



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

GRADO EN SOCIOLOGÍA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

CURSO ACADÉMICO: 2018-2019

CONVOCATORIA: JUNIO 2019

**Análisis de la controversia de la píldora anticonceptiva. *Estudio de los posicionamientos de las usuarias españolas.***

**Análise da controversia da píldora anticonceptiva. *Estudo das posicións das usuarias españolas.***

**Analysis of the contraceptive pill controversy. *Study of the Spanish users' positionings.***

AUTORA: RAQUEL VIDAL BLANCO  
TUTORA: ELVIRA SANTIAGO GÓMEZ

**Resumen:** La píldora anticonceptiva es el segundo método de anticoncepción más utilizado en España. Más allá del debate sobre su eficacia, este método es cuestionado, entre otros motivos, por sus efectos secundarios o la inexistencia de un equivalente anticonceptivo hormonal masculino. Partiendo del enfoque teórico-metodológico del Actor-Red, rastrearé la controversia social generada en torno a la píldora, delimitando los puntos calientes del debate hacia su consumo. Focalizaré el análisis en el posicionamiento de las usuarias de la píldora menores de 30 años y en la relación establecida entre estas y los especialistas de la salud. Emplearé distintas técnicas de investigación: la observación participante, el análisis documental y las entrevistas en profundidad a expertos en la materia y a usuarias y exusuarias de la píldora.

**Palabras clave:** píldora anticonceptiva, método anticonceptivo hormonal, cartografía de la controversia, Actor-Red.

**Resumo:** A píldora anticonceptiva é o segundo método anticonceptivo máis empregado en España. Máis aló do debate sobre a súa eficacia, este método é cuestionado, entre outras razóns, polos seus efectos secundarios ou a inexistencia dun equivalente anticonceptivo hormonal masculino. Partindo do enfoque teórico-metodolóxico do Actor-Red e a Cartografía da Controversia, rastrearei a controversia social xerada en torno á píldora, delimitando os puntos quentes do debate sobre o seu consumo. Focalizarei o estudo nas posicións das usuarias da píldora menores de 30 anos e na relación establecida entre estas e os especialistas da saúde. Emplearei distintas técnicas de investigación: a observación participante, a análise documental e as entrevistas en profundidade a expertos na materia e a usuarias e exusuarias da píldora.

**Palabras clave:** píldora anticonceptiva, método anticonceptivo hormonal, cartografía da controversia, Actor-Red.

**Abstract:** The contraceptive pill is the second most used contraceptive method in Spain. Beyond the debate on its efficacy, this method is questioned, among other several reasons, by its side effects or the lack of an equivalent male hormonal contraceptive. Starting from the theoretical-methodological approach of the Actor-Network and the Cartography of Controversy. I will outline the social debate generated around the pill, delimiting the most hot sports of the debate about its consumption. I will focus the study on the position of the users of the pill under 30 years of age and on the relationship established between them and the health specialists. I will use different research techniques: participant observation, documentary analysis and in-depth interviews with experts in the field and users and ex-users of the pill.

**Keywords:** contraceptive pill, hormonal contraceptive method, Cartography of the Controversy, Actor-Network.

# Índice

## *Resumen*

<b>1. Introducción: ¿por qué una investigación en torno a la píldora?.....</b>	<b>6</b>
<i>1.1. Definición de la píldora como anticonceptivo oral combinado.....</i>	<i>8</i>
<b>2. Objetivos principales y secundarios.....</b>	<b>9</b>
<b>3. Marco teórico.....</b>	<b>9</b>
<i>3.1. Aportaciones teóricas al estudio de la Salud y Enfermedad.....</i>	<i>10</i>
1. <i>Desde la Sociología.....</i>	<i>10</i>
2. <i>Desde la Teoría Feminista.....</i>	<i>12</i>
<i>3.2. Aportaciones teóricas al estudio de la Ciencia y Tecnología.....</i>	<i>13</i>
1. <i>Desde la Sociología.....</i>	<i>14</i>
2. <i>Desde la Teoría Feminista.....</i>	<i>15</i>
<b>4. Metodología, técnicas de investigación y de análisis.....</b>	<b>16</b>
<i>4.1. Teoría del Actor-Red y Cartografía de la Controversia.....</i>	<i>16</i>
<i>4.2. Técnicas de investigación: Observación participante, análisis documental y entrevistas en profundidad.....</i>	<i>18</i>
<i>4.3. Análisis de contenido cualitativo.....</i>	<i>19</i>
<b>5. Análisis de los resultados.....</b>	<b>20</b>
<i>5.1. Contexto socio-histórico en el que emerge la controversia de la píldora en España.....</i>	<i>20</i>
1. <i>Evolución de las formas familiares y amorosas con la introducción de la píldora en España.....</i>	<i>20</i>
2. <i>Actualidad de la anticoncepción en España.....</i>	<i>21</i>
<i>5.2. Actantes de la controversia.....</i>	<i>23</i>
<i>5.3. Cosmología: cartografía de la controversia.....</i>	<i>27</i>
<i>5.4. Puntos calientes de la controversia.....</i>	<i>28</i>
1. <i>Anticoncepción como responsabilidad femenina.....</i>	<i>28</i>
2. <i>Usos no anticonceptivos.....</i>	<i>30</i>

3. <i>Efectos secundarios de la píldora</i> .....	32
5.5. <i>Relación entre especialistas de la salud y usuarias de la píldora</i> .....	36
5.6. <i>Síntesis</i> .....	38
<b>6. Conclusiones</b> .....	38
6.1. <i>Valoración general. Limitaciones y fortalezas de este trabajo</i> .....	40
<b>7. Bibliografía</b> .....	41
<b>8. Anexos</b> .....	45

*Anexo I: Guiones de las entrevistas.*

*Anexo II: Experiencias positivas y negativas de las usuarias de la píldora.*

*Anexo III: Anticoncepción en el Mundo.*

*Anexo IV: Inicios históricos de la píldora.*

*Anexo V: Entrevistas.*

*Este trabajo va dedicado a todas las mujeres maravillosas que lo hicieron posible: a mi tutora Elvira, por ser mi guía y estímulo durante la redacción de mi TFG; a mi querida hermana Candela y a mi amiga Andrea, por revisar mi trabajo y detectar erratas que de otra forma seguirían en este documento; a mi madre y a mi abuela, por su apoyo, sin el cual no me podría haber graduado; y a todas las amigas, compañeras, amigas de amigas e incluso desconocidas que aguantaron mi bombardeo de preguntas sobre la píldora en las situaciones más variopintas.*

## 1. INTRODUCCIÓN: ¿POR QUÉ UNA INVESTIGACIÓN EN TORNO A LA PÍLDORA?

La finalidad de esta investigación es explorar la controversia social en torno a la píldora anticonceptiva en España, tratando de mapear los puntos controvertidos del debate y las relaciones establecidas entre los actores -o actantes- involucrados. A continuación, rastrearé la cartografía partiendo de la posición de las usuarias y exusuarias de la píldora, y en especial de las usuarias menores de treinta años, por ser el rango etario en que en mayor medida se consume la píldora (SEC, 2018). También exploraré pormenorizadamente la relación de las usuarias con los especialistas de la salud.

La “píldora” es un anticonceptivo oral combinado (AOC) que contiene dos tipos de hormonas femeninas: estrógeno y progesterona. Esta combinación de hormonas actúa impidiendo la ovulación y la implantación del feto, y en su formato más común se toma durante 3 semanas o 21 días, existiendo una semana de descanso antes de volver a empezar un nuevo envase o blíster. La píldora anticonceptiva es el segundo método anticonceptivo más utilizado en nuestro país (SEC, 2018) y, en general, uno de los fármacos más consumidos en el mundo. Existen muchas pastillas, pero solo a esta se la denomina comúnmente como “la píldora” (Watkins, 2012). Su introducción en España en los años 60 supuso toda una revolución, ya que permitió a las mujeres disociar la reproducción de la sexualidad y acceder a la planificación familiar. En la actualidad existen diferentes tipos de píldoras anticonceptivas en función del momento de salida al mercado: las que actualmente son comercializadas en España son las de segunda y tercera generación (CCM Salud, s.f).<sup>1</sup>

Me he decantado por este objeto de estudio o, mejor dicho, “cuestión de interés” (Latour, 2008) porque considero que los científicos sociales no podemos adoptar una actitud pasiva frente a los avances y las innovaciones científicas. La sociedad compleja, global y científico-tecnológica en la que vivimos requiere de nuestra visión y nuestra participación para hacer frente a los riesgos y retos que se nos presentan. En tanto la ciencia no es imparcial, y detrás de ella se hallan multitud de relaciones sociales y de posicionamientos ideológicos, considero especialmente relevante involucrarnos en estas controversias que se dan en torno a productos científicos como la píldora. Partiendo de la definición de una controversia como la discusión entre dos o más partes que exhiben opiniones contrapuestas o contrarias, considero que en torno a la píldora existe una controversia social por los motivos expuestos a continuación:

En primer lugar, diversas investigaciones han asociado el consumo de la píldora con diferentes efectos secundarios como el sangrado intermenstrual, las náuseas, el aumento de peso, los cambios de humor, la sensibilidad en las mamas y la cefalea (González-Hernando et al., 2013). Algunos de estos efectos secundarios pueden llegar a resultar realmente graves, como el de trombosis venosa (Lidegaard et al., 2011). Los laboratorios farmacéuticos acumulan numerosas demandas de mujeres afectadas por estos síntomas, más comunes entre las consumidoras de píldoras de tercera generación, cuyo perfil de riesgo es mayor (Jara, 2013).

En segundo lugar, la píldora no es solamente prescrita como método anticonceptivo, sino que habitualmente es recetada para combatir dolencias que nada tienen que ver con la prevención del embarazo, como por ejemplo para tratar la sintomatología asociada a la menstruación, (los cólicos menstruales, la irregularidad menstrual o el sangrado abundante); enfermedades

---

<sup>1</sup> Disponible en: <https://salud.ccm.net/contents/188-pildora-anticonceptiva>. Visitado el 20 de febrero de 2019.

ginecológicas como el Síndrome de Ovarios Poliquísticos o la Endometriosis; y problemas hormonales, como el acné, el cabello graso o la alopecia (Daphne, 2011).

En tercer lugar, porque casi todos los anticonceptivos son femeninos y el consumo de la píldora implica que el control de la reproducción y el riesgo de los efectos secundarios que trae consigo es relegado exclusivamente a las mujeres. No existen métodos anticonceptivos hormonales para hombres, a pesar de que algunas investigaciones han probado la seguridad y eficacia de una potencial píldora masculina (Pinto, 2013). En general, la innovación en nuevos métodos anticonceptivos, para hombres y para mujeres, lleva parada años, y las innovaciones de las últimas décadas se han dirigido a potenciar los efectos no contraceptivos de los anticonceptivos hormonales (Watkins, 2012).

Además, podemos considerar otras razones que hacen relevante su estudio, como el escaso conocimiento que los jóvenes españoles tienen de salud y fisiología reproductiva en general y de métodos anticonceptivos en concreto (Torres Falguera, 2016).

La píldora es una “gendered drug”, es decir, un fármaco atravesado por las jerarquías de género (Ortiz-Gómez y Santesmases, 2014). Por ello, realizaré una revisión de las principales aportaciones que hacia este objeto de estudio se han realizado desde la Sociología de la Salud, la Sociología de la Ciencia y la Tecnología, la Sociedad del Riesgo y los Estudios Feministas. En relación a la Sociología de la Salud, recogeré a clásicos como Marx, Durkheim y Parsons, así como autores más actuales como Foucault y Conrad. En el caso de la Sociología de la Ciencia y Sociedad del Riesgo partiré fundamentalmente de las aportaciones de Ulrich Beck y Anthony Giddens. En relación a las aportaciones feministas, me centraré en filósofas como Beatriz Preciado y representantes de distintas corrientes feministas como Firestone desde el feminismo radical, Donna Haraway desde el tecnofeminismo o Angela Davis desde el feminismo negro.

En cuanto a la metodología empleada, he partido de la teoría del Actor-Red de Latour (2005) que, más que una teoría, es una propuesta teórico-metodológica para explorar las controversias que se dan en las sociedades modernas. Una de las claves de esta propuesta es tratar tanto a los actores humanos como a los no-humanos como iguales. En este sentido, la píldora anticonceptiva es, de la misma forma que las usuarias, los especialistas de la salud o la industria farmacéutica, un actante en la controversia. La cartografía de la controversia es el conjunto de técnicas y recomendaciones en que se ha materializado la teoría del actor-red y, siguiendo las recomendaciones de Venturini (2010), he partido de la “observación”, en este caso observación participante, para continuar con un análisis documental y la realización de entrevistas en profundidad (Mesias, 2010) a usuarias y exusuarias de la píldora y a algunos expertos en la materia.

El análisis realizado estará estructurado de la siguiente manera: primero expondré el contexto socio-histórico de la píldora. A continuación, haré un inventario de los actantes que participan de la controversia. En tercer lugar, exploraré las diversas cosmologías y mapearé las relaciones entre los distintos actantes, construyendo en este momento una cartografía de la controversia que las represente. Por último, trataré de esclarecer, a partir de las evidencias científicas y del testimonio de los entrevistados, los puntos calientes de la controversia, así como profundizar en la relación entre los especialistas de la salud y las usuarias de la píldora.

