imperativo de nuevas ideologías de la igualdad y la intimidad (2002:5)

Como la posición hegemónica es siempre contestable, la masculinidad dominante se enfrenta también al cuestionamiento, al reto, a la impugnación y a las resistencias en su dominio; y las experiencias de estas mujeres con parejas que quieren hacerse responsables del cuidado sexual, son parte de un repertorio de contestación que se genera a partir del rechazo al guion de género –tanto femenino como masculino- que posiciona a las pastillas anticonceptivas como engranaje central naturalizado del vínculo heterosexual y de la medicalización de la vida.

Ahora, con buenas o malas experiencias en su repertorio, existe un consenso entre las participantes de esta memoria en cuanto a lo que ellas nombran como selectividad, la que se identifica como una táctica de cuidado en el espacio nunca más pensado como neutro, que implica la sexualidad compartida con otro.

11.2.b La sexualidad: territorio de negociaciones y de disputa.

Las participantes saben que la decisión de no tomar pastillas anticonceptivas las sitúa por fuera de la norma, entienden que es una práctica no generalizada en las mujeres, por lo que puede generar sorpresa, extrañamiento, disgusto o incluso violencias en algún vínculo sexo afectivo. Por esto –sumado a las malas experiencias de algunas-, las mujeres hablaron constantemente sobre selectividad al momento de establecer sus vínculos sexuales, emocionales y afectivos. Sea un encuentro único, esporádico o estable, concuerdan en que se han vuelto más sigilosas al momento de compartir sexualmente con alguien. Se resguardan y eligen no exponerse a cualquier persona que pudiera cuestionarlas o pasarlas a llevar, por lo que se relacionan con hombres con los que se sienten seguras, o que piensan que podrán entender su decisión. La selectividad se vuelve una estrategia contra la violencia en el terreno de la sexualidad, y también una trinchera

para el cuidado físico y emocional de sí mismas. En este sentido, hacerse cargo de su cuerpo y su fertilidad ha conllevado para ellas encargarse activamente de con quién se relacionan, cómo lo hacen, dónde, etc.

Es como empezar a ser más selectiva en cuanto a con quién se está, como tener en cuenta no solo lo físico sino que también todo lo emocional que tiene metido también en sexo (...) Hay que hacerse cargo, y en el hacerse cargo también hay que ver como eso te repercute emocionalmente. Y eso tiene hartito que ver con el ser responsable y estar con gente que respete el ser responsable contigo. Yo siento que tiene mucho que ver con el autocuidado (Simona, 25 años).

Yo siento que es algo muy íntimo y cualquier persona que se oponga como que hay que mandarlo a la mierda (...) porque una tiene otras formas de relacionarse también y que no están en la razón de esa lógica de tomar pastillas porque en cualquier momento en este ritmo me doy cuenta que puedo quedar embarazada (...) también va en la consciencia de lo que uno hace, de cómo uno se relaciona y de hacerse cargo de eso (Macarena, 27 años)

Y el hacerse cargo de ti misma nos habla de las relaciones que tenemos y eso también tiene que ver con la ginecología po, entonces... ¿con quién me relaciono? ¿Por qué me relaciono? ¿Qué estoy buscando? ¿Es romántico? ¿Quiero que sea romántico? ¿Por qué es romántico? ¿Quién me enseñó a que fuera romántico? Como que te empiezas a plantear demasiadas cosas muy amplias, pero que en mi caso igual se relacionan con ese sentirse empoderada, con entender todo ese tipo de relaciones que uno lleva y aprender a experimentar el amor y el sexo desde otros puntos de vista (Alba, 24 años)

En la decisión de dejar las pastillas las mujeres encarnan que la medicalización que han vivido de sus cuerpos y sexualidades, es una forma de control que adquiere el mandato de género hormonal como vehículo de canalización del poder. Comienzan a comprender que la sexualidad se despliega como una red de placeres e intercambios corporales discursivamente construida y regulada, producida mediante prohibiciones y sanciones que dan forma y dirigen el placer y las sensaciones. La sexualidad no es solo un encuentro físico entre sujetos, es un régimen, un escenario en el que se toman los cuerpos y se despliegan en ellos el poder (Butler, 1995), es un dispositivo disciplinar y de administración corporal sobre la base de técnicas biopolíticas de control de poblaciones. La sexualidad se relaciona tanto con el disciplinamiento del cuerpo –en tanto que domesticación, intensificación y distribución de sus fuerzas- y con la regulación de la población, el sexo nos habla de la vida del cuerpo y de la vida de la especie (Foucault, 2007).

Entendiendo la sexualidad desde esta perspectiva, se comprende como un fenómeno que está lejos de definirse como una dinámica neutra y aislada en la esfera de la intimidad. La sexualidad humana es un espacio de control, una red donde se entrecruzan poderes, un territorio significado socialmente por los sujetos que en esta vinculación se asocian, a la vez que condicionado por elementos estructurales y disciplinares. En el caso de las mujeres que participaron en esta memoria, su sexualidad se vivió, durante muchos años, bajo el régimen de la tecnología hormonal, siendo los fármacos los que dirigen ciertas dinámicas que se dan entre los sujetos, construyendo formas de cuidado, aprendizajes en torno al

sexo, articulando identidades y corporalidades en función del guion de género que las pastillas anticonceptivas imprimieron en el cuerpo de las mujeres, como técnica anatomopolítica²⁴ de control poblacional.

Ahora, al dejar de consumir las pastillas, estas mujeres desisten de este elemento del guion de feminidad que les ha sido inculcado y sobre el al que han vivido todas –o la mayoría- de sus experiencias sexuales. Dan un paso fuera del régimen, por lo que saben que se exponen –o han estado expuestas- a cuestionamientos e incluso a violencias. Frente a esto, deciden *hacerse cargo* de su sexualidad. En el discurso de *hacerse cargo* se asume – implícita o explícitamente- la condición de no neutralidad de su vida sexual, lo que demanda generar estrategias para el autocuidado dentro de esta esfera. El sexo es placer, pero a la vez es un espacio de exposición dentro de la intimidad, frente a lo que hay que tener en cuenta ciertos elementos para cuidarse. El sexo se comienza a vivir en su dimensión política, posibilitando vivirlo en función de decisiones que han tomado para su bienestar, posicionando estas decisiones como elementos esenciales y no transables al momento de relacionarse con alguien. Lo personal es político, por lo que cómo y con quién tengo sexo se torna una de las prácticas más políticas. Las mujeres deciden que no se relacionarán sexualmente con personas que no respeten su rechazo a tomar pastillas anticonceptivas, porque han definido límites en cuando a su sexualidad y cómo quieren vivirla. Así, conscientes del discurso social que hay en torno a las pastillas y a su rechazo, se atrincheran en su sexualidad para resguardarse y construir esta esfera de su vida como un espacio seguro.

La construcción de este espacio seguro se asienta en la radicalidad de no habilitar el acceso a nadie que no respete los lineamientos básicos que han definido para su bienestar, generando su propia e íntima acción política en la práctica sexual. La consecuencia es obvia: la negación a involucrarse con hombres que pretendan imponer el guion de género hegemónico de contracepción que ha sostenido una dualidad de lo femenino y masculino en el cuidado.

Estas mujeres evidentemente no desconocen que la sexualidad es una práctica que involucra sujetos, y que por lo mismo implica negociaciones sexuales²⁵. Pero lo que ocurre es que la sexualidad ha ido adquiriendo un rol cada vez más relevante en la construcción

²⁴ Desde el pensamiento de Foucault, la anatomopolítica es una de las formas principales –junto con la biopolítica- a partir de las cuales se desarrolla y despliega el biopoder. La anatomopolítica hace referencia al disciplinamiento del cuerpo humano en su dimensión de especie, en función del control de la población mediante diferentes dispositivos reguladores (Foucault, 1988).

²⁵ La noción de negociación sexual refiere a todas las decisiones relativas a las condiciones del contexto del encuentro sexual (dónde, cuándo, cómo, con quién, etc). La negociación sexual engloba las formas de planificación familiar y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS). Se entiende como una comunicación interpersonal que toma parte durante un encuentro sexual, para influenciar lo que ocurre en ese encuentro en términos de las necesidades y deseos de las personas involucradas. . La negociación sexual no se reduce solo al momento del encuentro amoroso-sexual, ya que se delimita y significa también en las interacciones diarias que constituyen la dinámica de la pareja, sea esta estable u ocasional. En esta negociación sería posible evidenciar roles o modelos de género y de sexualidad latentes en las relaciones, y en la cultura particular (CONASIDA, 2000).

de la identidad personal, tendiendo a transformar la lógica de establecer parejas sobre la base del amor romántico, intentando generar relaciones basadas en la igualdad sexual y emocional, por lo que crecientemente se torna un territorio de negociaciones de los intereses individuales. Esto incorpora la autonomía femenina y el derecho de las mujeres para decidir acerca de su sexualidad, lo que incluye las decisiones que ellas toman en cuanto a su reproducción y la contracepción (Palma, 2006; Dides y Fernández, 2016). Ahora bien, este ideal tiende a chocar con estructuras tradicionales que se perpetúan en los vínculos de pareja, configurando las relaciones sexo afectivas como espacios sometidos a posibles conflictos que tensionen las distancias entre el ideal y la praxis; sobre todo teniendo en cuenta que las estructuras de desigualdad en el ámbito emocional y sexual siguen perpetuándose (Carmona, 2011).

Por lo mismo es que la sexualidad comienza a ser vivida y significada como una trinchera en la cual poner a discutir las líneas básicas de bienestar que han definido las sujetas. De ahí que la lógica de la selectividad es crucial, porque evita vincularse con personas que las sometan a juicios y cuestionamientos constantes por asumir la decisión de rechazar el cuidado hormonal. Ahora bien, en los casos en los que las participantes dejan de tomar pastillas durante una relación estable, la negociación sexual de la contracepción se torna central, pero se evidencia que en ningún caso incluye transar la decisión, sino que se realiza como un acto de comunicación y transparencia que a la vez pone a prueba la dinámica de la pareja:

Claramente antes de dejar de tomarlas, como he estado en pareja, he dicho que las voy a dejar y antes de dejarlas lo converso con mi pareja, porque no puedo dejar de tomarlas sin avisar o sin decir, porque obviamente es algo entre los dos lo del cuidado, que empiezan otros métodos y que la sexualidad no puede ser en cualquier momento y eso obviamente se tiene que respetar, entendiéndolo que no quiero ser madre todavía (...) eso va a modificar si o si la relación que tú tienes con otra pareja, tienes que hablarlo... y eso te va abriendo otros caminos y así vas haciendo y armando tu vida, tu intimidad, tu forma de relacionarte... y es como eso, son pequeñas acciones que vamos haciendo y que nos van abriendo un camino de empoderamiento (Macarena, 27 años)

Sentía que antes era una comodidad más para la otra persona, para el hombre con el que ese momento estuviera teniendo sexo (...). Entonces ha sido como un re enfoque en todo sentido, como desde el cotidiano hasta el sexo, hasta como cuidarte, con qué cosas ¿cachái? (Simona, 25 años)

Existe entonces un cambio de sentido en los elementos que se definen como importantes al momento de establecer una relación sexo afectiva, los que se configuran como una base para los vínculos con otro y como estrategia para el propio bienestar, asegurando una dinámica de cuidado y bienestar mutuo.

II.3 El cuerpo como trinchera: Estrategias de cuidados sexuales y reproductivos después de las hormonas.

“Mi cuerpo es mi materialización, yo soy lo que es mi cuerpo”

Necesariamente, dejar las pastillas anticonceptivas demanda articular nuevas pautas y estrategias de contracepción, las que a su vez se encuentran en la línea del cuidado mayor en el que las mujeres están habitando su cuerpo y viviendo su cotidianeidad. En este sentido, rechazar el guion de las hormonas implicó generar un nuevo imaginario con respecto al cuidado sexual, y a la salud sexual y reproductiva en general, las que 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.

II.3.a Métodos de contracepción no hormonales: Tecnología, ciclos y flujos.

Dentro de estas estrategias se encuentra toda la gama de acciones, prácticas y técnicas que refieren al proceso de contracepción misma, que son generadas para suplir el alimento hormonal que durante años se encargó de evitar un embarazo no deseado. En este sentido, se encuentran diferentes vías, pero todas se caracterizan por sustentarse en un estudio del ciclo particular de cada mujer, y en una posterior sistematización de esta información para contar con generalidades que ayuden a definir pautas de comportamiento sexual en torno a los resultados del estudio de sí mismas, con el norte de mantener una vida sexual que se disfrute sin el temor del embarazo no deseado.

Es así que destaca la presencia del método del calendario, en el que se registran los días de menstruación y se estiman los días fértiles y los no fértiles, lo que le otorga a estas mujeres una temporalidad personal que implica saber en qué momento mantener relaciones sexuales con menor riesgo. Además, en este estudio y registro de los ciclos menstruales fue común escuchar la referencia a aplicaciones digitales, las que ayudan a documentar los síntomas y momentos del ciclo, a la vez que cumplen el rol de recordar estos periodos (próximas menstruaciones, días fértiles, etc). Estas aplicaciones denotan como las demandas femeninas han sido construidas y posicionadas en plataformas digitales que entregan información sobre salud sexual y reproductiva, que ahora son masivas y gratuitas.