Por último, trataré de acceder a las percepciones sociales en torno al cuerpo de la mujer, la sexualidad y la reproducción, a los posicionamientos en torno a la ciencia y la sanidad, así como a las relaciones de poder que se encuentran detrás de esta controversia.

### **1.1. Definición de la píldora como anticonceptivo oral combinado.**

La pastilla anticonceptiva, o “píldora”, es un método de anticoncepción oral combinado (AOC) porque contiene dos tipos de hormonas femeninas: estrógeno y progesterona<sup>2</sup>. Este método se presenta en forma de tableta o comprimido, y cada envase o blíster suele contener 21 pastillas activas y 7 pastillas que no contienen medicamento. Durante estos 7 días es cuando se puede esperar el sangrado. También ha salido al mercado la píldora de uso continuado, lo cual significa que se toman las pastillas activas todos los días por tres meses consecutivos (CCM Salud, s.f)<sup>1</sup>.

En relación a su eficacia, el anticonceptivo hormonal está catalogado como uno de los métodos reversibles más seguros para evitar el embarazo, con un índice de Pearl (tasa de embarazos en 100 mujeres que utilizan el anticonceptivo en un año) de 0.3%, aunque con el uso típico (incluye fallos) el índice de Pearl alcanza el 8% (González-Hernando, Almeida, Martín-Villamor, Cao-Torija y Castro-Alija, 2013). En cuanto a su mecanismo de acción, la píldora reemplaza el ciclo hormonal natural por uno artificial, impidiendo el embarazo al inhibir la ovulación, espesar el moco cervical (lo cual hace más difícil el paso de espermatozoides) y provocar cambios en la mucosa uterina. Su precio puede oscilar entre los 2 euros y los 20 euros, dependiendo de si está o no financiada por el Estado. La píldora es relativamente fácil de conseguir, siendo necesaria la receta médica para comprar en farmacia las que están subvencionadas (CCM Salud, s.f). Las no subvencionadas se puede comprar fácilmente por Internet, como he comprobado yo misma.

La píldora es el tercer método anticonceptivo más utilizado en el mundo (World Health Organization, 2013). En nuestro país, la píldora constituye el segundo método anticonceptivo más utilizado, por detrás del preservativo. El preservativo es usado por el 29,6% y la píldora por el 17,3% de las mujeres (SEC, 2018). La píldora se utiliza para prevenir embarazos, pero al no tratarse de un método de barrera no protege contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Los efectos del consumo de este medicamento van más allá de prevenir el embarazo. Entre los efectos que pueden resultar positivos se encuentra su capacidad para disminuir los cólicos menstruales y dismenorrea (menstruación dolorosa), además de disminuir la incidencia de anemia ya que a menudo reduce el sangrado menstrual. Por otra parte, pueden proteger de infecciones en las trompas, de la endometriosis, disminuir el riesgo de cáncer de ovario, de colon y de endometrio (González-Hernando et al., 2013). Algunos anticonceptivos orales también se emplean para reducir el acné, disminuir el vello corporal o mejorar la apariencia del cabello (Daphne, 2011). Pero estos fármacos también tienen efectos secundarios negativos. Los más frecuentes son el sangrado intermenstrual, las náuseas, el aumento de peso, los cambios de humor, la sensibilidad en las mamas y cefalea (González-Hernando et al., 2013). A largo plazo la píldora se ha asociado con un posible aumento de la tasas de cáncer de cuello uterino, mama e hígado (Liao y Dollin, 2012). En el caso concreto del cáncer de mama, Soroush et al. (2016) realizaron un metaanálisis y concluyeron que el uso de estas píldoras aumentó el riesgo de cáncer de mama hasta 1.52 veces. Otro de los efectos más graves con los que se relaciona la píldora es el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV), que consiste en la formación de coágulos de sangre en el interior de las venas, la mayoría de las veces en las piernas (Lidegaard, Nielsen, Skovlund, Skjeldestad y Løkkegaard, 2011).

---

<sup>2</sup> Existe una pastilla compuesta únicamente por progesterona, pero esta solo se receta en casos concretos. También existen otros métodos de anticoncepción hormonal además de la píldora: la inyección, el anillo vaginal, el parche, el implante en el brazo o el dispositivo uterino.



En la actualidad coexisten muchas marcas de píldoras anticonceptivas, algunas de estas marcas son: Divina, Nordet, Linelle, Loette, Diane, Yas, Mercilon, Yasmin, Sibilla, Low-Ogestrel, Cryselle, Levora, Tri-Levlen, Trivora-28, entre otras. Estas píldoras pueden ser de primera, segunda, tercera y cuarta generación, según el orden de salida al mercado. Con las sucesivas generaciones de píldoras se ha modificado la composición de las mismas tratando de reducir algunos efectos secundarios, aunque aumenta el riesgo de trombosis entre las píldoras de tercera o cuarta generación (CCM Salud, s.f).

## **2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.**

Para abordar el objeto de estudio o “cuestión de interés” (Latour, 2008) en torno a la píldora, me he propuesto dos objetivos principales, con sus respectivos objetivos específicos:

### **1) Construir la cartografía de la controversia en torno al anticonceptivo oral combinado (en adelante, AOC o simplemente la píldora) en España.**

**Para lo cual nuestros objetivos específicos serán:**

- a. Reunir evidencias que justifiquen que se trata de una controversia.
- b. Explorar la trayectoria histórica de la píldora en España.
- c. Detectar los actores involucrados en la controversia.
- d. Encontrar los puntos calientes de la controversia en relación a la píldora y clarificar el posicionamiento de los actantes en relación a los mismos.
- e. Mapear las redes de relaciones entre actantes implicados en la controversia.

### **2) Rastrear la controversia desde el posicionamiento de las mujeres españolas jóvenes que consumen (o han consumido) la píldora anticonceptiva, centrándonos en los siguientes objetivos específicos:**

- a. Su percepción del riesgo asociado a su consumo.
- b. La relación establecida con los especialistas de la salud.

Más concretamente, focalizo el estudio en las usuarias o exusuarias menores de 30 años, por ser las edades en que más se consume la píldora. Además, en los rangos de 15 a 20 y de 20 a 25 años el uso de la píldora se ha incrementado significativamente en los últimos cuatro años (SEC, 2018).

## **3. MARCO TEÓRICO.**

El estudio de la píldora se puede enfocar tanto desde la Sociología de la Salud como desde la Sociología de la Ciencia y la Tecnología (donde también encontramos la teoría de la Sociedad del Riesgo), pues se halla atravesada por ambas dimensiones al tratarse de un avance tecnológico y, al mismo tiempo, de un fármaco. Por su parte, la producción teórica feminista ha hecho grandes aportaciones a los estudios de la Salud y de la Ciencia y Tecnología. Además, las distintas corrientes feministas se han posicionado frente a la píldora, de forma que la teoría feminista se revela fundamental en este estudio. Las aportaciones realizadas desde la Sociología de la Familia también son relevantes a la hora de analizar los

cambios en las dinámicas familiares y sexuales y vincularlos con el uso de los anticonceptivos<sup>3</sup>.

### **3.1. Aportaciones teóricas al estudio de la Salud y Enfermedad.**

Para entender en términos sociológicos la salud, partiremos de una revisión de las aportaciones brindadas desde el marxismo, funcionalismo e interaccionismo simbólico, a través de autores clásicos como Marx, Durkheim, Parsons y Goffman, para después detenemos en aportaciones más recientes como las de Foucault y sociólogos de la salud como Conrad. Entre las aportaciones feministas, nos centraremos en el análisis de la píldora elaborado por Beatriz Preciado.

#### ***1. Desde la Sociología.***

La teoría sociológica de Karl Marx (1818-1883) y de Friedrich Engels (1820-1895) es un precedente esencial para dar cuenta, a partir de su concepción dialéctico-materialista de la historia, de la interacción entre las condiciones económicas y las instituciones sociales. Desde la teoría marxista, el sistema de salud es entendido como una institución social inseparable de las relaciones materiales y económicas que a nivel macrosocial se dan en un determinado lugar y contexto. Por consiguiente, el sistema de salud no es estático, y está sujeto a procesos de cambio y transformación. Así pues, la incorporación de la perspectiva de clase y de la dimensión económica al análisis de la salud resulta imprescindible para analizar las diferencias y desigualdades sociales en relación a la misma. Cada sociedad posee sus propias condiciones y patologías en consonancia con el modo de producción prevaleciente y, además, la posición social incide en la morbilidad y mortalidad, la esperanza de vida y el acceso a los servicios médicos (Villarreal Varela, 2015).

Por otra parte, la teoría de Durkheim nos permite conceptualizar la salud como problema social. En su obra "El suicidio" (1897), toma como punto de partida el concepto de "hecho social" para la investigación sociológica de la salud. Si partimos de esta concepción durkheimiana de hecho social, la salud está condicionada social y culturalmente y refleja normas, valores, conocimientos, creencias y símbolos de la sociedad en general. Es interdependiente con instituciones como la familia y el trabajo, e inseparable del proceso de socialización que se desarrolla en un marco cultural diferente para cada grupo social. Esto implica que cada grupo social poseerá una definición peculiar de salud, y esta definición ejerce una influencia activa sobre la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes al mismo, a lo que Talcott Parsons denomina "relatividad cultural de la salud y la enfermedad" (Villarreal Varela, 2015).

Desde este enfoque encuadrado en el funcionalismo estructural, Parsons (1951), en su obra *El Sistema Social*, concibe como, dentro del sistema social, la salud tiene una función muy concreta, y es el mantenimiento del orden y del equilibrio social. Paralelamente, la enfermedad se vería como una disfunción que obstaculiza el correcto funcionamiento de la sociedad. Por lo tanto, salud y enfermedad, desde la perspectiva funcionalista, son algo más que condiciones o estados del individuo. La salud, en tanto estado interdependiente de la cultura y la estructura social, esencial para su armonía y equilibrio, pasa a ser también un asunto de responsabilidad social.

Por su parte, el interaccionismo simbólico centra su interés en cómo la enfermedad y la experiencia subjetiva del enfermo son construidas a través de la relación médico-paciente, y

---

<sup>3</sup> Estas aportaciones las incluyo en el "*Contexto socio-histórico en el que emerge la controversia de la píldora en España*", partiendo de la entrevista realizada a la experta en Sociología de la Familia.

de esta forma nos aproxima a las relaciones de poder en la construcción de la salud y de la enfermedad. Goffman, que analiza las relaciones sociales en tanto representaciones teatrales, parte de la idea de que los médicos adecúan su lugar de trabajo y su apariencia para transmitir la sensación de profesionalidad y poder, lo cual puede ser más determinante que el conocimiento que posea (García, 2005). Siguiendo en esta línea, Foucault (1992) profundiza en el papel de la medicina como un poderoso medio de disciplina y control social, que enfatiza la vigilancia y la disciplina de los cuerpos.

La microfísica del poder permite determinar cómo el poder disciplinario atraviesa los cuerpos y graba la norma en las conciencias. A partir de los siglos XVI y XVII, en el ejército, en las escuelas, los hospitales, los talleres y otros espacios se desplegaron (sic) toda una serie de técnicas de vigilancia y control, de mecanismos de identificación de los individuos, de cuadrícula de sus gestos y de su actividad que fueron conformando determinados tipos de productores (Foucault, 1992, p. 25, 26).

Para Foucault, con el advenimiento de las sociedades disciplinarias se produce la encarnación de las formas políticas en el cuerpo a través de juegos estratégicos de biopoder que son sustentados y dirigidos por una serie de técnicas, dispositivos, instituciones, prácticas discursivas, disciplinas, y espacios, con el objetivo de docilizar a los sujetos. Algunos de estos espacios son la fábrica, la escuela, los hospitales, entre otros (Barrera Sánchez, 2011).

Los estudios de la biopolítica y de medicalización contemporáneos, que analizan las formas de control social a través del cuerpo y de la vida, han tenido una gran difusión en los últimos años. Comportamientos antes etiquetados como “pecado, debilidad moral o crimen”, o simplemente considerados como parte natural de la vida, en la sociedad moderna son conceptualizados como “enfermedades” o “desórdenes”, de forma que muchas características de la vida humana han sido incluidas bajo estas categorías. Esto da cuenta de hasta qué punto la categoría de “enfermedad” es para la mayor parte de los fenómenos una “construcción social”.