Empezar a hacer esta cuestión de la aplicación que es súper bacán, como darte cuenta de que estás ovulando o que estás en tal o tal parte (Ana, 21 años)

Tengo una aplicación en el celular que es como de calendario, entonces tú ingresas el día que empieza tu menstruación y el día en que terminó y ahí te calcula como el periodo fértil y cuando te va a llegar otra vez. Y aparte de eso, igual de repente se corre como un poco cachai, y ahí yo voy mirando mi flujo no más po, solo con eso. Igual es notorio porque cuando

estoy fértil igual me duele el útero... siento que estoy fértil. Mi flujo es como una clara de huevo cuando estoy fértil y cuando no estoy fértil es como blanco (Amanda, 24 años).

Tengo una aplicación en el celular, pero tampoco me confío cien por ciento de ella, entonces he tratado de ir conociendo mi flujo igual. Como que me he dado cuenta que muchas veces me dice que son mis días fértiles, pero en verdad son dos días antes o dos días después y me doy cuenta por cómo está el flujo. Y eso ha sido bacán, darme cuenta que en verdad puedo reconocer eso en mi flujo. Porque en verdad al principio cuando me lo decían yo quedaba como... está difícil saber eso, no se ah (Simona, 25 años).

Con el uso de la aplicación del celular, donde registro cada vez que me llega la regla, lo registro y después como que hace un cálculo, según cuanto me dura mi ciclo menstrual y también te permite como ir anotando los cambios que tú vas teniendo como con tu cuerpo y te avisa como si estas en tus días más fértiles, que es posible que quedes embarazada, y además con uso de preservativo (Alba, 24 años)

Se vuelve interesante pensar la gestión de la reproducción de estas mujeres sobre la base de la aplicación del celular, bajo la metáfora del cuerpo ciborg propuesto por Haraway (1984). Estas mujeres dejan de consumir pastillas anticonceptivas porque rechazan la intervención hormonal de sus cuerpos, porque los sienten alterados, deprimidos, transformados y controlados por un agente externo que se materializa en las píldoras. En este rechazo existe también el afán de –como ellas mismas enuncian- re conectar con su cuerpo a través del conocimiento y gestión autónoma de sus procesos fértiles y reproductivos. Ahora, en este proceso se introducen elementos como programas digitales, propios de la modernidad y del avance tecnológico, como complemento a otras estrategias de cuidado sexual. Las aplicaciones contienen información detallada de cada ciclo fértil de las mujeres, las fechas de sus menstruaciones, los síntomas que expresan, entre otras; sustentadas en esto, realizan una propuesta de patrón particular para cada mujer: Tus días fértiles serán en esta fecha, tu próxima menstruación tendrá lugar en estos días, la duración de tu ciclo es de... A su vez, esta propuesta condiciona en algún nivel los comportamientos sexuales que tendrán las mujeres, quienes organizarán o dispondrán su actividad sexual sobre la base de lo que la aplicación les recomienda.

Lo que se constata es la emergencia y confianza en la presencia de un aparato tecnológico que está cumpliendo un rol activo en la gestión de la reproducción y la vida sexual de las mujeres. Ahora, a pesar de la valoración positiva y la seguridad que estas mujeres depositan en las aplicaciones, ellas dan cuenta que el formato digital no es capaz de predecir ni anticipar las particularidades de cada una, y de cada ciclo menstrual en específico. Por lo cual saben que no existe una receta generalizable a todas las mujeres, ni siquiera a su cuerpo en específico, por lo que la aplicación se vuelve una estrategia complementaria al estudio de los propios cuerpos y sus procesos fértiles asociados. Es decir, saben que estos son conocimientos que se deben ajustar y reacomodar a su propia experiencia.

Esta nueva forma de vivir la sexualidad hace que un nuevo lugar aparezca para los dispositivos tecnológicos en el cálculo de los procesos fisiológicos, y en este caso particular,

de los requerimientos de las mujeres que se manifiestan en la administración de la sexualidad y el cuidado de la reproducción. Por ello, los cuerpos de las mujeres y su actividad sexual continúan desplegándose en la lógica de la hibridación, que entiende al cuerpo como una quimera fabricada en la articulación de lo mecánico con lo orgánico (Haraway, 1984), un híbrido que nos aleja de la visión esencialista de la materialidad corporal, que piensa en la posibilidad de un cuerpo prístino libre de la acción de la tecnología, o de agentes externos. Lo que se evidencia es un desplazamiento de tecnologías, moviéndose del consumo de pastillas anticonceptivas hacia el uso de una aplicación, que si bien es un dispositivo tecnológico, no se relaciona con la mujer como nutriente cotidiano de la medicalización.

No obstante, entender el cuerpo como materialidad no pura, sino que como construcción moldeable, permite habitar la corporalidad en su infinidad de posibilidades de ser y hacer por fuera de los límites establecidos; porque si bien el cuerpo es producto del poder, su condición híbrida lo asume como un espacio de tensión entre este poder y lo imaginario, posicionando la transformación como acción política de transgresión sobre y desde el cuerpo (Haraway, 1984). En la experiencia de las mujeres podemos ver como su cuerpo, y en especial la dimensión sexual de éste, se encuentra gestionado desde esta condición híbrida, pero también ellas ponen límites a la incidencia de la aplicación. Como se detalló anteriormente, saben que la digitalización de su información menstrual no logra contemplar todos los matices de su vivencia, por lo que su acción está guiada por la máquina hasta cierto punto, utilizando la tecnología para su beneficio y descartando su agencia en ciertas ocasiones. En este descarte, vuelven su atención a sus características corporales para organizar su actividad sexual de forma cuidadosa, siendo uno de los elementos de más relevancia el flujo vaginal, el que posee determinadas características según el momento del ciclo y el estado fértil de la mujer, dando pautas para los comportamientos sexuales que se complementan a las generadas por la aplicación.

Otro tipo de estrategias de cuidado aparecen, las que se relacionan con la actividad sexual en sí misma. Las mujeres comienzan a implementar otras dinámicas y prácticas que reduzcan el riesgo del embarazo no deseado, aportando a una contracepción más eficiente. Dentro de estas prácticas se detalla con frecuencia la disminución u omisión del sexo penetrativo. Esta práctica nos habla de nuevas formas de relacionarse sexualmente con la pareja, donde la penetración no es el fin del encuentro sino que se reorienta la expectativa, abriendo la puerta a otras formas de disfrutar de la sexualidad que pueden ser menos centrada en la figura del falo y en el exclusivo placer masculino, desplegando el goce en otras dimensiones.

Esta exploración e innovación en la dinámica sexual se define tanto por el rechazo al consumo de pastillas anticonceptivas, que demanda una reorganización de la sexualidad como estrategia para la contracepción, como también por un contexto mayor de transformaciones en la forma de vivir la sexualidad de la población, especialmente en la porción joven y de clase media, que tienen un mayor acceso a información producto del contexto sociocultural moderno (Palma, 2006; Barrientos, 2006; Benavente y Vergara, 2006). En nuestro país estos cambios se relacionan principalmente con un cuestionamiento a las estructuras tradicionales a la que los individuos se adscriben típicamente, lo que se

hace latente en las estructuras tradicionales que daban sentido a la vida sexual y que organizan las prácticas sexuales en sí mismas. La sexualidad comienza a ser comprendida como esfera de la vida que puede ser significada desde el sujeto y lo que es significativo para éste, los sujetos organizan su sexualidad en función de lo que les genera un sentido en su experiencia e intimidad, evidenciando también una ampliación del repertorio de prácticas sexuales (Palma, 2006).

Para las mujeres en particular, la vida sexual ya no se asocia mayoritariamente al matrimonio o al amor –en tanto “entrega” hacia el otro-, sino que va cobrando fuerza la idea del deseo y la curiosidad en las mujeres y en sus motivaciones para iniciar su vida sexual, teniendo lugar la idea de autonomía respecto a su capacidad de elegir vivir una sexualidad acorde a sus inquietudes particulares (Molina, 2016), por lo que cómo y de qué manera vivir la sexualidad se torna relevante. Los discursos feministas han permitido, por ejemplo, desarticular el imaginario del goce exclusivamente centrado en la eyaculación masculina sobre la base de una actividad sexual penetrativa que olvida al cuerpo de la mujer y su placer. Las mujeres comienzan a poner en valor aquello que les ha sido renegado y excluido en su sexualidad (Erpel, 2015).

Pero retomemos con algunas de las estrategias que detallan las participantes de nuestra exploración, para entender cómo se despliega un enorme abanico de posibilidades que antes solo estaban reducidas al consumo hormonal. Estos métodos son herramientas que las mujeres adoptan para lograr comprender de mejor manera sus ciclos y a ellas mismas, para avanzar hacia un cuidado sexual que se alinee con su idea de bienestar.

Los baños de vapor, conocer tu flujo, conocer tu ciclo, es súper importante y todo eso se deja de lado con las pastillas anticonceptivas (Amanda, 24 años)

Tengo que hacer otras cosas para ir regulando el ciclo, como hacer ejercicio, alimentarme mejor y todo ese tipo de cosas, es ir cachando también que va pasando con mi cuerpo (Rosa, 29 años)

Uso el método de control de la fertilidad. Tengo que usar realmente el condón para respetar mi cuerpo y mi sexualidad para vivirla de una manera sana y responsable (...) si es el camino que quiero tomar tengo que comprometerme con eso. El método es el calendario... yo anoto las fases de la luna, la fecha, el día de mi ciclo, el flujo, la menstruación y si es que hay coágulos, el color que tiene, el olor que tiene, el color y olor de mi flujo, la textura y su sabor, la dureza y sensibilidad de las pechugas, la altura y dureza del cérvix, antes tenía un espéculo y revisaba si la oz está más abierta o más cerrada, las emociones, las relaciones sexuales y la energía sexual (Violeta, 18 años)

Entonces esa es como mi única como forma de cuidarme ¿cachai? Las plantas, el calendario y el condón. Pero todo gracias al puro autoconocimiento, conocerse. Porque si no, no mucho podría hacer, todo sería muy confuso (Julieta, 21 años)

A pesar de que existe un repertorio variado de métodos, prácticas y quehaceres que se generan para sortear la ausencia de las pastillas anticonceptivas, es posible dar cuenta que todos estos funcionan bajo la lógica del autoconocimiento de sus propios cuerpos y en

especial de los flujos. Lo anterior implica dedicación, estudio y en definitiva, es un saber que se va consolidando con el tiempo y la práctica. Para estas mujeres, dejar de consumir hormonas para gestionar su reproducción no solo significa dejar de tragar una píldora, sino que es un hecho que inicia un proceso de conocimiento del propio cuerpo una vez fuera de la lógica del ritual-rutina hormonal, un proceso de identificación de sus momentos, fases, señales y síntomas, con el norte de mantener hábitos para administrar una contracepción eficiente sin la necesidad del consumo de la pastilla. Este proceso se enmarca también en un momento mayor en sus vidas, en los que vuelven su atención hacia el discurso del cuidado entendido como bandera de lucha para un bienestar. Con todo esto, lo descrito por estas mujeres debe considerarse como un proceso que no puede llevarse a cabo de manera óptima si no se estudia sobre sí mismas, viéndose ante la necesidad y el interés de aprender a traducir y significar su propio lenguaje corporal.

II.3.b Conocimiento de sí, poder de sí: Estrategia de autocuidado feminista en el cuerpo-territorio

Se identifica el autocuidado como discurso y estrategia principal tanto para gestionar una contracepción eficiente, como para llevar una vida sexual en la que se sientan cómodas y en un disfrute. Según Foucault (1994) el cuidado de sí se fundamenta en el anhelo de establecer una relación consigo mismo, en la que sus acciones devengan en un consiguiente bienestar, por lo que este cuidado requiere no solo de un discurso, sino que también de ciertas prácticas mediante las que se articulará esta relación. En este sentido, el cuidado de sí es una práctica permanente en la vida, cuyo fin es asegurar el ejercicio continuo de la libertad; y si bien el cuidado de sí se dirige a la subjetividad de la persona, demanda envolver al cuerpo en diversos detalles para llegar a su cometido. Garcés y Giraldo (2013) caracterizan el pensamiento de Foucault sobre el cuidado de sí de la siguiente manera:

Destaca Foucault que el cuidado de sí abarca tres aspectos fundamentales: en primer lugar, es una actitud con respecto a sí mismo, con respecto a los otros y con respecto al mundo. En segundo lugar, es una manera determinada de atención, de mirada. Preocuparse por sí mismo implica convertir la mirada y llevarla del exterior al interior; implica cierta manera de prestar atención a lo que se piensa a lo que sucede en el pensamiento. En tercer lugar, la noción de cuidado de sí designa una serie de acciones, acciones que uno ejerce sobre sí mismo, acciones por las cuales uno se hace cargo de sí mismo, se transforma y se transfigura (...) Preocuparse por uno mismo significa una forma de dirigir la mirada: desplazarla desde el exterior, desde el mundo, desde las cosas, desde los otros, hacia uno mismo. Es una mirada sobre la práctica de la subjetividad (Garcés y Giraldo, 2013:4).

En las experiencias de las participantes se hace posible reconocer estos aspectos, los que componen las directrices de sus estrategias de cuidado después de dejar los anticonceptivos hormonales. Las participantes se sitúan a sí mismas desde un nuevo lugar central, el cuerpo y sus procesos, para generar pautas de comportamiento sexual y de

interacción con los/as otros/as. En sus propias palabras, y como fue detallado en el acápite anterior, este cuidado de sí ha significado un nuevo posicionamiento del sentido que se caracteriza por hacer énfasis en ellas mismas y en su bienestar, en sus límites al momento de relacionarse con otros/as, en los métodos de contracepción que les hagan sentir cómodas, en llevar una vida sexual acorde a sus reflexiones y sentimientos, y no que se realice exclusivamente para un confort ajeno. Y por último, porque en sus relatos demuestran la realización de una serie de prácticas y estrategias que están ejerciendo sobre sí mismas y su realidad, para *hacerse cargo* de su bienestar de forma consecuente.

Foucault (1994) afirma que uno no puede ocuparse de sí mismo sin conocerse. El cuidado de sí es, necesariamente, el conocimiento de sí; es la relación que se establece entre una práctica y un saber, y el sujeto, el vínculo entre el conocimiento y la acción, como principio para lograr el cuidado. Esto es también reflejado en las experiencias de las participantes, ya que sus estrategias y prácticas de cuidado de sí, emanan de un proceso exhaustivo y constante de investigación en materias de sexualidad y reproducción, lo que implicó un estudio detallado de sus propios procesos fisiológicos y sentires en estos ámbitos, ya que dan cuenta de la imposibilidad de realizar pautas universales para todas las mujeres, y que cada una debe ser aplicada al caso específico de cada cuerpo. Se vuelve interesante notar que este proceso de estudio se sitúa desde la base de la desinformación producto de la educación sexual deficiente o nula, por lo que se generan investigaciones que contrarresten este proceso, que resistan a la ignorancia impuesta, y que se levantan desde la autogestión de las mujeres. Esto quiere decir que el proceso de conocimiento no está fomentado ni apoyado por algún tipo de organismo mayor o institución, no hay algo o alguien que las eduque, sino que viene desde su única decisión por conocerse y, junto con esto, armar nuevas formas de cuidado que les permitan vivir su sexualidad sin miedo a embarazarse, ahora que ya no están bajo el amparo de las hormonas, vivir una sexualidad en bienestar.

He aprendido mucho, como de la mucosa y cosas así, me he dado cuenta que he aprendido y ha sido puro leyendo cosas, ni siquiera como dedicándome profundamente, solo como estando más pendiente (...) Y pienso leer ese libro de ginecología natural. Siento que es muy importante conocerlo (Simona, 25 años)

Tuve que aprender otras formas de cuidarme. Lo primero que me compre fue un libro de hierbas, empecé a ver y a investigar para que servía cada una (...) después empecé a ver que cada hierba hace su trabajo. También he estado más conectada con mi sangre, conociéndola, y conociéndome a mí también (Pamela, 29 años)

Me compré un libro muy bueno de ginecología natural, es maravilloso (...) Es tanta información que tienes que tenerlo a mano para cualquier cosa que necesites. Es como "ah, me pasa esto" y veo el libro y ya sé que hacer. Eso a mí me ha ayudado mucho con respecto a, no se po, de repente lo de los mocos cervicales y ver si estás ovulando o no, no es solo cosas del calendario también son cosas que una ve (...) Entonces ahí te vas conociendo y el libro te da una estructura como para que tu vayas autoformándote en este conocimiento y en nuestra propia colonización del cuerpo (Julieta, 21 años)

En este proceso de conocimiento como estrategia para el cuidado de sí, resalta la dimensión colectiva del aprendizaje, la que se caracteriza por la presencia de otras mujeres que contribuyen a este ilustrarse mediante la socialización de la información y la experiencia compartida. Estas mujeres, generalmente pares de edades jóvenes y/o amigas, generan espacios de encuentro en los que ponen a circular la información y las experiencias que cada una ha adquirido.

Una amiga que era más grande y que nunca había tomado pastillas, me explicó todo lo del moco cervical, lo del período fértil, lo del calendario. Si yo no tenía idea, una vez me pasaron eso en el colegio pero muy así a la ligera. Y ella me explicó así todo todo todo. E igual después estuve leyendo po, buscaba en internet y como que leía. Y ahí caché como era lo del período fértil (Amanda, 24 años)

Eso lo aprendí con mi amiga que me ayudó a tomar la decisión de dejar las pastillas. También yendo a talleres, buscando información en internet, recomendando cosas con amigas, leyendo el manual de ginecología natural, con fanzines... (Violeta, 18 años)

Tomé talleres de ginecología natural, los que he podido que han sido gratuitos la mayoría de las veces, que son impartidos por mujeres para mujeres, y donde he aprendido tanto de ginecología natural como de aborto, qué hacer, como ayudar a la compañera cuando está en una situación compleja, y ahí una se va nutriendo po (Alba, 24 años)

Yo hoy día siento que, para mí, son las mujeres las que me van educando. He querido también conectarme con las antepasadas. Como que siento que puedo tener más información de mí y de otras mujeres que de un ginecólogo cualquiera, porque yo sé que no voy a encontrar a ningún ginecólogo que me hable de ginecología natural (Josefa, 28 años)

Fui a talleres de ginecología natural, con una chica que sabe mucho. Y esos talleres me ayudaron mucho. Bueno y ella ahí lo relaciona mucho con el feminismo también (Pamela, 29 años)

Las mujeres se encuentran asociándose en torno a un diagnóstico y una decisión: dejar de tomar pastillas; y ahora esta asociación se traduce en la gestión de un tejido social articulado como estrategia para dismantelar la estructura de la desinformación a partir de la colectivización de los saberes y las experiencias. Así, las participantes prescindieron de la figura del médico/a para generar nuevos repertorios de cuidados, apoyándose en el aprendizaje compartido por sujetas que se posicionan de forma similar a ellas, y que están por fuera del tecnicismo del sistema biomédico. Esta asociación se da de diferentes formas, y pudo expresarse en el compartir experiencias en el espacio de intimidad con las amigas, en recurrir a otras mujeres mediante plataformas virtuales, como también en instancias autoconvocadas como talleres de ginecología. En los relatos de las participantes, estos talleres se caracterizan por ser espacios de reunión con otras mujeres que han dejado de consumir anticonceptivos hormonales –o quieren dejar de hacerlo-, los que generalmente son impartidos por otra mujer que ha estudiado y sistematizado estrategias de cuidado otras, por fuera de las hormonas y de cualquier tipo de fármaco, en general. Los talleres se vuelven espacios relevantes para las mujeres que han participado en ellos, ya que les han permitido acceder a una red de información importante, así como también les permitió

conocer a otras pares que viven procesos similares a los de ellas mismas, dándose cuenta que su decisión no es aislada, sino que es parte de una dinámica aparentemente creciente entre las jóvenes.

Todo lo anterior, nos recuerda una de las estrategias más ancestrales de las mujeres para resistir a las estructuras de poder patriarcales que las oprimen, lo que hoy en día llamamos sororidad. Este concepto ha tenido presencia masiva en el discurso actual de las movilizaciones políticas feministas, siendo una reafirmación de dinámicas que las mujeres han realizado por años para sortear su vida: asociarse para transmitir sus conocimientos y tejer redes de apoyo. Los talleres y encuentros de ginecología no hegemónica vienen a ser el formato contemporáneo de lo que las ancestras –madres, abuelas y así- hacían en espacios como la cocina o los tejidos: buscar espacios seguros y solo de mujeres –separatistas- para vincularse entre pares, para encontrarse unas a otras y apoyarse, para transmitir saberes, consejos, datos con los que afrontar su existencia en el mundo:

Qué sería de las mujeres sin el aliento y el apoyo de las otras en situaciones de crisis, que son tantas. No habríamos sobrevivido a los avatares de la vida sin otras mujeres conocidas y desconocidas, próximas o distantes en el tiempo y en la tierra (...) Qué habría sido de las mujeres en el patriarcado sin el entramado de mujeres alrededor, a un lado, atrás de una, adelante, guiando el camino, aguantando juntas. ¿Qué sería de nosotras sin nuestras amigas? ¿Qué sería de las mujeres sin el amor de las mujeres? (Lagarde, 2006:4).

Bajo esa misma figura, se vuelve importante advertir una información relevante otorgada en esta investigación, y que se relaciona con este tipo de construcción de espacios y dinámicas que apuestan por una colectividad política de corrientes feministas.

En esta memoria participaron un total de once mujeres jóvenes -entre 18 y 29 años-, habitantes de diferentes lugares de Santiago, dedicadas a diversidad de ocupaciones y con una serie de gustos y aspiraciones distintas. Con esto y todo, solo una de las participantes no se definió a sí misma como activista feminista, debido a que no militaba en ninguna asociación de esta índole o no se sentía lo suficientemente introducida teóricamente en el tema, aunque a pesar de esto, se definía afín con el feminismo y enunció la intención de conocer más del tema. Las otras diez mujeres se identifican abiertamente con el feminismo, considerándolo como un elemento relevante en sus vidas, como un organizador de la experiencia.

Para estas mujeres, el feminismo se entiende como un discurso de emancipación de ellas y de las personas, y con la articulación de diferentes estrategias y prácticas que aporten a este proceso de liberación en un contexto de violencia naturalizada hacia las mujeres y otros cuerpos. En este sentido, una de las acciones feministas que fue más recurrentemente mencionada, tiene que ver con la asociación con otras mujeres con el fin de generar espacios seguros donde refugiarse y compartir experiencias, donde lo relacionado con la vida y salud sexual, y las reflexiones sobre las pastillas anticonceptivas y la medicalización de sus cuerpos fueron contenidos cruciales.

Más que nada hablábamos de los cambios que sentíamos, compartíamos como esas experiencias. Como de decir “oye, me llegó la regla y me duró mucho menos que cuando tomaba pastillas” o “me llega de otro color”, como que esas cosas íbamos compartiendo y conversando igual, porque estábamos como todas en la misma igual. Nos apañábamos caleta. Para mí eso es sororidad y tiene directa relación con el feminismo (Amanda, 24 años)

Es bacán igual, yo siento que también es un acto político. Es el conversar esas cosas y dejar de que esté invisibilizando y tapado y escondido y como hacer como si no existiese. Ha sido un proceso en conjunto (...) Ha sido bacán apañarnos y llorar eso y rabiar con eso y al final ser más selectiva y ser conjuntamente más selectiva ¿cachai? Entonces ha sido un apañe así muy bacán con las cabras (Simona, 25 años)

Como que siento que la sexualidad femenina está tan escondida, tan oprimida, que poder compartimos cosas entre nosotras... que cuando a una no le llega o que a una se le rompió el condón, que te sientes sola y varada en la nada... es bacán que hayan cabras que te apañen o que te ayuden a buscar una solución (...) para mí eso se relaciona con el feminismo, primero que nada con la sororidad. Apañándonos entre nosotras y cuidándonos sexualmente (Violeta, 18 años)

Son las mismas participantes las que dan cuenta de esta asociación como un pacto, y significan los espacios de interacción entre mujeres como escenarios políticos en los que prima el feminismo, cristalizado en la dinámica de la sororidad. Para ellas, esta vinculación es acción feminista en tanto acopla experiencias y socializa saberes de forma horizontal, con el fin de emancipar a las mujeres en este aspecto de sus vidas que tiene que ver con la reproducción y con la contracepción, permitiéndoles edificar una vida sexual fuera del control hormonal y del guion de sexo género impuesto, que al mismo tiempo, se da en la seguridad. Es en este sentido que la asociación feminista entre mujeres que dialogan y aprenden sobre ginecología no hegemónica, se comprende como una estrategia de cuidado posthormonal.

Ahora, la incidencia del feminismo no se agota en lo que respecta a su relación con las pares y su cuidado mutuo, sino que es visible en otras prácticas de cuidado y nociones de sí mismas que tienen estas mujeres; dentro de lo que resalta el cuerpo y su posicionamiento desde la perspectiva del territorio. Para las participantes, el proceso de dejar de consumir pastillas anticonceptivas estuvo arraigado en las interrogantes sobre su propio cuerpo, inquietudes que surgen en un contexto mayor de cuestionamientos sobre esta materialidad con la que habitan y significan el mundo. En sus palabras, ellas comienzan a mover la mirada hacia el cuerpo y su cuidado para conseguir un bienestar, y es en este proceso que dan cuenta de sus cuerpos como territorio expropiado mediante diferentes técnicas, entre ellas, la medicalización hormonal; lo que las lleva limitar la incidencia del sistema biomédico en su sexualidad, apuntando al cuidado de sí, de su cuerpo, como estrategia de reapropiación del mismo.