Esta enorme ampliación del concepto de enfermedad, extendiendo los límites entre lo normal y lo patológico, va de la mano de la medicalización de la sociedad, que es definida por Kishore como «la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y abarca diversos problemas que antes no eran considerados como entidades médicas» (como se cita en Zoya, 2010, p.4). De esta forma, Conrad (2007) analiza cómo la medicina ha adquirido un gran prestigio y se ha erigido como el principal agente reparatorio y la salud pública como principal institución de control en nuestra sociedad, en tanto y cuanto es medicalizado todo lo etiquetado como “anormal” o como “desviado”. Entre otras, la actual medicalización de la “anormalidad” incluye categorías tales como el alcoholismo, trastornos mentales, modalidades de conducta, adicciones a opiáceos, trastornos alimentarios, opciones sexuales y de género, discapacidades de aprendizaje... Así mismo, procesos comunes de la vida han sido medicalizados, incluyendo la ansiedad y ciertos estados de ánimo, la menstruación, el control de la natalidad, la infertilidad, el sexo, el parto, la menopausia, el envejecimiento y la muerte. De esta forma, la medicina ha generado en los últimos años numerosas nuevas categorías: el trastorno de hiperactividad y déficit de la atención, el síndrome premenstrual, el trastorno de estrés postraumático o la disfunción sexual (Quadrelli, 2015).

Esta expansión de la medicina va aparejada al uso cada vez más intensivo de las terapias farmacológicas, lo cual implica una reconfiguración del campo médico en el marco de la sociedad capitalista, convirtiendo a la industria farmacéutica en una fuente de poder. En esta dirección algunos autores apuntan que: “las multinacionales del sector se interesan cada vez

menos por la salud de las personas y más por generar estrategias de mercado para sus productos, sean estos nuevos o refundados para patologías recién definidas” (Cruz y Meneses, 2018, p. 62-63).

A esta realidad se la ha denominado «promoción de la enfermedad» o «tráfico de enfermedades» y, desde el punto de vista de estos autores constituye un problema de salud pública por diferentes motivos: conlleva la medicalización de “estados normales”, impulsando el uso excesivo de medicamentos; implica una gran inversión de recursos en la investigación, promoción y tratamiento de estados poco importantes en detrimento de los verdaderamente graves; trae consigo nuevos problemas de salud asociados a los efectos secundarios de los medicamentos, etc. También se debe considerar que los consumidores no son agentes pasivos y están jugando un papel creciente en la medicalización, sobre todo en las sociedades de consumo más desarrolladas en las que el mayor nivel de vida va aparejado a un rechazo de la enfermedad y la muerte, de forma que muchas veces son los propios pacientes los que buscan ser tratados ante pequeñas incomodidades y síntomas (Quadrelli, 2015).

## ***2. Desde la Teoría Feminista.***

Las mujeres han sido invisibles para la atención sanitaria, el diagnóstico y el tratamiento de muchas enfermedades. El sesgo de género en la medicina se ha puesto de manifiesto de tres formas:

1. Ausencia de mujeres en los ensayos clínicos.
2. Medicalización excesiva de procesos naturales, como los trastornos de la menstruación o la menopausia ya nombrados, pero también a otros como los relacionados con la salud mental.
3. No asistencia de los procesos biológicos o sociales que sean causa del malestar y la fatiga (Valls-Llobet, 2010, p.42).

La primera ausencia ha resultado en que no se tengan en cuenta las diferencias en el modo de enfermar de hombres y mujeres. Hay evidencias científicas de que algunas patologías tienen mayor prevalencia en uno de los dos sexos, y de cómo, las mismas patologías, presentan distinta sintomatología en hombres y mujeres.

Además, no debemos olvidar que distintos factores de carácter ambiental, biológico, psicológico y social, así como su mutua interacción e imbricación, hacen enfermar de forma diferente a hombres y mujeres: “la morbilidad femenina diferencial hace referencia al conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres” (Valls-Llobet, 2010, p.45). Entre los riesgos psicosociales que pueden empeorar el estado de salud de las mujeres encontramos el paro y la precariedad laboral, el malestar físico que produce la sobrecarga de trabajo doméstico, así como el estrés físico y mental producto de la doble jornada laboral como asalariadas y como cuidadoras de toda la familia.

No obstante, la morbilidad diferencial no se ha tenido en cuenta, ni se ha tratado de minimizar estos riesgos, de forma que la morbilidad masculina ha sido por mucho tiempo la forma “universal” de la enfermedad. Este “sesgo” y esta desigualdad en la investigación e innovación médica ha contribuido a que muchos de los síntomas en mujeres sean confundidos, minimizados o mal diagnosticados y que sus quejas sean frecuentemente atribuidas a causas psicosomáticas.

Paralelamente a esta suma de “olvidos” y “errores”, la medicina ha ejercido un control férreo de la mujer a través del control de sus procesos naturales. Los análisis feministas de la medicina, de la salud y de la enfermedad han reflexionado sobre el papel de la medicina en la subordinación de las mujeres a través del dominio de la sexualidad y la reproducción, y han conceptualizado el cuerpo como el ámbito donde se produce la mayor parte de la interacción social (García, 2005). La institución médica ha controlado el cuerpo de las mujeres a través de la medicalización y la patologización de procesos naturales, como los trastornos de la menstruación, la menopausia y el parto, así como mediante un trato jerárquico y, en ocasiones, deshumanizado. A esta apropiación del cuerpo y la sexualidad de la mujer se la ha convenido en llamar violencia obstétrica (Aleman, 2011).

Focalizándonos en el caso concreto de la píldora, esta es la “gendered drug” por excelencia, es decir, un medicamento atravesado por jerarquías sociales y diferencias de poder entre los géneros. Ha modificado las percepciones sociales en torno a la anticoncepción, la sexualidad y las relaciones de género, sino que también ha contribuido a modificar el propio concepto general de “fármaco”. En las sociedades medicalizadas este no se limita ya a las sustancias que se utilizan prevenir, aliviar o curar una enfermedad, sino que también se ha extendido para referirse aquellas drogas empleadas en la regulación de “estados naturales” de la vida, como el embarazo o la menstruación (Ortiz-Gómez y Santesmases, 2014).

Beatriz Preciado (2008), desde su enfoque foucaultiano, ha conceptualizado la píldora como el panóptico comestible ya que, “en la era farmacopornográfica, el cuerpo se traga el poder” (p.36). O, dicho de otra forma, el poder se convierte en bio-poder, y la píldora es un laboratorio estatal miniaturizado instalado en el cuerpo de cada consumidora. La torre de vigilancia ha sido sustituida por un cómodo sistema de administración oral que gestiona la propia consumidora.

La celda es ahora el cuerpo mismo de la consumidora que se ve modificado bioquímicamente, sin que una vez ingerido el compuesto hormonal puedan determinarse los efectos exactos ni su procedencia. Las puniciones y los sermones educativos se han transformado aquí en recompensas y promesas de libertad y emancipación sexual para la mujer. (Preciado, 2008, p.35)

Entre las múltiples ventajas de la píldora como sistema de control Preciado destaca que se trata de un dispositivo ligero, portable, individualizado, que permite modificar el comportamiento y el cuerpo feminizándolo (reduciendo la libido y aumentando los pechos), temporalizar la acción, regular y diseñar la actividad sexual y el crecimiento de la población: “se trata de una microprótesis hormonal que permite, además de regular la ovulación, producir el alma del sujeto heterosexual mujer moderno” (Preciado, 2008, p.137). También reflexiona de cómo el estudio de las hormonas masculinas siempre ha estado dirigido a virilizar y sexualizar a los hombres, mientras que las hormonas femeninas buscan controlar la sexualidad y la capacidad de reproducción de las mujeres. Denuncia que la píldora haya sido la privilegiada médica y jurídicamente como método anticonceptivo “frente a otros métodos menos tóxicos y con menos efectos secundarios que requieren una menor atención cotidiana, como la vasectomía (esterilización masculina) reversible o no, la anticoncepción hormonal masculina, la RU-486 o píldora del día después, o incluso el aborto masivo por aspiración uterina en los estadios tempranos de la gestación” (Preciado, 2008, p.137).

### **3.2. Aportaciones teóricas al estudio de la Ciencia y Tecnología.**

A continuación, expondré resumidamente las aportaciones teóricas que han hecho a los estudios de la ciencia y tecnología sociólogos como Ulrich Beck, Anthony Giddens, y autoras



de distintas corrientes feministas, como Firestone desde el feminismo radical, Donna Haraway y Wajcman desde el tecnofeminismo o las de Angela Davis desde el feminismo negro.

### ***1. Desde la Sociología.***

La posición de la ciencia y la tecnología en el imaginario social no ha sido siempre la misma. La ciencia, en su propio desarrollo, se ha visto obligada a enfrentarse a sí misma, a los productos de sus propios avances. Desde la creación de la bomba atómica, la naturaleza ha dejado de ser la productora de riesgos para pasar a serlo la propia sociedad moderna (Beck, 1998). De esta forma, como analiza Beck en la *Sociedad del Riesgo* (1998), se ha transitado de una cientifización simple, orientada al control de la naturaleza y basada en la idea de progreso, a una cientifización reflexiva, desde la segunda mitad del siglo XX, volcada a sí misma y a sus propios productos.

Esto no quiere decir que la ciencia y los científicos -o sistemas expertos, en palabras de Giddens (1995)- hayan perdido su posición privilegiada en la sociedad, sino todo lo contrario. Es el propio "éxito" y extensión de la ciencia lo que ha revertido en su propio cuestionamiento. Hoy en día, el conocimiento científico se considera necesario, pero, a causa de los riesgos y peligros que ha traído consigo (desde la bomba nuclear hasta el cambio climático), también debe ser continuamente revisado -sin renunciar al método científico, eso sí-.

Esto es por lo que, según Beck, nos hemos convertido en "una sociedad del riesgo", obsesionada en controlar y minimizar los riesgos generados por la propia sociedad en su desarrollo científico-tecnológico. El riesgo es "el enfoque moderno de la previsión y control de consecuencias futuras de la acción humana, las diversas consecuencias no deseadas de la modernización radicalizada. Es un intento (institucionalizado) de colonizar el futuro, un mapa cognitivo" (Beck, 2002, p.5). En definitiva, la ciencia es, al mismo tiempo y contradictoriamente, "causa, instrumento de definición y fuente de solución de los riesgos" (Beck, 1998, p.203).

Pero, como analiza Giddens (1995), debido a la gran especialización de los científicos o sistemas expertos es muy complicado medir los riesgos y atribuir las consecuencias negativas o fallos del sistema a un conjunto de profesionales en específico o a un ámbito del saber concreto. La multiplicación y difícil medición de los riesgos, por no hablar de los desacuerdos que se dan entre profesionales con respecto las fuentes del riesgo, provocan reacciones contradictorias en la sociedad. Por ejemplo, se han multiplicado las alternativas a los sistemas expertos convencionales. Lo vemos claramente en el ámbito de la medicina y la salud en general, donde cada vez más individuos buscan en la medicina holística, la acupuntura, la homeopatía, el yoga, la meditación aquello que no creen encontrar en la medicina occidental. Otra de las tendencias ha sido la desmonopolización del conocimiento científico. Giddens se refiere a la doble-hermenéutica para indicar como en la sociedad moderna de individuos híper reflexivos se produce una mutua imbricación entre el conocimiento científico y el sentido común. El conocimiento de la voz nativa, es fácil confundirlo con el discurso científico, ya que los individuos legos se apropian de la jerga científica para referirse a las realidades sociales y para cuestionar el propio conocimiento científico.

Beck también analiza como la cientifización en condiciones de riesgo, "afecta a la relación externa de modo que los destinatarios y usuarios de los resultados científicos en política, ciencia y acción pública se convierten en activos coproductores del proceso social de

definición del conocimiento" (Beck, 1998, p.205). Pero no solamente los usuarios de los avances científicos y tecnológicos se han entrometido en el ejercicio de la ciencia, antes propiedad exclusiva de los científicos. La ciencia ha pasado de ser un ámbito imparcial a un "discurso", susceptible por tanto de ser instrumentalizado por fuerzas políticas y económicas. Los bandos opuestos en relación a una determinada problemática tratan de aportar pruebas científicas que "validen" sus posturas, porque, aunque el sentido común nos lleve a ver los resultados y argumentos científicos como neutros y objetivos, nada más lejos de la realidad (estos son en gran medida "fabricables"). Esto da lugar a luchas de poder y a la multiplicación de los conflictos y desacuerdos en el seno de la ciencia.

Por tanto, como podemos observar, detrás de las tecnologías hay múltiples relaciones sociales y de poder. No obstante, no debemos caer en un excesivo determinismo social de las tecnologías y creer que por tanto el estudio social de la ciencia y la tecnología se debe orientar exclusivamente a estudiar estas fuerzas sociales subyacentes, pues las mismas innovaciones tecnológicas pueden modelar y cambiar estas fuerzas. El uso mismo de la tecnología cambia las relaciones sociales y su significado (Winner, 1987).

En el caso de la píldora, ha cambiado la forma de vivir la sexualidad de las mujeres, de percibir su cuerpo y de experimentar la maternidad, ha impactado en las relaciones de pareja y en la forma de percibir los fármacos, como veremos más adelante.

### ***3. Desde la Teoría feminista.***

Los distintos discursos feministas en torno a las tecnologías eclosionan con la extensión de las Nuevas Tecnologías Reproductivas, entre las que encontramos la píldora y otros métodos anticonceptivos y técnicas de reproducción asistida (inseminación artificial, fecundación in vitro...). A continuación, enunciaré las principales corrientes y posicionamientos frente a este avance tecnológico que no ha dejado indiferente al movimiento feminista.