En verdad cuidarse el cuerpo es lo más importante, si es tu casa, es tu única casita segura. Y en verdad... es súper importante porque claro, tu cuerpo es tu lugar, es tu sitio, tu territorio, es lo primero (Pamela, 29 años)

Yo siento que el movimiento feminista también ha ayudado mucho en eso, como a hacerse cargo también de que el cuerpo es de una y que nadie puede decidir sobre él y que hay que cuidarlo porque pucha, es nuestra casa igual, nuestro primer lugar desde donde hacer algo (Alba, 24 años)

Mi cuerpo es mi materialización, yo soy lo que es mi cuerpo, entonces... a mí me gusta mucho el poder hacer todo y que ojala nada me impida lo que quiero hacer. Entonces mi cuerpo es mi primera herramienta, es mi territorio, mi casa, sino tengo mi cuerpo no lo puedo hacer (...) Yo creo que hay muchas cosas que van relacionadas con el cuidarse, a estar con uno y con su cuerpo. Yo como que tome una decisión de cuidar mi cuerpo, mi territorio (...) Es como seguir una línea de consecuencia que finalmente te genera un bienestar (Macarena, 27 años)

La idea del cuerpo como territorio aparece constantemente en los relatos y las reflexiones de las participantes, además de la relación que hacen de esta noción con el feminismo. La concepción del cuerpo-territorio, del cuerpo como primer territorio de defensa, ha cobrado gran relevancia sobre todo en los abordajes feministas que las mujeres indígenas levantan para su propia liberación, en contextos donde la defensa del cuerpo-tierra integra la recuperación y defensa del territorio como una garantía del espacio concreto donde se despliega la vida (Dorronsoro, 2013; Guzmán, 2015; Cabnal, 2010). Y si bien esta línea de pensamiento-acción se ha relacionado más con los territorios y demandas de mujeres indígenas, es completamente aplicable a la experiencia de extractivismo generalizada en los cuerpos de las mujeres. Las participantes de esta memoria habitan en un territorio históricamente expropiado, que es su cuerpo; un espacio que ha sido sujeto de control, de invisibilización y de violencia y, como ellas mismas relatan, una materialidad que por mucho tiempo sintieron ajena, cuya gestión pertenecía a sujetos y dispositivos externos, limitando su acción sobre su propia corporalidad, sintiéndose despojadas de esta.

Entender el cuerpo como territorio aplica más allá de la acepción que lo vincula con la tierra, es la metáfora del cuerpo como espacio físico de acción social, de disputa, de expropiación. El cuerpo de estas mujeres es el primer territorio desde donde habitan y experimentan el mundo, por lo que desde este mismo lugar realizan los primeros actos de resistencia.

Para mí, el dejar de tomar pastillas es como, yo siento, como hacer revolución con uno mismo, con la herramienta que una tiene que es el cuerpo (...) y darse cuenta que todo ese cambio es como en pos de huir un poco del sistema en el que uno vive, que a mí al menos no me gusta, no lo comparto y dentro de lo posible me gustaría huir lo más pronto (Alba, 24 años)

Y esto para mí es como eso, como empezar a dar el primer paso para movilizarse y hacer cosas por una y empoderarse finalmente, ojalá, completamente de una y de su sexualidad, su vida. Porque te va afectando en otras cosas. Empiezas por quererte a ti misma, cuidarse, no voy a seguir tomando cosas, cuestionarte por las pastillas, no seguir tomando pastillas... y eso te lleva a otras acciones ¿cachai? A tener que hablar estos temas con otras personas, con tu pareja (...) y eso te va abriendo otros caminos y así vas haciendo y armando tu vida, tu intimidad, tu forma de relacionarte... y es como eso, son pequeñas acciones que vamos haciendo y que nos van abriendo un camino de empoderamiento para nuestro cuerpo (Macarena, 27 años)

Entiendes que has tenido como oculta una parte de tu identidad y el cómo se plantea ser mujer como reprimida y más aún como en la vida sexual, como que en ese aspecto que cuando caes en el feminismo te das cuenta que hay muchas cosas (...) es como una señal de decir cómo ya, este es mi cuerpo, no conozco lo que me está pasando y quiero dejar de hacerlo (...) Entonces yo creo que si juega un rol importante dentro de todo, sobre todo como en re apropiarnos de nuestros cuerpos (Luciana, 22 años)

Sobre la base de esta noción del cuerpo-territorio se abre la puerta a la posibilidad de la re apropiación del terreno corporal mediante diferentes prácticas que tensionen las lógicas colonialistas que las despojan de, en este caso, sus medios de reproducción. Así, dejar de tomar pastillas es leído como una acción que confronta a la apropiación del propio cuerpo por parte de sujetos y dispositivos externos, limitando la incidencia de las hormonas en la gestión de los ciclos fértiles, y articulando estrategias de autocuidado del cuerpo-territorio para su emancipación.

Reflexiones finales

Derechos sexuales, micropolíticas corporales y el cuidado de sí como resistencia íntimo-sexual

La presente Memoria de Título se ha realizado guiada por la interrogante respecto a las experiencias de mujeres jóvenes que optan por suspender el consumo de anticonceptivos hormonales, apuntando a conocer y reflexionar en torno a estas experiencias. Nos acercamos a las trayectorias contraceptivas de estas mujeres indagando en su recorrido como usuarias de los fármacos, detallando el ingreso de las mismas a la rutina hormonal y los diferentes actores que participan en ello; así también se aborda el proceso en el cual deciden dejar de ser usuarias. Así mismo, se exploraron las emociones que emanan al prescindir de la píldora, las dinámicas de negociación sexual que se dan en las relaciones sexo afectivas que mantienen las participantes una vez que ya no son usuarias de anticonceptivos hormonales, y por último, se detallan las nuevas estrategias y repertorios de cuidado que estas mujeres generan para sentirse seguras en su nueva trayectoria contraceptiva.

El análisis de los resultados fue realizado de forma integrada con la exposición de los mismos, los que se encuentran ordenados en dos capítulos definidos a partir de los objetivos específicos planteados para la investigación. El análisis de los resultados fue además guiado por temáticas que resultaron de la conversación con las mujeres, y que se vuelven relevantes para el problema de investigación. Esto se realiza de forma consecuente con una epistemología feminista que busca visibilizar y validar la voz de la persona en la reflexión de su propia experiencia. Además, este análisis se encuentra sustentado en un entramado teórico que pone especial énfasis en la experiencia corporal de sujetas mujeres de clase media, entendiendo que el cuerpo –en su dimensión social, histórica y subjetiva-- es diferencialmente construido y significado según categorías como las de género y clase.

Sobre esta base, el primer capítulo de la memoria aborda lo que se denomina como las trayectorias fármaco-contraceptivas de estas mujeres, desglosando las experiencias de ingreso al consumo hormonal en las que se encuentra una medicalización temprana de los cuerpos de las participantes, las que inician el uso de la pastilla anticonceptiva en su adolescencia –entre los doce y dieciséis años aproximadamente-, y en un momento de su vida en el que están estableciendo sus primeras relaciones sexo afectivas que fueron heterosexuales en su totalidad. Las participantes de esta memoria recuerdan esos años profusamente marcados por la presencia de las hormonas anticonceptivas, las que debían ser tragadas a diario o inyectadas cada mes, lo que conlleva una preocupación de ellas para que este patrón no se rompa y continúe funcionando con normalidad. A su vez, se encuentra que esta preocupación es solo de ellas, ya que las parejas no se hacen partícipes de la contracepción, por lo que el cuidado sexual se cristaliza en el solo consumo del anticonceptivo, que además es responsabilidad exclusiva de las mujeres. En esta dinámica de alimentación hormonal y cuidados unilaterales es que desarrollan en primera instancia su sexualidad y la relación con su cuerpo. En el desarrollo de estas trayectorias, las

participantes identifican momentos en los que emergen sensaciones que cristalizan en la idea de malestares, los que son diversos y se extrapolan a diferentes esferas de su vida. Estos malestares devienen en proceso de hastío hacia las pastillas anticonceptivas, las que son identificadas como precursoras de estas malas sensaciones. Con todo esto, se llega a un momento que se entiende como culmine en el consumo de los fármacos, que se define por la negativa a continuar con la rutina del alimento hormonal por el diagnóstico de una disminución en el bienestar por la acción de los anticonceptivos en los cuerpos y las emociones de las participantes. Así, a pesar de que en primera instancia fueron ellas las que en su adolescencia intencionaron el consumo de pastillas anticonceptivas, llega un momento en el que su uso se vuelve insostenible producto de una reorientación del significado asociado a la píldora, la que comienza a ser entendida como agente nocivo.

Por su parte, el segundo capítulo se centra en desarrollar aspectos de la vida de las participantes después de desistir del uso de las pastillas, vale decir, en sus trayectorias contraceptivas post hormonales. En primera instancia se aborda lo que respecta a la emocionalidad de las mujeres, indagando en la dimensión social de las mismas desde una perspectiva del cuerpo y su sentir como espacio de la cultura. Es aquí donde resalta la presencia del miedo como denominador común a las experiencias de todas las participantes, el que es identificado como regulador de la conducta sobre la base de prohibiciones socialmente inscritas en la emoción (Le Breton, 2012; Ordóñez, 2006). El miedo es también un recurso común cuando se trata de las reacciones del personal de la salud frente a la decisión de estas mujeres, los/las que apelan a esta emoción como una forma de sembrar duda y revertir la práctica que está siendo llevada a cabo.

En este sentido es que en las trayectorias post hormonales adquieren relevancia las negociaciones, dinámicas que son visibles en algunas relaciones de estas mujeres en las cuales los anticonceptivos tenían algún tipo de relevancia o incidencia, como lo es el caso de la relación con el/la ginecólogo/a. Dentro de estas negociaciones se vuelven centrales las negociaciones sexuales para mediar las experiencias sexo afectivas de las participantes, esto debido a que ya no existe la presencia de la pastilla anticonceptiva que previene un embarazo de forma casi automática, por lo que el cuidado sexual ha de ser conversado, cuestionado, y consensuado con las personas involucradas. Y si bien estas negociaciones son un ejercicio constante en el involucramiento sexual, estas mujeres están definiendo elementos que se vuelven intransables para ellas al momento de mantener una relación sexual, y que refiere a su negativa de introducir hormonas anticonceptivas a su organismo. Ligado con esto último es que se desarrolla la parte final del segundo capítulo, que tiene que ver con las estrategias de cuidado gestadas para conseguir un bienestar en las experiencias post hormonales de las participantes. El cuidado es entendido de forma amplia, e involucra estrategias como la selectividad al momento de elegir una pareja sexual, apuntando por construir relaciones en las que su decisión sea respetada y validada, dando cuenta de la importancia que adquiere el encuentro sexual. Finalmente, se detallan los métodos concretos de contracepción que estas mujeres aplican en su vida, para evitar un embarazo no deseado.

Al momento de generar conclusiones respecto de lo explorado en esta memoria, es importante tener en cuenta que en las trayectorias fármaco-contraceptivas de estas mujeres

se construyó –y consolidó- un ritual hormonal sobre sus vidas y sus cuerpos, desde donde vivieron sus primeras experiencias sexuales con otros y consigo mismas. La realización del ritual diario de ingesta de la pastilla se encuentra acorde al cumplimiento de una norma de feminidad aceptada y difundida, en el que las mujeres se alinean con el ideal de “mujeres responsables que cuidan su fertilidad de forma eficiente”, eficiencia que se lleva a cabo con la herramienta validada por la institución médica y familiar que es la hormona anticonceptiva. Con este alimento hormonal rutinario se está consagrando en el cuerpo de las mujeres un imaginario de feminidad que se caracteriza por el orden y la regulación menstrual, la controlada estabilidad hormonal y el exaltamiento de atributos tipificados como femeninos como los senos y la disminución del vello corporal y del acné; demostrando como el cuerpo de estas mujeres puede ser leído en clave de un cuerpo cyborg (Haraway, 1984) cuya existencia y forma es definida en su intersección con la tecnología, en este caso hormonal.

Estos cuerpos cyborg están siendo moldeados según un guion de género (Cuevas, 2014) de feminidad que resalta las características recientemente descritas; pero también se construye un cuerpo femenino que se define –casi paradójicamente- por la anulación de su fertilidad, por ende, por su incapacidad de fecundación mientras dure el consumo de la hormona. Un cuerpo al que se le introducen de forma artificial las hormonas de estrógeno y progesterona para evitar un embarazo es un cuerpo que no ovula, un cuerpo en cuyo útero se vuelve imposible la implantación de un óvulo, un cuerpo que impide la circulación de espermatozoides dentro de sí, un cuerpo que solo tiene menstruaciones intencionadas por la misma acción del anticonceptivo para suplir la inexistencia de la misma. En este sentido, es un cuerpo femenino que rehúye de la posibilidad de la maternidad histórica y culturalmente asociada a la mujer, ya que se le induce un estado en el que no existen las condiciones para gestar, siendo estas condiciones aseguradas de forma eficiente. Es por esto que la píldora fue y ha sido catalogada como una herramienta de emancipación para la mujer, al abrir la posibilidad de escapar al mandato de la maternidad que le ha sido adscrito a las mujeres.

Como producto de un contexto social e histórico particular, es innegable que la píldora se constituyó como una herramienta que aportó en el avance hacia prácticas de liberación de las mujeres en tanto les permitió vivir una sexualidad que no esté intrínsecamente relacionada con la reproducción, pudiendo construir una vida sexual un poco más centrada en el goce y no tanto en el embarazo y la maternidad. En ese sentido, las anticonceptivas hormonales fueron una tecnología que revolucionó la vida de las mujeres hace aproximadamente sesenta años. Sin embargo, por su misma historicidad, hoy en día la píldora está siendo sometida a otras lecturas por parte de algunas mujeres o colectivos, evidenciando la movilidad en cuanto a los significados que le son atribuibles a un mismo artefacto, producto de su existencia en un contexto social y cultural particular.

Las participantes de esta memoria nos muestran como, en sus trayectorias, las hormonas anticonceptivas dejan de ser entendidas como agente que aporte bienestar, transformándose en una sustancia identificada como nociva para ellas, cuya principal característica tiene que ver con el referente a lo tóxico que se le añade al cuerpo mediante el ritual hormonal cotidiano. Se sienten atrapadas dentro de este ritual que

ceremoniosamente les demanda una alimentación farmacológica de forma diaria, que en algún momento comienza a devenir en una serie de malestares y que moldea sus cuerpos según estas pautas de feminidad correspondientes a un sistema sexo/género. En este sentido, se concluye que las experiencias de estas mujeres sitúan a los anticonceptivos como un cautiverio²⁶ hormonal.

Se define a esta situación como un cautiverio principalmente por la dinámica de dependencia en la que se sostiene el ritual hormonal. Desde que se inicia, este ritual está determinado por la acción de sujetos externos que posibilitan y recomiendan que se lleve a cabo el consumo de la pastilla, sujetos como la madre y el/la ginecólogo/a. La madre consiente el uso de anticonceptivos y se vuelve necesaria para generar un puente entre la adolescente y la pastilla, que son definidas y determinadas por el/la profesional de la salud. El ingreso al ritual es un proceso en el que la adolescente cumple un rol pasivo, en el que se invisibiliza su acción y no se hace parte de ninguna decisión. Sumado a esto, existe un déficit –o inexistencia- de educación sexual integral que permita a las mujeres entender tanto sus procesos reproductivos como el funcionamiento y acción de los anticonceptivos en él, por lo que su entendimiento del tema se limita al mandato de tener que perpetuar sagradamente el alimento hormonal para conseguir el fin deseado. Este desconocimiento potencia la dependencia, ya que estas mujeres se vuelven incapaces de elegir autónomamente sobre métodos de contracepción que no sean los hormonales, debido a que no cuentan con la información. Por esto, las pastillas anticonceptivas se configuran como el único repertorio posible conocido por ellas para evitar el embarazo, en el que depositan su seguridad en la acción automática que profesa el fármaco. Es por esto último que también aparecen sentimientos de vulnerabilidad y temor al momento de imaginarse una vida sexual que no esté regulada por las hormonas, lo que en primera instancia se cristaliza en un miedo que paraliza el deseo de suspender el consumo, razón por la cual esta decisión se vive como un proceso reflexionado y muchas veces pensado antes de ser efectuado. Es así que este cautiverio hormonal se sustenta en la dependencia que se tiene hacia el mismo, dependencia que genera además un sentimiento de despojo del propio cuerpo que es frecuentemente referido por las participantes.

Suspender el uso de anticonceptivos hormonales es leído como una práctica que se gesta por estas mujeres para intentar salir de este cautiverio, para renegar de la presencia del ritual/rutina hormonal en sus cuerpos, relaciones y sus vidas en general. Se concluye que esta acción se constituye como una práctica de libertad²⁷ que apela a la transformación y reorganización de sus conductas sexuales en función de alcanzar un bienestar que está definido según una línea de consecuencia arraigada en la subjetividad de estas mujeres, y

²⁶ Se utiliza la noción de cautiverios desde el pensamiento de Marcela Lagarde (2005), quien propone que las formas de ser mujer en esta sociedad y en sus culturas constituyen cautiverios en los que las sujetas sobreviven creativamente a la opresión, los que se caracterizan por la privación de independencia y autonomía y capacidad de decisión sobre elementos fundamentales de sus vidas y el mundo.

²⁷ Según la propuesta de Foucault, el término refiere a prácticas que apuntan a la autoconstitución, ya que a través de ellas el sujeto se forma a sí mismo. Estas prácticas siempre se encuentran en un contexto de poder en el que cualquier opción de libertad ya se encuentra atravesada por efectos del mismo, apuntando estas prácticas a desafiar este poder desde un destierro del concepto de libertad que el poder construye para los sujetos (Ibáñez, 2014).

que no estaba siendo posible si se mantenía el consumo de anticonceptivos. Al encontrarse la idea de “libertad” conformada en si misma por efectos del poder, las prácticas de libertad solo son posibles mediante un extrañamiento previo de este tipo de libertad que el poder define para las personas (Ibañez, 2014), para que se desplieguen en la dimensión del desafío al poder.

En ese sentido, el rechazo al consumo de pastillas que caracteriza las trayectorias contraceptivas de las participantes, se constituye como practica de libertad en tanto se sustenta de la previa traslación del significado asociado a la píldora y al imaginario de emancipación que históricamente han representado y ha sido difundido. Desde la institución familiar y la política pública y sanitaria en la que viven estas mujeres, los anticonceptivos hormonales son ampliamente recomendados y difundidos bajo el discurso de posibilitar una vida sexual *libre* para las mujeres. Pero para las participantes, esta idea de los anticonceptivos como sinónimo de libertad es cuestionada desde su experiencia en el cautiverio hormonal, en el que se sienten limitadas de la capacidad de decisión y del control de sus medios de reproducción, al estar éste en manos de los fármacos. El cautiverio reproduce una dinámica de expropiación de sus cuerpos producto de un desconocimiento e ignorancia de los procesos reproductivos del mismo, por lo cual el concepto de libertad no se limita solo a lograr no embarazarse, sino que refiere a poder decidir que la prevención sea gestionada por ellas mismas desde un proceso de conocimiento y estudio de sí, sin relegar el cuidado de forma exclusiva, a la tecnología. De esta forma es que estamos hablando de procesos de modificación de los significados asociados a la píldora, para abrir paso a nuevas posibilidades transformación de la vida de las mujeres, guiados por prácticas de libertad para la autoconstrucción de sí mismas y su bienestar.

Esta práctica de libertad se encuentra necesariamente sustentada en lo que las participantes enuncian como autocuidado, cuidado de sí mismas o cuidado propio. Esto se evidencia en la traslación de significado que afecta a la píldora, la que se encuentra enmarcada en un contexto mayor en la vida de estas mujeres que tiene que ver con una orientación de sus reflexiones y atenciones hacia sus cuerpos. En este contexto, el cuerpo adquiere un valor central en tanto se identifica con la metáfora de la “casa” o del “hogar”, en la cual el cuerpo es un espacio “propio” que ha de ser cuidado ya que desde este se experimenta el mundo. Este discurso define muchas de las prácticas que estas mujeres están incorporando o rechazando en sus vidas; y en cuanto a las pastillas demanda dejar de utilizarlas por encontrarse asociadas al cautiverio hormonal y ser un referente nocivo, ya que el cuidado de sí demandaría evitar la ingesta o uso de elementos que generen en el cuerpo un malestar o un deterioro, sea este físico u emocional. En ese sentido, se identifica que la práctica que estas mujeres están llevando a cabo, se despliega en los lineamientos centrales del movimiento sociocultural emergente en Latinoamérica y Chile denominado como ginecología “natural”, y cuyo principal precepto es el *self care*.

El cuidado de sí, además es requerido para hacer de esta práctica de libertad algo duradero en el tiempo, y que a su vez brinde una seguridad necesaria para la comodidad de las mujeres. Esto porque en la experiencia de las participantes, el cuidado de si lleva incorporado el conocimiento de sí como forma para lograr un cuidado adecuado. Se concluye que esto tiene que ver con lo que Foucault (1984) enuncia sobre el cuidado de si,

el que define como una ética que conlleva el conocimiento de sí en por una inevitable relación entre una práctica y un saber. En este pensamiento, existe un fuerte vínculo entre el conocimiento y la acción, ya sea como principio regulador de la misma o como objetivo a ser logrado mediante la acción; y si bien el cuidado de sí se dirige al “alma”, en cuanto práctica de libertad enfocada en la consecución del bienestar, envuelve al cuerpo en múltiples preocupaciones y detalles. Esta misma lógica es advertida en la acción de dejar las pastillas anticonceptivas llevada cabo por las participantes, en las que el cuidado de sí se vuelve una filosofía corporal-emocional desde donde sitúan su atención y su mirada hacia el interior de su subjetividad; y en esta atención se enmarcan diferentes acciones que se ejercen sobre y desde sí mismas, como una forma de lectura sobre lo que sucede en sus cuerpos, específicamente en la dimensión sexual y reproductiva del mismo. Mediante estas acciones no solo llega a generarse un conocimiento del sí mismo, sino que también se despliega un ejercicio de *hacerse cargo* de sí, sobre el cual este sí mismo puede ser transformado y transfigurado. Es por esto que el autocuidado, como estrategia fundamental para solventar la decisión, tiene que verse sostenido en acciones que apunten al conocimiento de sí y se convierte en un *arte de vivir* (Foucault, 1984).

Es por esto que, en la práctica, estas mujeres siguen siendo mayoritariamente las encargadas del cuidado contraceptivo en contextos de pareja, a pesar de que ahora se comparte en mayor medida esta responsabilidad, lo que se expresa en el involucramiento de la pareja y la norma decidida del uso de preservativo. Aunque esta redistribución se valora y se identifica como un piso mínimo al momento de generar un vínculo sexo afectivo, siguen siendo ellas las que se *hacen cargo* mediante el estudio de sí mismas, el aprendizaje sobre métodos ginecológicos no hormonales y educación sexual en general, siendo ellas las que toman un rol activo en la generación de nuevas pautas de comportamiento sexual. Esto, ligando al apartado anterior, se debe a que no tomar pastillas demanda que tengan que estar más pendientes de sus ciclos menstruales, de sus flujos, de las señales que sus cuerpos emiten al momento de entender su sexualidad, esto con el fin de evitar efectivamente un embarazo no deseado, teniendo en cuenta que la maternidad no es algo que se quiere en estos momentos de sus vidas.

En ese sentido, la decisión deviene en una sexualidad más “cautelosa” si se compara con su vida sexual mientras fueron usuarias de anticonceptivos, lo que en contraste puede ser leído como una pérdida de libertad o del libre albedrío. Pero para ellas no es así, y es aquí donde se hace visible otra relevancia del cuidado de sí: en la traslación del significado de lo que para ellas es el bienestar en cuanto al cuidado sexual. Para estas mujeres, estar pendientes de sus cuerpos no significa una carga, sino que es un acto que leen como emancipatorio al no sentirse dependientes de un artefacto externo para llevar una sexualidad segura. En ese sentido es que se concluye que existe en ellas un imaginario de bienestar enraizado en la sensación de sentirse en control de sus medios de reproducción, que diagnostican como expropiados: deciden no ser madres, y esto lo llevan a cabo sin hormonas.

La idea del autocuidado o de “ocuparse de sí” ha sido posicionada en algunas perspectivas como una forma de amor de sí que puede decantar en un egoísmo o interés individual radical, que tensiona la idea del cuidado de otros, especialmente si se tiene en cuenta que

estos discursos se despliegan –como en este caso- en contextos capitalistas en los que la figura y la importancia del individuo es magnánima (Foucault, 1984; Kovaleski y Oliveira, 1990). Es posible evidenciar que las mujeres que han participado en esta memoria validan su decisión desde un discurso de amor propio que identifican como necesario para el establecimiento de un bienestar, el que –siguiendo aquella línea- se sustenta en la alineación de la acción y el pensamiento con los deseos subjetivos que emanan de los procesos de conocimiento de sí. En ese sentido, esta filosofía implica desplazar la atención hacia la misma sujeta y no tanto hacia el exterior –o a otros/as-, como ejercicio que se realiza sobre sí mismas y donde se busca una consecuencia a sus deseos y expectativas propios:

Sentía que antes era una comodidad más para la otra persona, para el hombre con el que ese momento estuviera teniendo sexo (...) Ahora he hecho un renfoque más hacia mí y lo que yo quiero, lo que a mí me acomoda (Simona, 25 años).