Desde el feminismo radical de los años 70', con su premisa de "lo personal es político", se defiende la tecnología como un factor indispensable, subversivo y modernizador en el proceso de emancipación de la mujer. Así pues, la píldora será defendida y aclamada por el movimiento feminista de la segunda ola, que posibilita la rotura entre reproducción y acto sexual, que ya nunca más serán sinónimos. Para Firestone (1976), la cual propone un socialismo cibernético feminista, la tecnología se alzaba como una necesidad en la emancipación de la mujer, en tanto esta permitiría la liberación de las mujeres de la "tiranía" de su biología.

No obstante, pronto surgieron voces dentro del feminismo más radical que denunciaron los efectos secundarios de la píldora y criticaban a la institución médica que contribuía a conformar los roles de género y pretendía hacerse con el control reproductivo, de forma que en los años 80', momento de expansión de la píldora y de explosión del sida, la confianza en las tecnologías comenzó a esfumarse y la teoría feminista centró su atención en las relaciones capitalistas y patriarcales que generaba la tecno-ciencia. Se argumenta que, "si la ciencia y la medicina se fundamentan en planteamientos puramente masculinos, las mujeres, además de luchar por el derecho a acceder a los espacios de poder, debemos también cuestionar esos espacios y finalmente acomodarlos a nuestras necesidades" (Dupuy, 2012, p.34). Se busca que el control de la reproducción y de la sexualidad esté en manos de las mujeres, alejándose del control médico y patriarcal mediado por la tecnología.

En los años 90, se abre un campo de investigación denominado tecno-feminismo efusivamente acogido por generaciones de mujeres que han crecido cerca del lenguaje tecnológico. Se busca un punto de vista más optimista que ponga de manifiesto la agencia de

las mujeres en el uso de las tecnologías. Aquí encontramos la imagen del Cyborg de Donna Haraway, en la que el sujeto es concebido como un híbrido entre lo biológico y lo cibernético. Su empeño se centra en criticar aquellos posicionamientos que rechazan las tecnologías y propone nuevas construcciones de lo “natural” abiertas a la intervención tecnológica y científica. Wajcman, como una de las máximas exponentes del tecno-feminismo, critica la corriente hegemónica de los estudios sobre ciencia y tecnología por no tener en cuenta la estrecha relación entre tecnología y patriarcado. El conocimiento de la ciencia y la tecnología, que se configuran como un espacio fundamental de poder y de recursos en la sociedad moderna, ha sido apartado de las mujeres. Así, afirmará: «el género no se trata sólo de diferencia sino de poder: la excelencia técnica es una fuente del poder real y potencial de los varones sobre las mujeres» (Wajcman, 2006, p. 159).

Una postura en disputa con el tecno-feminismo es la del eco-feminismo, que también surge en esta década. El eco-feminismo, defiende que la maternidad es la base identitaria de las mujeres y propone la metáfora de una mujer conectada a la naturaleza para ensalzar a la mujer como sujeto-actor de sus propios derechos. Critican que las Nuevas tecnologías han sido empleadas para responder a intereses no solamente sexistas, sino también clasistas y racistas.

Esto también se ha denunciado desde el “Black feminism”. Desde los años 70, el control demográfico de la población se ha convertido en un fenómeno global. Mientras en los países del Primer Mundo ha aumentado la ansiedad por el descenso de las tasas de natalidad, el Tercer Mundo padece agresivas políticas eugenésicas de limitación de sus nacimientos. Para estas últimas las Nuevas Tecnologías Reproductivas se han traducido en esterilizaciones masivas, abortos selectivos e intervenciones forzadas. Autoras como Ángela Davis (2005) han defendido el derecho de aborto y la accesibilidad a los distintos métodos anticonceptivos por las mujeres con menos recursos económicos, pero sin anteponerlos a los derechos reproductivos de las mujeres y a su libertad de elección. Con términos como ‘el suicidio de la raza’ ha difundido la idea de que el control de natalidad era un derecho para las mujeres ricas y blancas y un deber para el resto.

## **4. METODOLOGÍA, TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN Y DE ANÁLISIS**

### **4.1. Teoría del actor-red y Cartografía de la Controversia.**

La Actor Network Theory, en lo siguiente ANT o teoría del actor-red, es más que una metodología o protocolo concreto de investigación. Se trata de una propuesta teórico-metodológica que permite relacionar distintas metodologías y técnicas, y cuyo fin es proporcionar un marco para aproximarnos desde las ciencias sociales a la dinámica de las sociedades modernas, donde el “riesgo” se materializa en distintas controversias en la que se encuentran involucrados una multiplicidad de actores relacionados entre sí (Santiago-Gómez, 2012).

La ANT parte del principio de simetría “generalizado” o “radicalizado”, en lo que respecta a la consideración de los humanos y no humanos, pues considera tanto a unos como a otros actantes del universo social. Con este principio de simetría pretende escaparse de las grandes separaciones entre naturaleza y cultura y es un punto de partida imprescindible para acceder al estudio de las controversias que existen en las sociedades tecnológicas (Latour, 2008).

La teoría del actor-red pretende acceder a las controversias sociales, pero no trata de resolverlas. Todo lo contrario, las deja expresarse y fluir, las mantiene abiertas, como incertidumbres, y nunca trata de ponerse por encima de los actores en lo que respecta a su



capacidad de crear y ordenar el universo social. Por ello, nuestro rol de científicos sociales cambia: “ya no es suficiente limitar a los actores al rol de informantes [...]. Hay que restituirles la capacidad de crear sus propias teorías de lo que compone lo social. Hay que seguir a los actores mismos” (Latour, 2008, p.27-28)

A su vez, Latour enuncia cinco incertidumbres en la ANT, resumidas por Tirado (2005):

En primer lugar, el reconocimiento de que no existe nada parecido al grupo. Más bien existe la formación y la disgregación de los grupos, pues es en estos momentos de “debilidad” cuando dejan más rastros que cuando se estabilizan. La experiencia más cotidiana es la de pertenecer a grupos diferentes y contradictorios, que se forman y deshacen continuamente.

La segunda incertidumbre subraya que la acción nunca es transparente. La acción no solamente pertenece al actor, ya que esta se halla siempre desbordada, continuamente interceptada por algún actor inesperado. La acción es un nodo en el que se encuentran diversas agencias.

En tercer lugar, en la acción no se implican exclusivamente actores humanos, pues los objetos, lo material, también se compromete. La teoría del actor- red asume un principio semiótico según el cual cualquier cosa que modifica un estado de cosas introduciendo alguna diferencia es un actor, o si no dispone de figuración concreta: un actante.

La cuarta incertidumbre versa sobre nuestro objeto de estudio. No existe nada parecido a un hecho fáctico, dado o definido per se. Se parte del análisis empírico, pero se asume que las cosas se despliegan como algo múltiple. Más que hechos o cosas, el objeto de estudio son “cuestiones de interés”.

La quinta incertidumbre se refiere a la misma escritura. No se debe renunciar al anhelo de una explicación objetiva, pero se debe entender que esta es un relato en el que existen multitud de agencias que trabajan como objetos o resistencias al punto de vista del analista. En este sentido, se ha de tener muy presente el propio rol que el analista juega en el despliegue de la controversia.

Por otra parte, la cartografía de controversias fue inicialmente un conjunto de técnicas para explorar cuestiones sociales desarrollada por Bruno Latour como versión didáctica de la teoría del Actor Red. No obstante, su alcance ha sobrepasado su origen didáctico, convirtiéndose en un método completo de investigación adoptado en varias universidades de Europa y EEUU. Las controversias pueden ser definidas como situaciones donde discrepan los actores (o mejor dicho, donde se ponen de acuerdo sobre su desacuerdo). Emergen cuando las cosas que están asentadas comienzan a ser cuestionadas y discutidas. Este es, como dice Venturini (2010), el motivo de por qué las peleas son tan interesantes para las ciencias sociales, es que abren las cajas negras, cosas e ideas que de otro modo serían dadas por garantizadas.

Para cartografiar las controversias, debemos dirigir nuestra atención a las redes de actantes, es decir, a las situaciones en que los actores interactúan y forman alianzas u oposiciones, teniendo presente que todo aquello que tenga una influencia en la acción, humano o no-humano, debe ser considerado siempre como un actor y nunca como un elemento contextual.

Venturini (2010) propone una serie de pasos a seguir en la cartografía de la controversia resumidos por Santiago-Gómez (2012): en primer lugar, deben definirse los elementos que entran en la controversia, pero que no son en sí mismo controvertidos y atender a la historia de la controversia. A continuación, deben mostrarse y presentarse los puntos de desacuerdo o puntos calientes, teniendo presente que las disputas rara vez son oposiciones binarias entre

dos partes y dos puntos de vista. El siguiente paso será analizar la literatura científica y periodística, que nos permite acceder a la producción y al discurso de los actores involucrados en las controversias científico-tecnológicas. Así podremos elaborar la tabla de actores y de grupos, además de las relaciones entre ellos. Las controversias sociales son siempre de carácter dinámico, así que las alianzas y oposiciones pueden cambiar en cualquier momento. En esta parte es crucial visualizar la controversia, representarla, lo que permite reunir diferentes formas de conocimiento.

En esta representación podremos disponer los distintos mundos o “cosmologías”, empleando la terminología del mapping, en los que podemos ubicar a los actores. Estas se refieren a las ideologías y mundos sociales que subyacen a los posicionamientos contrapuestos de los actores y grupos. La cartografía de controversias resulta útil para los científicos sociales que queremos describir la realidad social, útil para los políticos que deben tomar decisiones y útil para los periodistas, pero, sobre todo:

Cartografiar el riesgo es un modo de dar voz a una amplia gama de actores, desde las autoridades responsables a los científicos; pero, sobre todo, a la vida, a la realidad pública. Y es que mediante la cartografía del riesgo se visualizan las conexiones de sus declaraciones sobre las cosas y sobre los asuntos de preocupación (Santiago-Gómez, 2012, p.243).

#### **4.2. Observación participante, análisis documental y entrevistas en profundidad.**

La ANT se caracteriza por no querer constreñir de ninguna forma el proceso de investigación. Se trata de una investigación exploratoria, y la lógica de esta metodología es inductiva.

Al menos al principio de sus exploraciones, los cartógrafos deben hacer cualquier esfuerzo para seguir siendo lo más abiertos posible. Sorpresa y curiosidad deben inspirar sus conceptos y protocolos más que al revés. En cartografía social, la observación precede siempre a la teoría y a la metodología (Venturini, 2010).

Siguiendo estas recomendaciones, la observación participante ha sido el primer método que he empleado para ir familiarizándome con el objeto de estudio (Mesías, 2010). La he desarrollado en distintos contextos: charlando en persona con mujeres conocidas que han tomado la píldora, con hombres acerca de sus usos y percepciones de los anticonceptivos, y a través del Instagram, rastreando perfiles que, sobre todo desde un enfoque eco-feminista, tratan temas como la menstruación, la salud de las mujeres y la anticoncepción. Por otra parte, no debo pasar por alto que yo misma he tomado la píldora, y esto me sitúa en una posición concreta como actante de la controversia, pues además de cartógrafa he sido usuaria.

Al principio y también durante todo el transcurso de la investigación he recurrido al análisis de documentos de distinto tipo (teóricos, científicos, periodísticos, legislativos...) para representar el Estado de la Cuestión.

Por otra parte, una vez reunida la suficiente información acerca de la controversia, para profundizar en el conocimiento sobre la misma he realizado entrevistas en profundidad. Con las entrevistas en profundidad he buscado “dar voz” a algunos de los actantes de esta controversia y acceder a la subjetividad de los individuos, para comprender sus posturas y contextos. Las entrevistas han sido semi-estructuradas, y he partido de un guión (véase Anexo I) con los puntos fundamentales que quería abordar, si bien he tratado de coartar lo menos posible a mis entrevistados, dejando que fueran ellos quienes sacasen a colación los temas y solamente guiando en determinados momentos sus intervenciones (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández y Varela-Ruiz, 2013). El tipo de muestreo ha sido no

probabilístico, mediante muestras accidentales, tratando de encontrar distintos perfiles que pudieran enriquecer mi investigación. He realizado un total de 8 entrevistas, tanto a jóvenes usuarias o exusuarias de la píldora como a expertos de distintos ámbitos. En primer lugar, los expertos a los que he entrevistado los he seleccionado por su cercanía con las usuarias de la píldora o por su conocimiento en relación a la misma, tratando de abarcar distintas especialidades. Finalmente las entrevistas realizadas a expertos se dirigieron a: una doctora experta en Sociología de la Familia, una radióloga que ha tenido pacientes afectadas por la píldora, Un ginecólogo, una “acompañante menstrual”.

Contacté con ellos a través de diversas vías: en la facultad me puse en contacto con la socióloga; en una conferencia sobre “Salud en las mujeres” con el ginecólogo y la radióloga; y a través de un mensaje de Instagram con la acompañante menstrual<sup>4</sup>.