Esto se vuelve especialmente relevante en un contexto como el que estudiamos, el territorio de la sexualidad, en el que una gran cantidad de experiencias se realizan en una vinculación con otra persona. Las trayectorias presentadas por las participantes se encuentran llenas de matices, por lo que el discurso de amor propio y reorientación de la expectativa no puede ser catalogado enteramente en una esfera del individualismo o el altruismo. El cuidado de sí que guía la acción y el pensamiento de las participantes se configura como una actitud que está motivada por el respeto a sí mismas y a elementos que identifican como básicos al momento de establecer relaciones sexo afectivas, elementos que construyen un imaginario de dignidad y bienestar al momento de vivir su sexualidad. Esta base –no tomar pastillas anticonceptivas, el uso de preservativo, etc- no es impuesta como un mandato al otro, es una decisión que se comunica y es puesta en diálogo, sobre el cual ambas partes pueden decidir si mantener la relación sexual o no. En el caso de las mujeres que definen tener una relación de pareja estable al momento de dejar las pastillas anticonceptivas, la decisión es mutuamente evaluada; en caso de que se trate de relaciones que se forjan en la trayectoria posthormonal, esto es comunicado como una decisión que constituye un *arte de vivir* de la mujer, por lo cual un rechazo es identificado como una forma de violencia que no se valida.

En este sentido, se concluye que este cuidado de sí refiere también a una actitud con respecto a los otros y al mundo, en la que se están expresando expectativas y *artes de vivir* que son compartidos para establecer relaciones que sean mutuamente satisfactorias y que no aboguen por el goce unilateral de un individuo, vale decir, estamos hablando de constantes y continuas dinámicas de negociación sexual en la que se intenta construir una relación sexo afectiva igualitaria.

Por otra parte, la ética del cuidado de sí y el discurso del amor propio expresado por estas mujeres se vuelve necesario si es analizado desde una perspectiva feminista, que nos permite caer en cuenta de que la vida de las mujeres ha sido históricamente construida como una vida hacia y desde los otros. Desde que son pequeñas, las mujeres han sido enseñadas a complacer para perpetuar el imaginario de la buena mujer, lo que deviene en

que todos los cuidados recaen en ellas y son dispuestos para otras personas por sobre sí mismas. El sacrificio de la mujer es una transversalidad innegable, constituyendo el cuidado como una práctica históricamente desigual:

La condición de la mujer es una creación histórica cuyo contenido es el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a la mujer como ser social y cultural genérico: ser de y para los otros (Lagarde, 2005:15).

Estas mujeres ya no quieren hacerse cargo del cuidado sexual mediante el consumo de hormonas, ni de forma unilateral. Pretenden que el cuidado sea en clave no hormonal – porque las hormonas contribuyen a malestares y a un deterioro de su bienestar- y que sea compartido de alguna forma. En este sentido, se concluye que esta filosofía del cuidado de sí se vuelve transgresora en un contexto histórico en el que a las mujeres no se les ha enseñado a vivir para sí mismas, sino que para otros. Sumado a esto, el cuidado de sí demanda la generación de espacios y tiempos que no son productivos desde el punto de vista del sistema capitalista, en el cual la actividad humana se encuentra calculada según una función de producción de forma eficiente (Kovaleski y Oliveira, 1990). El cuidado de sí demanda un cierto nivel de concentración, de tiempo y espacio que están meramente enfocados en el sujeto y en su bienestar, lo que se propone como una disrupción al modo de vida alienado en el que se insertan las personas hoy en día.

Teniendo todo lo anterior en cuenta, es posible concluir que la práctica de suspender el consumo de anticonceptivos hormonales por parte de estas mujeres no está rompiendo de forma radical o definitiva con el sistema de distribución de los cuidados, encontrándose estos mayoritariamente centrados en la mujer, siendo esta práctica culturalmente inteligible dentro de los márgenes del sistema sexo/género. Ahora, esto no quiere decir que se configure como una práctica difundida, recomendada o aceptada por la generalidad de la institución médica o familiar, lo que se evidencia en las dinámicas de violencia y enjuiciamientos y coerción que viven, por lo que de todas maneras se constituye como un nodo de tensión frente al poder, como una práctica de resistencia de estas mujeres desde su trinchera corporal y su sexualidad. Desde el rechazo a la medicalización sobre la base de hormonas anticonceptivas, estas mujeres están tensionando el significado histórico asociado a la píldora, y en este actuar demuestran también su rechazo al guion de género que reproducen los fármacos, al que se resisten.

Estas resistencias se dan en la práctica cotidiana, en ese espacio íntimo que es su sexualidad, un espacio que se lucha por hacer propio, por lo que se están tomando decisiones encausadas en la lógica del cuidado de sí. Esto expresa la dimensión política de su dimensión personal y sexual, en la que se niegan a consumir elementos que rechazan –pastillas, animales, etc-, y desde la cual están tomando decisiones sobre cómo, con quién y con qué me cuido al momento de tener sexo. Estos son actos de resistencia cotidiana que desde la intimidad resignifican el orden establecido y reestructuran las expectativas tradicionales en torno a la sexualidad y al propio cuerpo, son micropolíticas corporales (Ávila y Montenegro, 2011) ya que la sexualidad, al igual que el género, es también política y socialmente significada, está organizada en sistemas de poder que alientan y recompensan

a algunos individuos y/o actividades, mientras que castigan y suprimen a otros y otras (Rubin, 1989).

Así, una acción que parece meramente individual, se torna también política ya que en su despliegue interpela estructuras tradicionales y con ello toda una sexopolítica arraigada y reproducida en la tecnología anticonceptiva. Toda experiencia es una experiencia intimo-social (Ávila y Montenegro, 2011), por lo que contrariar un mandato de género desde el espacio personal –el no consumir pastillas, la reformulación de las relaciones con sí mismas y con los demás, la resignificación del espacio/poder ginecológico- también altera el imaginario social en el que se desenvuelven y habitan estas mujeres; sobre todo en un contexto en el que la conducta sexual de las mismas está regulada por instituciones y aparatos sociales que proveen tanto de la estructura de socialización sexual, como de la evaluación de las conductas y patrones aceptados para las mujeres, y en el que se construye una sexualidad femenina sumisa y centrada en el varón (Rodríguez y Toro, 2011).

La dimensión política de la resistencia sexual efectuada por estas mujeres a veces ni siquiera se encuentra expresada en un potente discurso militante, pero sí se identifica en todas las experiencias, especialmente en su relación con el feminismo y en la incidencia de este en la significación de su práctica como acto de emancipación. Esto debido a que propicia un entendimiento del cuerpo como territorio históricamente expropiado para ellas, lo que se suma a los malestares sufridos, al diagnóstico de desconexión del propio cuerpo y, finalmente, a la ética del amor propio y el cuidado de sí para la consecución de un bienestar.

El entendimiento de esta práctica como una micropolítica corporal de la sexualidad, nos permite además imaginar y evidenciar las posibilidades creativas de estas resistencias, en tanto abre la discusión del agenciamiento sexual de las y los sujetos/as. En ese sentido, resistir al aparato anticonceptivo no solo nos habla de las relaciones de poder que configuran el mismo, sino que es evidencia de una acción que se considera a sí misma como un punto de fuga, como un acto “otro” respecto a los cuidados sexuales. Esto se vuelve relevante de reflexionar desde una perspectiva antropológica más allá de su “resultado” a nivel de contestación, ya que expresa la cantidad de matices existentes entre la hegemonía y la contra hegemonía.

Teniendo esto en cuenta, cabe reflexionar esta práctica de rechazo en términos de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. La salud sexual es un concepto que ha sido utilizado para nombrar una serie de procesos encaminados a propiciar el bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, y para su logro se establece que deben ser respetados y protegidos los derechos sexuales de todas las personas (Navarro et. al, 2016). Pero la apropiación y control excesivo de los cuerpos por parte del sistema biomédico y la perpetuación de la vivencia de una vida sexual con fines meramente reproductivos y encaminada al placer para otros, obstruye la posibilidad de vivir la sexualidad como un derecho que se encamine al bienestar sexual (Amuchástegui & Rivas, 2004), lo que es justamente puesto en tela de juicio desde las trayectorias contraceptivas y post hormonales de las mujeres que han participado en esta memoria. En ese sentido, se

vuelve relevante cuestionar cómo se definen y tratan estos estándares de salud sexual. Así, esta investigación abre la puerta a pensar que las subjetividades de las propias personas también pueden entenderse como un aporte en el entendimiento de los fenómenos de salud y derechos sexuales, así como podrían aportar a la configuración de estándares de bienestar desde las experiencias concretas; y dentro de este proceso las ciencias sociales, la antropología misma, se vuelven relevantes. Además de esto, nos vuelve la atención sobre el fenómeno de la educación sexual que en esta memoria es identificada como deficiente –o nula- desde la experiencia de las propias participantes, y a cómo estos procesos de reapropiación subjetiva pueden contribuir en la configuración de una educación sexual integral que considere las expectativas, el bienestar y la voz de la persona en ella.

Los resultados encontrados en esta exploración no pretenden generalizar una pauta de cuidados para las mujeres en la que se recomiende que estas tengan o no que ser usuarias de anticonceptivos hormonales, sino que se configura como un intento de visibilizar nuevas rutas de cuidados que se están gestando desde las propias mujeres, las que se presentan bajo forma de resistencia por su marginalidad y por la violencia con la que intentan ser encauzadas. Así, se pretende contribuir a una comprensión que trascienda la lógica patriarcal en la salud sexual, en la cual las voces y repertorios de las mujeres sean escuchados para la construcción de su propio bienestar sexual. Porque no solo la sexualidad, sino que incluso la forma de pensar la salud sexual, están construidas desde un marco patriarcal y heteronormativo que invisibiliza a las mujeres y normaliza la violencia hacia ellas (Navarro et. al, 2016); violencia que en este caso en particular, se cristaliza en prácticas de humillación e invisibilización de las expectativas de las mujeres al priorizar un estándar de bienestar definido según un relato-verdad ginecológico.

Se concluye además que las experiencias de estas mujeres nos permiten dar cuenta de la posibilidad de vivir una vida sexual responsable fuera del marco normativo-impositivo que envuelve su trayectoria con los anticonceptivos hormonales, nos muestran que se puede prescindir de este dispositivo y desde su rechazo construir puntos de fuga al guion de género. Reconocer los mecanismos mediante los que somos construidas como mujeres, en este caso mecanismos tecnológico-hormonales, es un primer paso para transformar estos cautiverios. Así, el consumo y posterior rechazo al uso de pastillas anticonceptivas se entiende como un espacio privilegiado para reflexionar en torno a los cuerpos y sexualidad de las mujeres, ya que es posible dar cuenta de estos procesos de resistencia y negociación, los que son parte de la dinámica misma de despliegue del poder en los cuerpos, ya que:

Si existe una forma de resistencia, es precisamente porque existe un contexto social de poder. No se trata, pues, de expresiones aisladas de comportamiento, sino que son, más bien, “mecanismos de rebote” justo en los cuerpos en los que el poder se encuentra imbricado de forma más intensa (Foucault, 2007).

Para finalizar, se piensa en futuras investigaciones que pueden desprenderse de las reflexiones emanadas de esta exploración. Para Foucault (2009), la experiencia se forma a través de prácticas subjetivas, siendo los sujetos el correlato de esas prácticas. Así, una variación en ellas tendrá un efecto en la formación del propio sujeto. Cuando se inicia una

nueva práctica, además se están ampliando los repertorios desde donde se habita el mundo y los campos de la experiencia. Por ello, las nuevas prácticas –como la suspensión del consumo hormonal- implica también una transformación a nivel del individuo, alterando las reglas por las que se rige y generando nuevas formas de subjetivación. Teniendo esto en cuenta, se proyecta interesante y necesario indagar en los procesos de autopercepción y construcción identitaria de sujetos/as que se construyen a sí mismos –desde esferas como la sexualidad, por ejemplo- desde acciones de resistencia corporal.

Bibliografía

Abal, P (2007) Notas sobre la noción de resistencia en Michel de Certeau. Kairos: Revista de Temas Sociales. Proyecto Culturas Juveniles Urbanas. Publicación de la Universidad Nacional de San Luis. San Luis, Argentina.

Almonte, G. (2016). Violencia ginecológica y obstétrica. La medicalización del cuerpo femenino. Revista Décsir. EAM, n°2. San Luis de Potosí, México.

Amigot, P., & Pujal i Llombart, M. (2015). Desmedicalización de la experiencia de dolor en mujeres: usos de plataformas virtuales y procesos de agenciamiento subjetivo. Universitas Psychologica, 14(5), 1551-1568. [http:// dx.doi.org./10.11144/Javeriana.upsy14-5.dedm](http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-5.dedm). Barcelona, España.

Amigot, P. & Pujal, M. (2006) Ariadna danza: lecturas feministas de Michel Foucault. Athenea Digital, núm. 9, pp. 100-130. Universitat Autònoma de Barcelona. España.

Amuchástegui, A (2001) Virginidad e iniciación sexual: Experiencias y significados. Population Council, Edamex, México.

Amuchástegui, A. & Rivas, M. (2004). Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para la discusión. Estudios demográficos y urbanos, 19(3), 543-597. México: El Colegio de México.

Ávila, R. y Montenegro, M. (2011) Barebacking: condiciones de poder y prácticas de resistencia en la biopolítica de la salud sexual. Athenea Digital – 11(3):27-49. ISSN: 1578-8946. Universitat Autònoma de Barcelona. España.

Barrientos, J (2006) ¿Nueva normatividad del comportamiento sexual juvenil en Chile? Revista Última Década N°24. CIDPA Valparaíso. Pp 81-97. Valparaíso, Chile.

Bauman, Zygmunt (2007): Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil. Madrid: Siglo XXI. México: FCE

Belmonte, E; Díaz, R; Gavilanes, M.A; Álvarez, M; Ramírez, V. (2018) Radiografía de un derecho. Datos. Medicamentalia. Fundación Ciudadana Civio. España.

Benavente y Vergara (2006) Sexualidad en hombres y mujeres. Diversidad de miradas. FLACSO. Santiago, Chile.

Beauvoir, S (1995). El segundo sexo, Vol I: Los hechos y los mitos. Ediciones Siglo Veinte. Buenos Aires, Argentina.

Blázquez, M. (2005) Aproximación a la antropología de la reproducción. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, num. 42, julio-agosto. Madrid, España.

Blázquez, N. (2012) Epistemología feminista: Temas centrales. En: Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales. México: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Facultad de Psicología.

Bourdieu, P (1986). Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo. En *Materiales de Sociología Crítica*. Madrid, La Piqueta.

Bourdieu, P (1991) *El sentido práctico*. Editorial Taurus. Madrid, España.

Bourdieu, P (2000) *La dominación masculina*. Editorial Anagrama. Barcelona, España.

Boyer, A. (2012) *Biopolítica y filosofía feminista*. *Revista de Estudios Sociales* No. 43. Pp 131-138. Bogotá, Colombia.

Braun, V., & Clarke, V. (2012). *Thematic Analysis*. En H. Cooper, P. Camic, D. Long, A. Panter, D. Rindskopf, & K. Sher, *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (págs. 57-71). Washington, DC: American Psychological Association.

Burgwal, G (s.f) *Prácticas cotidianas de resistencia*. Escuela de Investigación de Ciencias Sociales de Amsterdam.

Butler, J (2002) *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

Butler, J (2007) *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Editorial Paidós Ibérica. Barcelona, España.

Cabnal, L (2010) *Acercamiento a la construcción de la propuesta de pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala. Feminismos diversos: feminismo comunitario*. ACSUR. Madrid, España.

Calafell, N. (2019). *La ginecología natural en América Latina: Un movimiento sociocultural del presente*. *Revista Latinoamericana de Sexualidad, Salud y Sociedad*. ISSN 1984-6487, n.33, pp. 59-78. Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad. Córdoba, Argentina.

Camacaro, M. (2009) *Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: Improntas de la praxis obstétrica*. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 147-162. Recuperado en 31 de marzo de 2018, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100011&lng=es&tlng=en. Caracas, Venezuela.

Canales, M (2006) *Metodologías de la investigación social: introducción a los oficios*. LOM Ediciones. Santiago, Chile.

Carmona, M (2011). *¿Negocian las parejas su sexualidad? Significados asociados a la sexualidad y prácticas de negociación sexual*. *Revista de Estudios Feministas*. Florianopolis. 19(3):392. Setembro-dezembro. Brasil

Castells, M. (2005) *La era de la información: economía, sociedad y cultura*. Vol. I. Editorial Alianza. Madrid, España.

CONASIDA (2000) Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Primeros Análisis. Comisión Nacional del Sida (CONASIDA) y Agence Nationale de Recherches sur le SIDA (ANRS). Santiago, Chile.

Conrad, P. (1992) Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*. Vol.18. 209-232. USA.

Cuevas, T. (2014). Tecnologías contraceptivas y feminidad: la pastilla como un *script* de género. *Rev. Reflexiones* 93 (2): 115-127, ISSN: 1021-1209. Northwestern University, Evanston, IL, USA.

De Beauvoir, S. (1987) *El segundo sexo*. Editorial Siglo XX. Buenos Aires, Argentina.

De Lauretis, T. (1989). La tecnología del género. *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction*. London, Macmillan Press. Págs. 1-30.

Deleuze, G. y Parnet, C. (1997). *Diálogos*. Revista PreTextos. Valencia, España.

Delgado, J.M. & Guitérrez, J. (1999). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis. España.

Dides, C y Fernández, C. (2016). Primer informe: Salud sexual, Salud reproductiva y derechos humanos en Chile. Observatorio de Salud Sexual, Reproductiva y Derechos Humanos de la Corporación Miles. Estado de la situación 2016. Recoleta, Chile.

Dorronsoro, B. (2013) El territorio cuerpo-tierra como espacio-tiempo de resistencias y luchas en las mujeres indígenas y originarias. IV Colóquio Internacional de Doutorandos/as do CES, 6-7 dezembro. Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

Erpel, A. (2015) Desmedicalizar el aborto y organizar la clandestinidad: propuestas feministas frente a la hegemonía del poder médico y las leyes patriarcales. En *El continuo de violencia hacia las mujeres y al creación de nuevos imaginarios*. Red Chilena contra la Violencia hacia las Mujeres. Santiago, Chile.

Espinoza, V. y Barozet, E. (2008) ¿De qué hablamos cuando decimos "clase media"? Perspectivas sobre el caso chileno. Artículo en el marco de los proyectos Fondecyt 1060225 y Anillos SOC 12 financiados por Conicyt. Santiago, Chile.

Esteban, M.L (2004) Antropología encarnada, Antropología desde una misma. *Papeles del CEIC # 12*, junio 2004 (ISSN: 1695-6494). Universidad del País Vasco. España.

Esteban, M.L (2013) *Antropología del cuerpo: Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Ediciones Bellaterra. Barcelona, España.

Fellitti, K (2006). El debate médico sobre anticoncepción y aborto en Buenos Aires en los años sesenta del siglo XX. Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Freyermuth, G. y Sesia, P. (2009). La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México. México, D.F.

Foucault, M (1988) El sujeto y el poder. Revista Mexicana de Sociología. Vol 50, No. 3. Pp. 3-20. México, DF.

Foucault, M. (1984). Entrevista con Michel Foucault realizada por Raúl Fomet-Betancourt. Helmuth Becker y Alfredo Gómez-Muller el 20 de enero de 1984. Publicada en la revista Concordia No 6, 1984. pp.99-116. Bogotá, Colombia.

Foucault, M. (1994). La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. Gallimard. París, Francia.

Foucault, M. (1999) Diálogo sobre el poder. Conversación y debate informal con estudiantes de Los Ángeles, transcrita por Grant Kim a partir de grabación efectuada en Mayo de 1975 en la Founders Room del Pomone College, en Claremont. Publicada por revista destinada al campus. Págs 4-22. California, Estados Unidos.

Foucault, M. (2007) Historia de la sexualidad: La voluntad del saber. Siglo xxi editores. Buenos Aires, Argentina.

Foucault, M. (2009) La hermenéutica del sujeto. Curso en el College de France 1981-1982. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.

García, D. & Díaz, Z. (2010) Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. Revista Cubana de Salud Pública, 36(4), 330-336. Recuperado en 30 de marzo de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400007&lng=es&tlng=es. La Habana, Cuba.

García Canclini, N. (2011) De la sociedad de la información a la sociedad del desconocimiento. Revista Versión Nueva Época. N°27. Septiembre 2011. México.

García, J (2012) Cuerpos impuros: Butler, Haraway, Preciado. Thémata. Revista de Filosofía N°46. Pp.: 377-384. Universidad de Sevilla. Sevilla, España.

Garcés, L. y Giraldo, C. (2013) El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. Discusiones Filosóficas. Año 14, n°22, enero-junio, pp.187-201. Medellín, Colombia.

Gelabert, A. (2017) Medicalización del cuerpo de la mujer: menopausia y envejecimiento como dianas terapéuticas. Memoria para optar al grado de Enfermería. Universitat de les Illes Balears. España.

Giddens, A. (1998) La transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas. Ediciones Cátedra. Madrid, España.

Goberna, J. (s.f) Medicalización y humanización en asistencia al nacimiento. Aspectos éticos. En Maternidades, procreación y crianza en transformación. Ediciones bellaterra. Barcelona, España.

Navarro-Corona, Claudia Ivette, & Rocha Sánchez, Tania Esmeralda, & Tena Guerrero, Olivia, & Cruz del Castillo, Cinthia, & Herrera, Cristina María, & Castañeda

Salgado, Patricia (2016). Mujeres diversas: experiencias de opresión y resistencia en el ámbito de la salud sexual. *Psicología Iberoamericana*, 24(2),44-52.[fecha de Consulta 7 de Mayo de 2020]. ISSN: 1405-0943. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1339/133949832006>. Madrid, España.

Guzmán, A (2015) Un feminismo útil para la lucha de los pueblos. *Revista Con la A*, n°38. *Feminismos en América Latina*. Madrid, España.

Haraway, D (1984) *Ciencia, ciborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Ediciones Cátedra. Universitat de Valencia. Instituto de la Mujer. Madrid, España.

Ibáñez, T. (2014). Foucault o la ética y la práctica de la libertad. *Dinamitar espejismos y propiciar insumisiones*. Universidad Autónoma de Barcelona. *Revista Athenea Digital*, 14(2), 3-19. Barcelona, España.

Knorr, C. (2005). *La fabricación del conocimiento. Un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia*. Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires, Argentina.

Kovaleski, D. y Oliveira, W. (1990) *Tecnologías do eu e cuidado de si: Embates e perspectivas no contexto do capitalismo global*. *Cuadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1990-2147, Florianópolis, V.3, n.66, p.171-191.

Lagarde, M. (2005) *Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Colección posgrado. Centro de Investigación Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. Universidad Autónoma de México.

Lagarde, M. (2006) *Pacto entre mujeres: Sororidad*. Ponencia publicada por el Departamento de Comunicación de CELEM. Madrid, España.

Lagunas, D. (2009) *Ritos de paso 2: Experiencias iniciáticas en las sociedades modernas*. En *Ritos de paso. Arqueología y antropología de las Religiones*. México D.F, ENAH. ISBN 978-607-484-004-9.

Lamas, M. (2000) *Diferencias de sexo, género y diferencia sexual*. *Revista Cuicuilco*, vol. 7, núm. 18, enero-abril, p.0. Escuela Nacional de Antropología e Historia. Distrito Federal, México.

Lamas, M. (2013) *El género: La construcción cultural de la diferencia*. Compiladora. Edición de Miguel Ángel Porrúa. Universidad Nacional Autónoma de México. Coordinación de Humanidades. Programa Universitario de Estudios de Género. México.

Lash, S. (2005) *Crítica de la información*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.

Latour, B. (2001) *La esperanza de Pandora. Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Editorial Gedisa. Barcelona, España.

Le Breton, D. (2012) Por una antropología de las emociones. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. N°10. Año 4. Diciembre 2012-marzo de 2013. Argentina. ISSN: 1852-8759. pp. 69—79.

Lertxundi, R. en Pinto, T (2018) La promesa de los anticonceptivos masculinos se estrella contra el desinterés de las farmacéuticas. El Diario. Recuperado de https://www.eldiario.es/sociedad/anticonceptivos-pildora_masculina-igualdad_de_genero_0_737727133.html. España.

Mac-Clure, O; Barozet, E; Maturana, V. Desigualdad, clase media y territorio en Chile: ¿clase media global o múltiples mesocracias según territorios? EURE. Vol 40, n° 121. Pp. 163-183. Santiago, Chile.

Martínez, J.S (1998) Las clases sociales y el capital en Pierre Bourdieu. Un intento de aclaración. Comunicación presentada en el VI Congreso de Sociología de la FES. Materiales de Trabajo. Universidad de Salamanca. Departamento de Sociología. Coruña, España.

Mella, B. (2009) Dime dónde vives y te diré quién eres, una radiografía a la sociedad santiaguina. Plataforma Urbana. Santiago, Chile.

MINSAL (Ministerio de Salud) (s.f) Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad. Gobierno de Chile. Santiago, Chile.

Molina, M (2016) Algunas incidencias de las transformaciones socioculturales de los últimos treinta años en la sexualidad de las jóvenes chilenas. Memoria para optar al título de Psicóloga. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales. Santiago, Chile.

Moreno, M (2016) Heteronorma-Homonorma: el laberinto imposible de las comunidades político-afectivas. 4tas Jornadas CINIG de Estudios de Género y Feminismos. 2do Congreso Internacional de Identidades. UNLP CINIG, La Plata.

Nucci, M. (2012) The birth control pill as a “lifestyle drug” on the medicalization of sexuality. Sexualidad, Salud y Sociedad, (10), 124-139. Río de Janeiro, Brasil.