En segundo lugar, a las usuarias o exusuarias de la píldora entrevistadas las he seleccionado atendiendo sobre todo a la razón de consumo de la píldora y a los efectos secundarios experimentados (buscando diversidad de perfiles). Sus características las muestro en la tabla 1. Todas las entrevistadas (y el entrevistado) son gallegos a excepción de la terapeuta sexual, que es canaria. Las entrevistas han sido realizadas a través de distintos canales: a la socióloga, radióloga, a Silvia y a Carolina las he entrevistado presencialmente; a Nadia y Ana, a través de Skype; y al ginecólogo y a Nuria a través de llamada telefónica. Todos los nombres de las usuarias los he cambiado por otros nombres ficticios.

**Tabla I**  
*Usuarias o exusuarias de la píldora entrevistadas*

<b>Nombre ficticio</b>	<b>Edad</b>	<b>Píldora consumida</b>	<b>Tiempo de consumo</b>	<b>Consumo actualmente</b>	<b>Razón de consumo</b>	<b>Efectos secundarios</b>
<b>Nuria</b>	19 años	Linnelle y Loette	2 años	Si	hormonal	No
<b>Ana</b>	23 años	Sibilla	6 meses	Si	anticoncepción	No
<b>Silvia</b>	23 años	Loette	1º: 3 meses. 2º: 6 meses	No	hormonal y anticoncepción	Sí
<b>Carolina</b>	24 años	Loette	1 año y medio	No	anticoncepción	No
<b>Nadia</b>	43 años	Yasmin	1 año aprox.	No	hormonal	Sí

Elaboración propia.

### **4.3. Análisis de contenido cualitativo.**

He analizado las entrevistas mediante un análisis de contenido, que puede definirse como “el conjunto de técnicas tendentes a explicar y sistematizar el contenido de los mensajes comunicativos y la expresión de ese contenido con ayuda de indicios cuantificables o no. Todo ello con el objetivo de efectuar deducciones lógicas justificadas” (Abela, 2002, p.4). Es decir, el análisis de contenido es una técnica de interpretación de textos (sea cual sea su forma) que sigue el método científico, y debe ser entonces, sistemática, objetiva, replicable y válida. En este caso he realizado un análisis de contenido cualitativo. El fin del análisis de contenido cualitativo es buscar conclusiones o extraer inferencias –explicaciones-

<sup>4</sup> El caso de la acompañante menstrual, en adelante Nadia, es particular, porque también fue usuaria de la píldora. Incluiré su testimonio como consumidora de la píldora por su relevancia y capacidad explicativa.

“contenidas” explícitas o implícitas en el propio texto. La unidad de registro analizada en este caso son los temas materializados en frases (Abela, 2002). El análisis ha sido inductivo: tras recolectar y el material empírico y trabajar con él he extraído las distintas categorías.

## **5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.**

### **5.1. Contexto socio-histórico en el que emerge la controversia de la píldora en España.**

#### ***1. Evolución de las formas familiares y amorosas con la introducción de la píldora en España.***

La píldora fue introducida en España en los años 60, poco después de que saliera a la venta en Estados Unidos, pero no fue legalizada hasta 1978. Desde que empezó a ser consumida de forma masificada, supuso una revolución de las formas familiares y un elemento de empoderamiento de las mujeres, ya que permitió disociar la sexualidad de la reproducción (Ignaciuk, 2016).

Durante los 60' y 70' la píldora se enfrentó a un panorama complicado: existía un régimen dictatorial legitimado ideológicamente por la Iglesia Católica, la cual imponía su visión moralista y conservadora en todo lo referido a la reproducción y la sexualidad. Durante este tiempo, se recetó en casos puntuales o era consumida clandestinamente. A pesar de estas restricciones, la píldora pudo comenzar a circular porque fue promocionada como medicamento anovulatorio -medicamento terapéutico para tratar problemas ginecológicos-, lo cual facilitó su empleo hasta el punto de convertirla en el método anticonceptivo más accesible para las mujeres. A partir de mediados de los sesenta, las compañías farmacéuticas internacionales tuvieron cada vez más presencia en España. Esto constituyó un elemento decisivo para fomentar la aceptación de estos anticonceptivos entre los profesionales y para que las innovaciones en relación a la píldora pudieran ser accesibles en un contexto de prohibición de divulgación de la información sobre los anticonceptivos. En la década de 1970, la aceptación de la píldora fue generalizada en casi todos los medios de comunicación españoles, a lo cual contribuyó el fuerte impacto del movimiento feminista. Los debates desarrollados contribuyeron a fomentar y normalizar la planificación familiar, a reclamar su legalización y a introducir la cuestión del placer sexual de las mujeres (Ignaciuk, 2016).

Raquel Martínez Buján explica cómo la píldora ha afectado a las formas familiares al permitir la planificación familiar: “en primer lugar, porque hay menos miembros, y después, porque hay más igualdad en el terreno sexual, ya que las mujeres pueden obtener placer sin el miedo de quedarse embarazadas. Cambia también la configuración familiar porque empieza a diferenciarse y disociarse lo que es el sexo del matrimonio, y también disociar el matrimonio del hecho de tener hijos” (Entrevista a experta en Sociología de la Familia).

Hasta el momento de introducción de la píldora, el hombre era el que podía controlar la anticoncepción: ahora lo es la mujer, lo que le otorga un nuevo status. La píldora acelera la “segunda transición demográfica” en España, la llamada “revolución silenciosa”, con la que cae la natalidad por debajo del nivel de reemplazamiento (Del Campo, 2004). Esta transición, sumada al acceso en masa de las mujeres al mercado de trabajo, han implicado numerosos cambios, y las formas familiares y las relaciones afectivo-sexuales se han diversificado enormemente desde la introducción de la píldora.

Las posiciones con respecto a la píldora empezaron a divergir en 1970. En Estados Unidos, el feminismo radical comenzó a denunciar los efectos perjudiciales de la píldora y a exigir la reducción de los niveles de estrógenos: estas demandas propiciaron la salida al mercado de

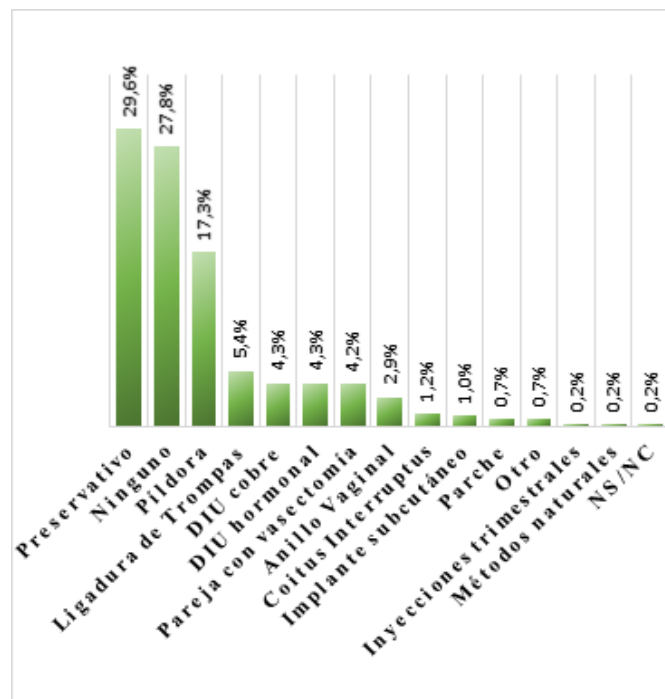
nuevas generaciones de píldoras con composiciones ligeramente distintas. En España también se alzaron voces feministas que denunciaban la nocividad de la píldora y replanteaban cuestiones relacionadas con la responsabilidad por la anticoncepción dentro de la pareja. El panorama se complicó aún más en la década de 1980 por el surgimiento del VIH y el SIDA, contra el cual solo los métodos de barrera ofrecían alguna protección (Watkins, 2012).

Estos factores han cambiado el imaginario social en torno a la píldora, y también la forma en que ha sido vendida desde entonces. Desde la década de 1960 hasta la década de 1980, las compañías farmacéuticas anunciaban las píldoras anticonceptivas expresamente con el propósito de controlar la natalidad. Pero en la década de 1990, los fabricantes comenzaron a promocionar en EEUU sus nuevas marcas de anticonceptivos orales como medicamentos para el estilo de vida, enfatizando sus beneficios secundarios. Los métodos más nuevos que han salido al mercado desde 1990, como el implante, el parche para la piel y el anillo vaginal, proporcionan diferentes sistemas de administración de las hormonas, pero si nos referimos a verdaderas innovaciones en el mundo de la anticoncepción, la investigación lleva moribunda durante décadas (Watkins, 2012).

Actualmente, más de 90 marcas de anticonceptivo oral genérico están en el mercado. Las marcas de Bayer, como Yaz y Yasmin, promocionadas como tratamiento para los dolores premenstruales, el trastorno disfórico y el acné, se han convertido en unas de las más exitosas. Pero al mismo tiempo, también en las más demandas por sus efectos secundarios (Serentill, 2014).

## 2. Actualidad de la anticoncepción en España.

**Figura 1.** Porcentaje de utilización de cada método anticonceptivo en 2018 (en todas las franjas de edad, de 15 a 49 años).



Elaboración propia. Fuente: Sociedad Española de Contracepción. (2018).

Como podemos observar en la Figura 1, la píldora es el segundo método anticonceptivo más usado en España (17,3%), por detrás del preservativo masculino (29,6%). El impacto de la píldora en España es inferior al que tiene en países vecinos, teniendo en cuenta que el 58% de

las mujeres la consumen en Francia y el 60% en Portugal. La media mundial se mueve en torno al 28% (SEC, 2018).

Aunque el doble método no aparece reflejado en el gráfico, el 14,3% de las mujeres utilizan el doble método siempre y el 5,5% de forma ocasional. Esto es, durante sus relaciones sexuales usan un método anticonceptivo como la píldora, junto con el preservativo (SEC, 2018). Tampoco aparece reflejado el uso de la anticoncepción de emergencia: el 30% de las mujeres en edad fértil declaran haber tenido que recurrir en alguna ocasión a la toma de la píldora del “día después” (SEC, 2018). Las conclusiones de los registros oficiales sobre el comportamiento sexual y reproductivo de los jóvenes en España, muestran que su exposición al riesgo de que se produzca un embarazo no planeado, un aborto provocado o una infección de transmisión sexual (ITS) sigue siendo un problema importante (Colomer Revuelta, 2013).

#### Perfil etario de las usuarias de la píldora

**Tabla II**

*Evolución del porcentaje del uso de la píldora como método anticonceptivo, por años y franjas de edad*

	<i>De 15 a 19</i>	<i>De 20 a 24</i>	<i>De 25 a 29</i>	<i>De 30 a 34</i>	<i>De 35 a 39</i>	<i>De 40 a 44</i>	<i>De 45 a 49</i>
<b>2014</b>	8,80%	26,50%	28,40%	20,90%	17,20%	8,40%	6,40%
<b>2016</b>	18,90%	37,30%	34,00%	23,10%	16,20%	12,60%	10,40%
<b>2018</b>	21,00%	36,20%	28,50%	15,60%	15,60%	10,80%	6,70%

Elaboración propia. Fuente: Sociedad Española de Contracepción. (2018).

A nivel agregado, el consumo de la píldora ha disminuido en los últimos años. No obstante, este descenso parece provenir de una caída en su consumo entre las mujeres de más de 30 años pues, entre las mujeres más jóvenes, de entre 15 y 19 años y 20 y 25 años, el consumo de la píldora no ha dejado de crecer en los últimos cuatro años (SEC, 2018). No obstante, el preservativo es el método anticonceptivo más frecuente en todos los tramos de edad y especialmente entre los jóvenes (SEC, 2018). Por tanto, este incremento del consumo de la píldora en las mujeres más jóvenes no necesariamente responde a un incremento de su uso anticonceptivo pues, como veremos más adelante, tiene otras funcionalidades.

#### Conocimiento de los métodos anticonceptivos en los jóvenes.

En la toma de decisiones de las mujeres relativas a la anticoncepción, los últimos datos del SEC (2018) revelan que el consejo del personal sanitario (Ginecólogo, Médico de Familia, Matrona) es el que más influencia tiene en la mayor parte de las encuestadas (38,1%). La opinión de familiares y amigos también tiene una importante capacidad de influencia (14,3%), seguido de los medios de comunicación (3%), y las redes sociales (1,4%).

Multitud de estudios apuntan que los conocimientos de los jóvenes en materia de salud sexual y reproductiva son más bien escasos, ya sean estos estudios realizados con estudiantes de secundaria (Salgado y Esquete, 2010) o con universitarios (Torres Falguera, 2016). Esta desinformación corre paralela a la pobreza de políticas públicas en materia de educación sexual en nuestro país (Portalatín, 2013) y a la insuficiente capacitación administrada en consulta a las pacientes y usuarias de la píldora (Hincapié-García, Quintero-Agudelo, Gaviria, Estupiñán-Cabrera y Amariles, 2013).



En relación al conocimiento sobre anticoncepción hormonal, hay estudios que revelan que la mitad de los estudiantes universitarios desconoce lo que es un anticonceptivo hormonal y su mecanismo de acción (Torres Falguera, 2016); que solo una de cada tres usuarias sabe bien cómo usar el anticonceptivo hormonal que utiliza (Dimitriu, García-Jiménez, Martínez, y López, 2009); y que casi la mitad de las usuarias presentan factores de riesgo añadidos para sufrir un evento cardiovascular (Sevillano y Madrigal, 2014).