Obach, A. y Sadler, M. (2009) Cuerpo femenino, medicina y poder: Reflexiones en torno a las interrupciones en la atención de salud reproductiva. En Nación Golpeadora: Manifestaciones y latencias de la violencia machista. Red Chilena contra la violencia doméstica y sexual. Andros Impresiones. Santiago, Chile.

Ordóñez, L. (2006): “La globalización del miedo”, Revista de Estudios Sociales, 25:95-103. Bogotá, Colombia.

Organización Mundial de la Salud (2015) Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2019) Mortalidad Materna. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

Oudshoorn, N. (1994). *Beyond the natural Body. An archeology of sex hormones*. London: Routledge.

Oudshoorn, N. (2003). *The male pill: A biography of a technology in the making*. Durham, NC: Duke University Press.

Oudshoorn, N. (2003) "Clinical trials as a cultural niche in which to configure the gender identities of users: the case of the male contraceptive development". *How users matter. The co-construction of users and technology*. Nelly Oudshoorn y Trevor Pinch (eds.). Cambridge, MA. MIT Press, 2003: 209-228. Cambridge, England.

Palma, I. (2006) *Sociedad chilena en cambio, sexualidades en transformación*. Tesis para optar al grado de doctora en psicología. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales. Santiago, Chile.

Parrondo, E. (2009) *Lo personal es político*. Trama y fondo: revista de cultura. ISSN 1137-4802, N°27. pp 105-110. España.

Papalini, V. (2013). *Recetas para sobrevivir a las experiencias del neocapitalismo (O de cómo la autoayuda se volvió parte de nuestro sentido común)*. Revista Nueva Sociedad. Mayo-junio 2013. N° 245, p. 163-177. Buenos Aires, Argentina.

Peral, F. (2017) *Cuerpo, cognición y experiencia: embodiment, un cambio de paradigmas*. En *Dimensión Antropológica*, año 24, vol. 69. Enero-abril, pp.15-47. Madrid.

Perea, A. (2013) *Miradas sobre lo político: Las nociones de cuerpo en Michel Foucault y Gilles Deleuze*. Esfera. Volumen 3, número 2. Enero-junio 2013 / ISSN 1794-8428. Bogotá, Colombia.

Perrote, N. & Mattio, E. (2017) *Biopolítica y dispositivo de la sexualidad: una revisión de las críticas feministas*. Boletín Onteaiken N°24. Noviembre. Argentina.

Pinch, T., & Bijker, W. (1987). *The Social Construction of Facts and Artefacts or How the Sociology of Science and the Sociology of Technology Might Benefit Each Other*. In W. Bijker, T. Hughes & T. Pinch (Eds.), *The Social Construction of Technological Systems: New Directions in the Sociology and History of Technology*. Cambridge, Mass: MIT Press.

Piñuel, J.L (2002) *Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido*. *Estudios de Sociolingüística* 3(1), pp. 1-42. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.

Preciado, B (2000) *Manifiesto contrasexual*. Editorial Anagrama. Barcelona, España.

Preciado, B. (2005) *Multitudes queer. Notas para una política de los 'anormales'*. En *Nombres*. Revista de Filosofía, año XV, n°19. Abril de 2005, pp. 157-166. Barcelona, España.

Preciado, B. (2008) *Testo yonqui*. Editorial Espasa Calpe S.A. Madrid, España.

Posada, L (2015) Las mujeres son cuerpo: reflexiones feministas. Investigaciones feministas, Vol.6. pp 108-121. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.

Ramírez, R. y García, V. (2002) Masculinidad hegemónica, sexualidad y transgresión. Centro Journal, vol. XIV, núm.1, pp. 5-25. The City Univerreesity of New York. New York, Estados Unidos.

Reyes, N. y Díaz-Loving, R. (2012) La virginidad: ¿una decisión individual o un mandato cultural?. Revista de Psicología Iberoamericana (julio-diciembre), vol. 20, no.2, pp. 33-40. ISSN 1405-0943. México.

Rodriguez y López (2009). Antropología y arqueología de la sexualidad: premisas teóricas y conceptuales. Dirección de Etnología y Antropología Social. Instituto Nacional de Antropología e Historia. Contribuciones desde Coatepec, núm. 16. Universidad Nacional Autónoma de México. Toluca, México.

Rodríguez, G. Gil, J. & García, E. (1996) Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones Aljibe. Málaga.

Rodriguez, Y. y Toro, J. (2011). Resistencia al sexo: cultura y personalidad. Revista Interamericana de Psicología. Interamerican Journal of Psychology. Vol. 45, num. 1, pp 1-8. España.

Rojas, B (2009) ¡Cuidado! El machismo mata. Resistencia de las mujeres a la violencia. En Nación Golpeadora. Manifestaciones y latencias de la violencia machista. Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual. Santiago, Chile.

Rubin, G. (1986) El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. Nueva Antropología, vol.VIII, núm.30. Distrito Federal, México.

Rubin, G. (1989) Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En: Vance, Carole S. (Comp.) Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina. Ed. Revolución. pp. 113-190. Madrid, España.

Ruiz, E. (2001). Adolescencia femenina y ritual. La celebración de las quinceañeras en algunas comunidades en México. Revista Espiral, vol. VII, núm.20. Enero/abril. Pp. 189-222. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México.

Salazar Pérez, R. (2011). Los miedos ocultos en la sociedad del siglo XXI, Theomai, 23: 24-34. Buenos Aires, Argentina.

Scott, J. (1996) El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas, M. Compiladora. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. PUEG, México. Pp 265-302.

Scott, J (2000) Los dominados y el arte de la resistencia. Discursos ocultos. Ediciones Era. D.F, México.

Segato, R. (2016) La guerra contra las mujeres. Traficantes de Sueños. Madrid, España.

Taylor, S.J & Bogdan, R (1987) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Editorial Paidós. Barcelona, España.

Toro, F. y Orozco, H. (2018) Concentración y homogeneidad socioeconómica: representación de la segregación urbana en seis ciudades intermedias de Chile. Revista de Urbanismo, 38, 1-21. Santiago, Chile.

Turner, V (1980) La selva de los símbolos. Aspecto del ritual ndembu. Siglo Veintiuno Editores. Buenos Aires, Argentina.

Valles, M (1999) Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional. Editorial Síntesis. Madrid, España.

Valdés, X. Caro, P. Saavedra, R. Godoy, C.G. Rioja, T & Raymond, E (2005) Entre la reinención y la tradición selectiva: Familia, conyugalidad, parentalidad y sujeto en Santiago de Chile. En Valdés, X. y Valdés, T: Familia y vida privada ¿Transformaciones, tensiones, resistencias o nuevos sentidos? FLACSO-CEDEM. Santiago, Chile.

Van Gennep, A. (1988) Los ritos de paso. Editorial Taurus. Madrid, España.

Vial, Maha (1995) Sexilio. Editorial El Kultrún. Valdivia, Chile.

Anexo 1. Pauta consentimiento informado



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Hormonas y biopoder: Resistencias cotidianas de mujeres que rechazan el uso de anticonceptivos hormonales para el cuidado de su cuerpo y fertilidad”

Usted ha sido invitada a participar en la investigación “Hormonas y biopoder: Resistencias cotidianas de mujeres que rechazan el uso de anticonceptivos hormonales para el cuidado de su cuerpo y fertilidad”. Su objetivo es indagar en los discursos y relatos de mujeres jóvenes chilenas de clase media que han suspendido el uso de anticonceptivos hormonales para el cuidado de su cuerpo y fertilidad. Esto con el propósito de indagar en las motivaciones que las han llevado a tomar esta decisión, así como también conocer los temores o negociaciones a los que se enfrentan, y las nuevas prácticas de cuidado que generan.

Su participación en esta investigación consiste en dos entrevistas en profundidad, de aproximadamente una hora de duración. Las entrevistas serán registradas mediante grabación de audio (sin imagen), para luego ser transcritas y analizadas. La información obtenida en la investigación será completamente confidencial y anónima, siendo resguardada por la investigadora responsable. Así también la investigadora se compromete a propiciar un acceso de las participantes a las entrevistas, dejando la opción a que puedan eliminar fragmentos que prefieran no compartir en el escrito final de la tesis. También se compromete a generar un espacio o proceso de devolución del trabajo realizado, en el que las participantes puedan ver, conversar y reflexionar sobre el producto final en caso de así desearlo.

La información producida en esta investigación será mantenida en estricta confidencialidad. Una vez firmado el consentimiento de participación, a cada persona se le asignará un seudónimo. Solo si la propia participante lo solicita, se mantendrán los datos sin modificar. Al analizar la información se producirá un informe final, donde se mantendrá igualmente el anonimato de las entrevistadas.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria y este documento es una garantía de que el participar no involucra ningún daño o peligro para su bienestar físico, mental o emocional. Usted puede negarse a dar cierta información, o bien dejar de participar total o parcialmente en cualquier momento de la investigación, sin que deba dar explicaciones ni recibir algún tipo de sanción. Su participación en este estudio no contempla ningún tipo de remuneración ni compensación.

Parte del procedimiento normal en este tipo de investigaciones es informar a los/las participantes y solicitar su autorización por medio del presente consentimiento informado. Para ello se le solicita contestar y devolver la hoja adjunta con su firma. Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Cualquier duda, pregunta o inquietud que desee hacer durante el proceso de investigación, usted podrá hacerla a la investigadora responsable de este estudio:

Catalina Fierro Pérez

Teléfono: +569 78096942

Correo Electrónico: catalinapfp@gmail.com

Formulario de Consentimiento Informado

Yo,, acepto participar en el estudio "Hormonas y biopoder: Resistencias cotidianas de mujeres que rechazan el uso de anticonceptivos hormonales para el cuidado de su cuerpo y fertilidad".

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma participante

Firma Investigadora Responsable

Lugar y Fecha: _____

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.

Cualquier duda, pregunta o inquietud que desee hacer durante el proceso de investigación, usted podrá hacerla a la investigadora responsable:

Catalina Fierro Pérez

Teléfono: +569 78096942

Correo electrónico: catalinapfp@gmail.com

Anexo 2. Categorización de las variables y pauta entrevistas

Se genera una operacionalización de variables cualitativas con el fin de definir ciertas dimensiones fundamentales que componen cada objetivo específico, para así generar preguntas que nos permitan abordarlos de forma ideal según estas dimensiones descritas.

Objetivo general	Objetivos específicos	Dimensiones	Preguntas
<p>Conocer los motivos que llevan a mujeres jóvenes chilenas de clase media a rechazar el uso de anticonceptivos hormonales para el cuidado y regulación de su cuerpo y fertilidad.</p>	<p>Identificar la serie de sucesos que devienen en la decisión de estas mujeres de suspender el uso de los anticonceptivos hormonales.</p>	<p>-Trayectoria de su vida personal, sexual y el uso de anticonceptivos hormonales. -Hitos de esta trayectoria. -Valoración y/o discurso sobre los anticonceptivos hormonales. -Información -Sensaciones corporales.</p>	<p>* Antecedentes personales y presentación (Nombre, años, a qué se dedica, qué le gusta hacer, activismo, etc). *Cuándo comenzó su vida sexual y sus primeras relaciones con la anticoncepción hormonal: ¿Cómo llegaste a ellos? ¿Cómo te sentiste utilizándolos? *¿Cuánto tiempo los utilizaste? ¿Cómo fue esa experiencia? *¿Qué cambió o qué sentiste o pensaste para dejar de usarlos? *¿En qué momento lo decidiste y pusiste en práctica? *¿Lo pensaste mucho? ¿De dónde sacaste información?</p>
	<p>Describir los temores, contradicciones y/o negociaciones a las que estas mujeres se ven enfrentadas al momento de hacer el cambio.</p>	<p>-Transiciones y cambios. -Relaciones con otros. -Mandatos sociales. -Tensiones -Resistencias -Sensaciones corporales y emociones.</p>	<p>*¿Con quién conversaste o a quién comunicaste tu decisión? ¿Cuál fue la reacción? *Cómo se vive/vivió el proceso en caso de tener pareja estable o no. *¿Cómo es la relación con tu ginecóloga/o respecto a tu decisión? *¿Cómo te sentiste? (física y emocionalmente) *¿Has visto cambios en tu cuerpo y/o en tus relaciones?</p>

	<p>Detallar cuáles son las nuevas estrategias que se articulan para el cuidado del cuerpo y la fertilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Saberes y prácticas en torno al cuerpo. -Relaciones con una misma y otros. -Resistencias. -Percepciones de cambio. -Sensaciones corporales. 	<p>*¿Cómo cuidas ahora de tu cuerpo y fertilidad?</p> <p>*¿Tuviste que informarte? ¿De dónde sale esa información?</p> <p>*¿Qué prácticas incorporaste o dejaste?</p> <p>*¿Cómo vives hoy en día tus relaciones sexo-afectivas después de este cambio?</p> <p>*¿Cómo te sientes física y emocionalmente?</p>
--	--	--	--