## 5.2. Actantes de la controversia.

A continuación, hago un recorrido de los actantes presentes en la controversia. Debemos tener en cuenta que estos actores no se hallan aislados, sino que actúan con otros actores conformando y destruyendo redes. La píldora anticonceptiva es el núcleo de la controversia y es también un actante que se relaciona con el resto de actores y actantes que se recogen en la tabla III. A su vez, podemos distinguir dos actantes diferenciados en función de la progestina utilizada en este AOC (Anticonceptivo Oral Combinado):

- Las píldoras de segunda generación: con progestinas de 2ª generación como el levonorgestrel y la norestisterona (en marcas como Loette y Linelle)<sup>5</sup>.
- Las píldoras de tercera generación: con progestinas de 3ª generación, como el dienogest (en la marca Sibilla) o la drospirenona (en las marcas Yaz y Yasmin).

**Tabla III**

### Actantes de la Controversia en torno a la píldora anticonceptiva.

Usuarias de la píldora	Sistema experto de la salud	Industria farmacéutica	Otros métodos anticonceptivos	Gobierno	Entorno social	Partidos políticos	Otros actantes
Usuarias actuales	Materiales Conocimiento Técnicas	Laboratorios farmacéuticos	Píldora masculina	Políticas farmacéuticas	Pareja	PP	Movimiento Feminista
Ex usuarias	Ginecólogos	Inversores	Preservativo	Políticas planificación familiar	Hijos	PSOE	Movimiento Pro-vida
Por fin anticonceptivo	Médicos de familia	Químicos	Métodos hormonales: parche, anillo...	Políticas sanitarias	Padres	Podemos	Mass media
Por fin no anticonceptivo	Medicina alternativa	Farmacias	DIU cobre	Políticas educativas	Grupo de pares	Ciudadanos	Iglesia católica
	Otros: nutricionistas...		Ligadura trompas y otros	Servicios juveniles		VOX	Poder judicial

Elaboración propia.

En relación a los otros actantes incluidos en la Tabla 3, tenemos:

*Las usuarias/consumidoras de la píldora.*

<sup>5</sup> Las de primera generación ya no están disponibles en el mercado. Entre las de tercera generación hay fuentes que diferencian algunas de cuarta generación.

Abarcan una diversidad de actantes: las usuarias actuales de la píldora y las exusuarias de la píldora con necesidades de anticoncepción, que han optado por otros métodos anticonceptivos en detrimento de la píldora. Además, tanto las usuarias como las exusuarias pudieron haber consumido la píldora por razones anticonceptivas o por razones no anticonceptivas. Otra clasificación en función de la edad de las usuarias sería: usuarias de la píldora de entre 15-30 años y usuarias de la píldora de más de 30 años.

#### *El sistema experto de la salud sexual y reproductiva.*

Las mujeres acuden a los especialistas por cuestiones de salud sexual y reproductiva. El concepto de “sistema experto” (Giddens, 1995) incluyen a actantes no humanos: los materiales usados, los conocimientos vigentes y las técnicas empleadas. Y, por supuesto, también a los humanos, es decir, a los especialistas, a los que las usuarias pueden acceder a través de la Sanidad Pública o de la Sanidad Privada. Los ginecólogos y los médicos de familia son los que frecuentemente recetan la píldora. También encontramos otros especialistas a los que las mujeres pueden acudir por cuestiones relacionadas con la salud reproductiva y hormonal, como los endocrinos, nutricionistas... Así como la “medicina alternativa” donde algunas mujeres buscan las respuestas que no encuentran en la medicina convencional.

#### *Industria farmacéutica.*

Formada por los actores que investigan, producen y comercializan las distintas marcas de píldoras y otro tipo de anticonceptivos. Dentro de la industria farmacéutica encontramos, además de distintos laboratorios (como el laboratorio Bayer), especialistas y profesionales: químicos, farmacéuticos, empresarios, inversores, etc. Sus productos se venden en las farmacias, establecimientos adonde las usuarias acuden a comprar la píldora.

#### *Otro tipo de métodos anticonceptivos.*

Entre estos actantes encontramos:

La anticoncepción hormonal masculina. Aunque no ha salido al mercado, la píldora masculina, en tanto potencial método anticonceptivo reclamado por diversos actantes, juega un importante papel en esta controversia.

El preservativo masculino. Como vimos, es el método anticonceptivo más empleado en España y el único que protege de las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual).

Otros anticonceptivos femeninos hormonales, como el anillo vaginal o el parche, que poseen un mecanismo de acción similar a la píldora.

Métodos de larga duración como el DIU, la vasectomía masculina y la ligadura de trompas.

Y métodos naturales, como la marcha atrás o el método sintotérmico.

#### *El gobierno.*

Gobierna legislando e implementando distintas políticas públicas. Estas políticas pueden estar reguladas por el gobierno central o por los gobiernos autonómicos, o darse una interseccionalidad entre ambos. Las políticas vigentes que participan de la controversia afectando a unos u otros actantes (a la comercialización de la píldora, a las usuarias de la píldora...) son las siguientes:

- a. Políticas farmacéuticas.



Los anticonceptivos son fármacos y por ende están sometidos a una serie de leyes que regulan su prescripción, comercialización y publicidad. Para poder adquirir los AOC financiados, es necesaria la prescripción médica. Por otra parte, en España, la píldora anticonceptiva no puede ser publicitada por estar financiada por la Sanidad Pública (Real Decreto 1416/1994, de 25 de junio, por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano, 1994).

b. Políticas de planificación familiar.

A través de las políticas de población los gobiernos regulan de manera más o menos explícita el control de la natalidad. Los intereses del PP y del PSOE se han materializado en distintas leyes y reformas en relación a la prevención e interrupción del embarazo que también afectan a la prescripción y comercialización de la píldora.

En la Ley para la interrupción voluntaria del embarazo, aprobada en 2010 por el PSOE, se dispuso la financiación por la Sanidad Pública de los anticonceptivos de última generación. En 2013, el Partido Popular excluyó las píldoras de tercera generación del paraguas de la financiación pública, de forma que hoy solo tienen subvención las antiguas<sup>6</sup> (Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, 2010)

c. Políticas sanitarias.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, en el que se incluye un apartado de servicios de atención a la adolescencia, que hace referencia a la promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad.

La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que integra el principio de igualdad de oportunidades en las políticas sanitarias (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

d. Políticas educativas: educación sexual en el currículo escolar.

A diferencia de en la mayoría de los países europeos, la educación sexual no figura en el currículo escolar. Si bien con la LOGSE y LOE existieron algunos contenidos específicos relativos a la educación sexual, con la LOMCE desaparecieron (Portalatín, 2013).

e. Servicios públicos de información y divulgación sexual y reproductiva.

Servicios específicos de las Comunidades Autónomas dirigidos a la población joven. Entre ellos se encuentran: Consulta Joven en el contexto de ciertos centros de salud y de Institutos de Enseñanza Secundaria, Asesorías sobre sexualidad juvenil, Centros Jóvenes de Anticoncepción y Sexualidad (CJAS), Teléfonos Jóvenes de información sexual y páginas web, entre otros. La manera en la que las Comunidades Autónomas gestionan sus programas

---

<sup>6</sup>La justificación del Ministerio de Sanidad para retirar los AOC citados es doble: económica y científica. Por el lado económico, se arguyó que los laboratorios fabricantes no habían aceptado el precio mínimo ofrecido por la comisión ministerial. Por el lado científico, atribuyeron una falta de evidencias científicas que demostraran una ventaja mayor de las píldoras más nuevas con respecto a las antiguas (Benítez & Sancho, 2013).

es diversa. Las ONG son en muchas ocasiones quienes ofrecen estos servicios informativos y divulgativos. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

#### *El entorno social de la usuaria.*

Se produce una negociación entre la mujer y su pareja sexual, que participa de las decisiones en torno a la anticoncepción. Por otra parte, los hijos (si ya se tienen o si se buscan) influyen en la decisión de anticoncepción de las mujeres. La familia de la usuaria y el grupo de pares pueden ejercer influencia sobre la mujer joven en su decisión de anticoncepción.

#### *Partidos políticos.*

Los posicionamientos en torno a la píldora de aquellos partidos que mayor representación han alcanzado tras las elecciones generales del 2019 son los siguientes:

PSOE: reclama la financiación de las píldoras de última generación.

PP: limitó la financiación pública de las píldoras, excluyendo las de última generación.

Unidas Podemos: aboga por la financiación de todo tipo de anticonceptivos. Además, ha instado al Gobierno a que ponga en marcha incentivos para la investigación de los anticonceptivos masculinos frente al desinterés de las farmacéuticas. También pide al Gobierno una partida presupuestaria para estudiar "la carga de enfermedad" asociada a la anticoncepción hormonal en mujeres (Borraz, 2018).

Ciudadanos: su posición no es clara, pero como consideran el aborto un "fracaso de la sociedad" y para prevenirlo defienden todo tipo de anticonceptivos, es probable que también estén a favor de todo tipo de píldoras (Asamblea Regional de Murcia, 2018).

VOX: dado que esta formación política busca penalizar el aborto, es posible que no esté a favor de los anticonceptivos orales pues tienen un mecanismo abortivo al impedir la implantación del cigoto (Antequera, 2019).

#### *Movimientos sociales.*

Desde el movimiento feminista, aunque no es homogéneo, se ha defendido el derecho de las mujeres de decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y su descendencia. Los métodos anticonceptivos son reclamados mientras no sean impuestos o dañinos. Son entonces denunciados los efectos secundarios píldora y la inexistencia de una píldora masculina que haga responsable también a los hombres de la contracepción.

Organizaciones autodenominadas "pro-vida" como "Derecho a vivir" o "Hazte Oír", se han manifestado en los últimos años en España contra la ley del aborto. Suelen estar en contra de ciertos métodos anticonceptivos, incluidos, entre ellos, la píldora, considerada "abortista" porque impide la implantación del cigoto (Benítez y Sancho, 2013).

#### *Otros.*

Iglesia católica: está en contra de los anticonceptivos en general y en particular de la píldora por el efecto abortivo mencionado.

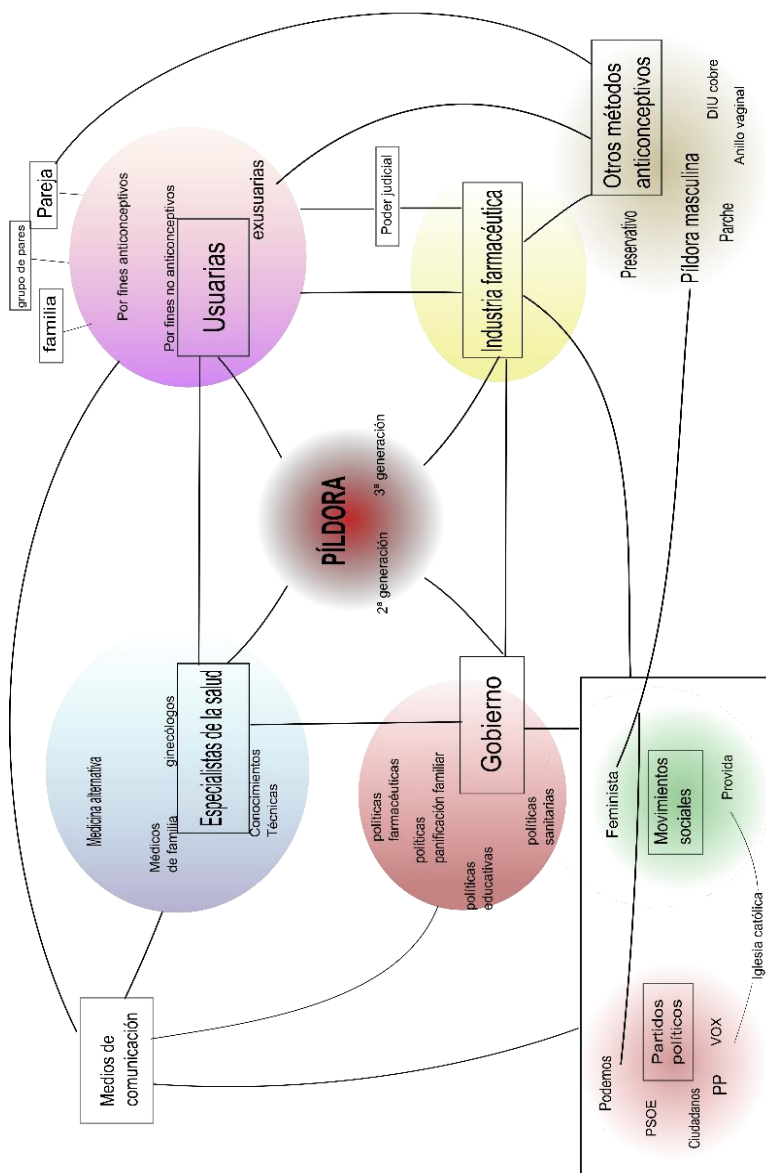
Medios de comunicación (mass media): entre ellos encontramos los periódicos en papel y digitales, la información televisada, los blogs y las redes sociales y las revistas científicas especializadas, entre otros.

Poder judicial: el órgano del Estado encargado de impartir justicia. Ha sido involucrado en la controversia tras las demandas de mujeres afectadas contra laboratorios farmacéuticos como Bayer.

### 5.3. Cosmología: cartografía de la controversia.

Una vez elaborado el inventario de actantes de la controversia, estamos en disposición de elaborar una cartografía que refleje las relaciones o redes establecidas entre ellos. Este mapa no debe entenderse como un reflejo absoluto y definitivo, dado que las relaciones están sometidas a continuos cambios y reactualizaciones.

**Figura 2. Cartografía de la controversia: mapeo de las redes entre actantes.**



Elaboración propia.

En esta figura, los nodos representan los distintos actantes, y las líneas que unen los nodos, las relaciones establecidas entre actantes. Como podemos observar, en el centro de la controversia se encuentra la píldora. Los actantes más directamente relacionados con ella y entre sí, son cuatro: las usuarias de la píldora, los especialistas de la salud de distinto tipo

(atienden a las usuarias y recetan la píldora), la industria farmacéutica (quien produce y comercializa la píldora), y el gobierno (quien legisla e implementa políticas públicas destinadas a regular la comercialización de la píldora y las relaciones entre los especialistas de la salud y las usuarias, por ejemplo).

Otros métodos anticonceptivos (preservativo, otros métodos hormonales como el anillo vaginal o DIU hormonal, etc.), no están directamente relacionados con la píldora, pero sí con las usuarias y exusuarias de la píldora, con las parejas sexuales de las mismas, que participa en las decisiones de anticoncepción y con la industria farmacéutica, que produce a muchos de estos métodos. La píldora masculina también estaría relacionada, además, con el movimiento feminista e incluso con ciertos partidos políticos, como Podemos, que la reclaman.

Los partidos políticos están relacionados con algunos movimientos sociales con los que pueden compartir posicionamiento ideológico (como VOX y el movimiento pro-vida). Algunos partidos están también relacionados con la Iglesia católica, como es el caso de VOX y también del PP. Influyen sobre el gobierno vigente a la hora de legislar en torno a los métodos anticonceptivos y en la opinión pública.

Los medios de comunicación están relacionados, además de con el gobierno y con los distintos partidos políticos, con los especialistas de la salud, y con las usuarias, ya que son medios a través de los que se divulga información relativa a las novedades en anticoncepción, ya sea a través de revistas científicas especializadas, a las que o medios de comunicación de masas, como redes sociales o prensa digital.

Las relaciones entre los distintos actantes se harán más diáfanos una vez que exploremos los puntos calientes de la controversia, aquellos que generan mayor debate y posiciones encontradas entre los actantes.

#### **5.4 Puntos calientes de la controversia.**

Después de analizar las entrevistas y contrastarlas con los datos extraídos del análisis documental, he concluido que los puntos calientes son fundamentalmente tres: la anticoncepción como responsabilidad femenina; los fines no anticonceptivos de la píldora; y los efectos secundarios de la píldora. Los dos primeros puntos calientes responden a los distintos usos que se le da a la píldora, ya que además de utilizarse como método contraceptivo, tiene otras utilidades. Empecemos por el primero:

##### ***1. La anticoncepción como responsabilidad femenina.***

###### Uso contraceptivo

La píldora es el segundo método anticonceptivo más usado en España y es consumida por mujeres de todas las edades, aunque quienes más la consumen son las mujeres de entre 20 y 30 años (SEC, 2018). *“A más edad, las mujeres se suelen decantar por métodos irreversibles o de larga duración, como el DIU” métodos irreversibles o de larga duración, como el DIU* (Entrevista a experto ginecólogo).

En el discurso de las consumidoras de la píldora como método anticonceptivo se destaca que se trata de un método seguro y fiable al que además se le asocia la ventaja de su precio y la tranquilidad de saber el momento concreto de la menstruación. La socióloga y el ginecólogo coinciden en que es un buen método para jóvenes con pareja estable, pero no si se tienen relaciones esporádicas, porque no protege contra las ITS.

Algunas de las entrevistadas se decantaron por la píldora después de usar durante un tiempo

el preservativo con sus respectivas parejas y experimentar algunos inconvenientes. Ana se llevó un susto porque un preservativo se rompió y tuvo que tomar la pastilla del día después. Por otra parte, Carolina opina que intercede en el acto sexual. Después de tomar un tiempo la píldora, Carolina se pasó al anillo vaginal, también un método anticonceptivo hormonal, porque le resulta más cómoda su administración. No obstante, la píldora le sigue pareciendo uno de los mejores métodos, y considera que debería consumirse siempre como método anticonceptivo además de utilizar el preservativo.

*“A mi pareja y a mí no nos gustaba nada el condón, nos cortaba mucho el rollo”.*

*“Si se tomara siempre la píldora se reduciría la toma de la píldora del día después, que es una bomba para el cuerpo, mucho peor que tomar la píldora anticonceptiva. Además, hay mucha gente que es reticente a usar el preservativo, sobre todo los chicos” (Entrevista a Carolina, exusuaria de la píldora y estudiante de medicina)<sup>7</sup>.*

Cuando les pregunto por el futuro, ninguna se ve usando la píldora porque no les parece un método bueno o cómodo durante mucho tiempo. A muchas les llama la atención el DIU.

### Píldora masculina

El uso de la píldora como método anticonceptivo es un punto controvertido, sobre todo porque no existe su equivalente método anticonceptivo hormonal masculino. Desde el movimiento feminista se cuestiona que la mayoría de los métodos anticonceptivos actuales sean femeninos. Las mujeres están planificando y ejecutando el método anticonceptivo en más de dos tercios de los casos. Si incluimos los métodos compartidos y el condón masculino, que las mujeres a menudo negocian, las mujeres están involucradas en más del 90% de todo el uso de anticonceptivos (Liao y Dollin, 2012).

Preciado (2008) reflexiona sobre cómo el estudio de las hormonas masculinas siempre ha estado dirigido a virilizar y sexualizar a los hombres, mientras que las hormonas femeninas buscan controlar la sexualidad y la capacidad de reproducción de las mujeres. Denuncia que la píldora haya sido la privilegiada médica y jurídicamente como método anticonceptivo frente a otros métodos menos tóxicos, como la anticoncepción hormonal masculina o la vasectomía.

En esta dirección, se denuncia que algunos de estos anticonceptivos hormonales para hombres se hayan descartado por sus efectos secundarios, muy similares, sin embargo, a los de la píldora femenina. *“En el momento en que vieron que se deprimían un poco, y les bajaba la libido un poco, ya la descartaban”* (Entrevista a experta radióloga). Recientemente, en marzo del 2019, salió a la luz la noticia de que un anticonceptivo oral masculino, denominado 11-beta-MNTDC, había aprobado la primera fase del ensayo realizado en EEUU con éxito. Los líderes de la investigación aseguraron que: “el grupo de hombres que la tomaron durante un mes no experimentaron efectos secundarios graves ni disminución de la actividad sexual” (Pinto, 2013). No obstante, los métodos anticonceptivos masculinos parece que aún se hallan lejos de la realidad comercial, pues las industrias farmacéuticas desconfían de su rentabilidad económica<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Otras de las entrevistadas, usuarias y exusuarias de la píldora, usan el preservativo durante sus encuentros sexuales. Para ellas es el mejor método porque es fiable, no requiere receta médica, es fácil de usar y cualquiera lo puede llevar encima. *“Debería estar financiado por la Seguridad Social”* (Entrevista a la Radióloga).

<sup>8</sup> Se han testado también otros métodos hormonales (por ejemplo, un implante anual de progestina e inyecciones de andrógenos cada 3 meses), así como no hormonales (dispositivos intra vas bloqueadores de espermatozoides, el empleo de los ultrasonidos...).

Además de los intereses corporativos, existe un sesgo de género detrás de la contracepción.

*“Todo lo que tiene que ver con el sistema de reproducción se asocia a las mujeres, y en este sentido creo que la medicina siempre ha ejercido un poder muy patriarcal, y se ha jugado con el cuerpo de las mujeres para controlar, pero muy poco con el cuerpo masculino”.*

*“Que los anticonceptivos sean fundamentalmente femeninos es algo que tiene que cambiar, y la ciencia tiene que avanzar para implicar a la parte masculina en todo el proceso”* (Entrevista a experta en Sociología de la Familia).

El ginecólogo, aunque confirma el sesgo machista, considera que *“tiene mucho más recorrido la anticoncepción femenina que la masculina, le lleva muchos años de adelanto. También es cierto que es más fácil inhibir la ovulación que inhibir los espermatozoides, es difícil eliminarlos del todo”* (Entrevista a experto ginecólogo).

Por su parte, a nuestras entrevistadas les parece injusto que las mujeres tengan que cargar con todo el peso, físico y emocional, de la anticoncepción, y con todos los riesgos que conlleva. Por eso consideran que sería muy positivo que existiera una píldora masculina.

No obstante, algunas de las usuarias desconfiarían de este método, porque implica dejar en manos del hombre la responsabilidad de la anticoncepción o porque lo consideran nocivo. *“No se lo recomendaría a mi pareja, porque si yo no quiero hormonarme no querría que él lo hiciera tampoco”* (entrevista a usuaria, Silvia). A pesar de estos inconvenientes, todas las entrevistadas defienden la existencia de la píldora masculina, pues la posibilidad de elegir de forma justa y co-responsable les parece lo esencial.

## **2. Usos no anticonceptivos.**

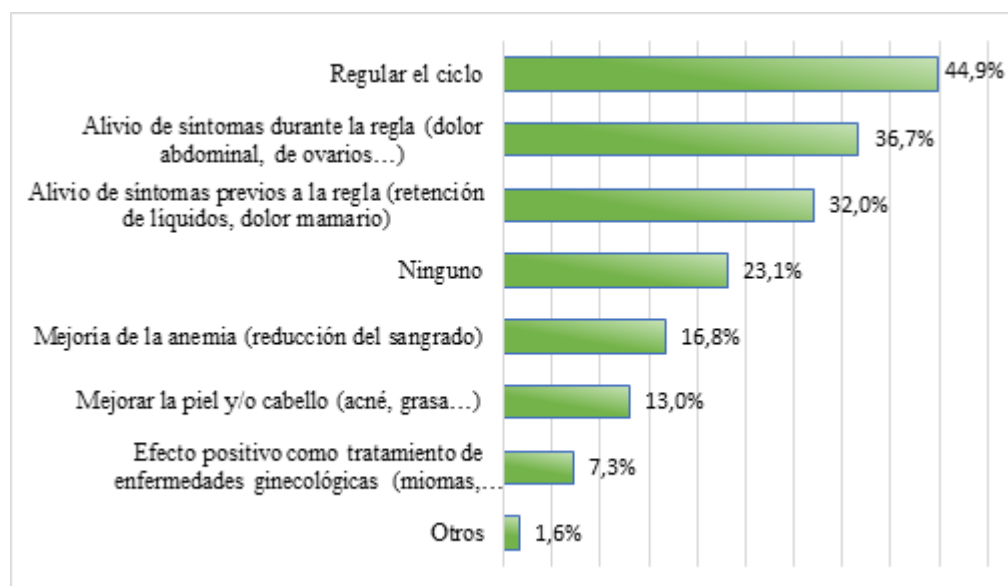
El 42,2% de las usuarias consume la píldora por razones distintas a la contracepción (Daphne, 2011)<sup>9</sup>. Como hemos visto anteriormente, las innovaciones en la anticoncepción de las últimas décadas se han dirigido a promocionar los beneficios no contraceptivos de la píldora (Watkins, 2012). El uso tan extendido de la píldora, utilizándose además de como método anticonceptivo, como tratamiento a diversos problemas hormonales, se enmarca en un proceso de creciente medicalización de la sociedad (Quadrelli, 2015).

---

<sup>9</sup> En los últimos años se ha incrementado el uso de la píldora entre las mujeres más jóvenes (SEC, 2018), aunque el condón sigue siendo el método anticonceptivo más usado en esta etapa. Este incremento podría venir explicado por estas otras funcionalidades que motivan el uso de la píldora.



**Figura 3. Fines no anticonceptivos encontrados.**



Base: 144 mujeres usuarias de la píldora con otros fines no AC. Fuente: DAPHNE, E. (2011). VII Encuesta de anticoncepción en España 2011. *Madrid: Bayer HealthCare Pharmaceuticals.*

La Figura 3 muestra cómo la píldora, cuando no es usada como método anticonceptivo, se consume fundamentalmente buscando regular el ciclo menstrual o aliviar los dolores y síntomas asociados a la regla. Un porcentaje menor pero significativo de mujeres la consumen para tratar enfermedades ginecológicas como la endometriosis o el SOP (Síndrome de Ovarios Poliquísticos). Por otra parte, encontramos un grupo que la consume para mejorar el aspecto de la piel o el pelo<sup>10</sup>.

Varias de las entrevistadas han consumido la píldora por razones vinculadas a la menstruación. A Nuria se la recetaron a los 17 años por los dolores y mareos que le daban cuando tenía la regla. Aunque tiene pareja estable, ni siquiera pensó en su posible uso contraceptivo, y emplea el preservativo durante sus encuentros sexuales. Silvia la empezó a consumir porque tenía el periodo irregular. El médico le dijo que esto no era normal<sup>11</sup>, así que le recetó la píldora. A Nadia se la recetaron a los 16 años porque tenía sangrados tan abundantes que llegó a padecer anemia.

Los usos no contraceptivos de la píldora anticonceptiva son uno de los puntos calientes de la controversia. Sobre todo, hay opositores a que se recete como tratamiento hormonal y, por lo general, a mujeres jóvenes. En la actualidad, uno de los anticonceptivos más recetados a adolescentes para el tratamiento del acné, Diane 35 de los laboratorios Bayer, es también uno de los anticonceptivos más denunciados por reacciones adversas graves (Serentill, 2014).

Hay opiniones encontradas entre las usuarias entrevistadas y también entre los expertos. En relación a las primeras, algunas no aprueban los usos no anticonceptivos y critican que no se empleen antes otros tratamientos menos invasivos. *"A mujeres que tenemos ovarios poliquísticos, u otros problemas, se nos podrían proponer cambios de dieta y del estilo de*

<sup>10</sup> Tanto las píldoras de segunda como las de tercera generación son recetadas como tratamiento hormonal para regular el sangrado y el dolor menstrual. No obstante, las de tercera generación son más recetadas por su efecto anti-androgénico para tratar el exceso de acné o vello corporal.

<sup>11</sup> Silvia después se enteraría de que tenía Síndrome de Ovarios Poliquísticos, causa de sus reglas irregulares. Sin embargo, muchas mujeres tienen la regla irregular sin padecer SOP.

*vida antes de darnos la píldora"* (Entrevista a Silvia, usuaria). Otras usuarias, sin embargo, consideran que su uso terapéutico puede ser una buena alternativa. *"Ojalá se pudiese usar la píldora siempre por el acné, y no se usaran los antibióticos o retinoides que se usan, que son mucho más bestias que la píldora, y tienen muchos más riesgos"* (Entrevista a Carolina, usuaria).

Entre las personas expertas que participaron en este estudio tampoco existe un acuerdo tácito hacia la conveniencia o no de los usos no anticonceptivos de la píldora. Entre las posturas críticas hacia los usos no anticonceptivos se denuncia que se utilice para tratar los problemas asociados a la menstruación. La terapeuta menstrual explica que es un falso mito que la regula: la píldora inhibe la menstruación, produciéndose un sangrado por privación. Denuncia que sea entonces el único tratamiento que se dispensa para tratar la endometriosis, el SOP, la dismenorrea o las amenorreas porque, explica, la píldora es un parche que tapa los síntomas, pero no soluciona el problema de base: *"Muerto el perro se acabó la rabia"*. Además, tanto Nadia como el ginecólogo consideran que la irregularidad del periodo en chicas jóvenes es algo normal, y que por tanto el consumo de la píldora en estos casos suele ser innecesario. *"La menstruación es un proceso fisiológico que no viene incorporado desde el nacimiento y por tanto precisa años de maduración"* (Entrevista a Nadia, terapeuta menstrual).

El ginecólogo, aunque concuerda en que se debe tratar el problema de base, defiende que en algunos casos el uso de la píldora resulta beneficioso y considera que se maximizan los efectos de las hormonas. *"Existe una presión, un celo, por maximizar los efectos de las hormonas. Porque claro que son hormonas sintéticas, pero también hay hormonas en el cuerpo, que cambian en el ciclo."* (Entrevista a experto ginecólogo).

### **3. Efectos secundarios de la píldora.**

Aquí nos adentramos en uno de los debates más controvertidos, ya que el debate en torno a los efectos secundarios es uno de los puntos más calientes en torno a la píldora. La píldora se asocia con diferentes efectos secundarios que han elevado la alarma social. Los efectos secundarios más frecuentes son el sangrado intermenstrual, las náuseas, aumento de peso, los cambios de humor, la sensibilidad en las mamas y la cefalea (González-Hernando et al., 2013). No obstante, no todos los estudios coinciden, y algunos cuestionan que ciertos efectos secundarios, como el aumento de peso o la ausencia de libido, sean hallazgos consistentes (Martin, Douglas, Crowley Jr y Eckler, 2018).

Por otra parte, se relaciona la píldora con enfermedades muy graves. Algunos estudios concluyen que aumenta el riesgo de cáncer de mama, cuello uterino e hígado (Liao y Dollin, 2012) y de trombosis venosa (Lidegaard et al., 2011). En relación a la trombosis, las evidencias científicas son claras, y todas asocian la píldora con un riesgo mayor; no obstante, no todos los expertos están de acuerdo con que el riesgo sea lo suficientemente significativo como para tomar medidas. El debate aquí, más que en torno a la píldora, es en torno a "las píldoras", ya que el riesgo de sufrir una trombosis varía entre las píldoras de segunda y tercera generación, compuestas por distintos tipos de progestinas<sup>12</sup>.

El riesgo de desarrollar un tromboembolismo al consumir píldoras con progestinas de tercera generación y, sobre todo, con drospirenona, es hasta 7 veces más alto en comparación con las mujeres que no toman ninguna píldora anticonceptiva, y dos o tres veces más alto en

---

<sup>12</sup> Ver en el apartado de "Actantes de la controversia".



comparación con mujeres que toman píldoras con levonorgestrel (Lidegaard et al., 2011). El riesgo de trombosis, además de por el tipo de progestina, también se ve afectado por otros factores: el tabaquismo, el sobrepeso, la hipercolesterolemia, la hipertensión o las migrañas (Martin et al., 2018).

La controversia generada en torno a los efectos secundarios de las píldoras genera miedo y alerta en la población. Esta alerta creada en torno a píldora anticonceptiva es un ejemplo paradigmático de cómo es percibida la ciencia y sus productos en la actual Sociedad del Riesgo, en palabras de Beck (1998). La píldora, en tanto “producto científico” es, simultáneamente: “causa, instrumento de definición y fuente de solución de los riesgos” (Beck, 1998, p.203). La píldora genera escepticismo y desconfianza por ser una potencial causa de daños a la salud de las mujeres que la consumen, al tiempo que es valorada y exaltada por ser uno de los tipos de anticonceptivos más accesibles, baratos y eficaces y un tratamiento rápido y accesible para tratar diferentes problemas hormonales. Algunos actores denuncian que los riesgos de la píldora superan a sus posibles beneficios; mientras otros argumentan que los riesgos son maximizados y exagerados, y que sus aspectos positivos superan a los negativos. Detrás de cada postura, se hallan diversas ideologías, creencias e intereses.

Los laboratorios farmacéuticos, evidentemente pertenecen al segundo grupo defensor de la píldora. El laboratorio Bayer, en su informe de anticoncepción del 2011, lamenta que la píldora sea menos consumida en España que en otros países europeos, y considera que “el mantenimiento de falsas creencias sobre los métodos hormonales como la píldora impidan un uso más normalizado de la misma”.

Por su parte, el posicionamiento de las usuarias y expertos no es homogéneo. Lo vemos a continuación.

### Posicionamiento de las usuarias<sup>13</sup>

Los resultados de la encuesta realizada por los laboratorios de la farmacéutica Bayer reflejan que el motivo principal que desanima el uso de la píldora entre las potenciales usuarias es el temor a sus efectos secundarios, entre ellos el de la subida de peso, además de la obligatoriedad de su toma diaria y el hecho de que “tiene hormonas” (Daphne, 2011).

Antes de comenzar el consumo de la píldora, algunas de las entrevistadas no sabían casi nada de la píldora ni de sus efectos secundarios. Otras sí estaban inquietas por las experiencias que les habían contado amigas y personas cercanas; sobre todo les preocupaba la subida de peso, la bajada de libido, la inestabilidad emocional y propensión a la depresión. Ana se alarmó después de ver en Facebook unos vídeos sobre los efectos secundarios de la píldora.

La percepción de riesgo entre la entrevistadas que participan en este estudio es dispar. Entre los efectos secundarios más graves sufridos se destacan la trombosis y la ansiedad.

*“Al cabo de seis meses tomando la píldora sentí un dolor raro en el brazo [...]. Fui al médico y enseguida detectaron que era un trombo”* (Entrevista a Silvia, usuaria). Después de un año de pasar por más de seis médicos y de hacerse todo tipo de pruebas, no le encontraron ningún factor de riesgo que explicase la aparición trombo, así que concluyeron que fue un efecto secundario de la píldora. Además de graves patologías como la que sufrió, Silvia advierte que la píldora puede provocar cambios en el metabolismo y disminuir la libido.

---

<sup>13</sup>Las experiencias de las usuarias las relato más detalladamente en el Anexo II.

*“Un tiempo después de empezar a tomar la píldora empecé a tener ataques de ansiedad muy fuertes y cada vez más recurrentes. Después de seis meses, me dijo el psiquiatra que no encontraba una explicación psicológica a esa ansiedad tan elevada”* (Entrevista a Nadia, usuaria y terapeuta menstrual). Cuando dejó de tomar la píldora, todo volvió a la normalidad<sup>14</sup>.

Las que no han padecido efectos secundarios valoran de forma positiva la píldora, aunque no son ajenas a sus inconvenientes. Ana considera que la toma continuada de hormonas no puede ser buena para su cuerpo, y por ello le gustaría hacer un parón después de consumirla durante un año. Por su parte, Carolina, quien hace un tiempo se pasó al anillo anticonceptivo, comenta: *“lo que me rallaba de la píldora es que había que tomarla todos los días y yo que soy muy despistada a veces me olvidaba”*. No obstante, opina que se exageran sus efectos secundarios: *“me parece mal que haya tanto ataque. Creo que se exageran un poco los efectos secundarios. La píldora como cualquier medicamento tiene riesgos, pero el ibuprofeno también y la gente no se escandaliza por eso”* (Entrevista a Carolina, usuaria).

### Posicionamiento de los especialistas de la salud entrevistados

Cuando les pregunto a los médicos entrevistados por los efectos secundarios de la píldora, en seguida su discurso se focaliza en uno solo: el riesgo de trombosis, minimizando, en algunos casos, la importancia de los efectos considerados leves, por los que sin embargo las usuarias se muestran más preocupadas.

*“Creo que en torno a la píldora existe un cierto efecto nocivo, que es lo contrario al placebo: si tienes la creencia de que hay algo malo, puede que te pase. Creo que en general hay que escuchar a la mujer, pero quitar un poco miedo, decir que en general no tiene efectos [...]. Realmente la gente que deja la píldora, suele ser por dolor de cabeza, que es algo importante, o náuseas, son los efectos más comunes. Las mujeres que perciben cambios de peso o de libido son un porcentaje muy pequeño. La mayoría de la gente está contenta, y además ciertos efectos disminuyen al cabo de unos meses”* (Entrevista a experto ginecólogo).

Se produce así un enfrentamiento entre quienes consideran que existe una alarma social creada en torno a la píldora que no es proporcional al peligro real (o que existen falsos mitos en torno a los efectos secundarios de la píldora), y quienes denuncian la existencia de efectos secundarios, algunos de los cuales pueden tardar más tiempo en hacer su aparición.

*“La píldora anticonceptiva, tomada durante un tiempo prolongado, tiene un impacto enorme en la salud musculoesquelética (pérdida de masa ósea), provoca alteraciones en el tracto intestinal (pérdida de microbiota, que puede llevar a una mala absorción de nutrientes con el tiempo, y desarrollar enfermedades paralelas), problemas de fertilidad, etc. Cuanto más tiempo pase sin segregar las hormonas naturales porque las tenemos sustituidas por las hormonas artificiales, cuanto más tiempo pasa suprimiendo la menstruación, más va a afectar a nuestra salud general”* (Entrevista a experta Nadia).

---

<sup>14</sup> Nadia, cuya opinión como experta la incluyo en el siguiente apartado, si ahora es terapeuta menstrual es a raíz de esta experiencia vital. Denuncia que la medicina convencional no se toma en serio los efectos de estos fármacos. Relata que trabaja con un grupo de expertas, entre ellas ginecólogas, que comparten su posicionamiento en relación a la píldora y preferencia por métodos naturales y menos invasivos, aunque admite que esta visión *“sigue siendo minoritaria”*.

### Riesgo de tromboembolismo en las píldoras de segunda y tercera generación.

Como ya he comentado, el riesgo de tromboembolismo es uno de los efectos adversos más graves y que más controversia han generado en la sociedad en general y en la comunidad científica en particular. Este es mayor en las de tercera generación, sobre todo las que contienen drospirenona, como las marcas Yas y Yasmin.

Estas marcas han sido denunciadas por provocar 23 muertes en Canadá, la mayoría a causa de coágulos sanguíneos. En Estados Unidos, el laboratorio de Bayer tenía pendientes 12.325 demandas en los tribunales, muchas de las cuales ha solventado destinando millonarias indemnizaciones extrajudiciales (Jara, 2013). En el Estado español existen casos de denuncias contra farmacéuticas e incidencias sanitarias por los efectos ocasionados por el consumo de contraceptivos hormonales (Serentill, 2014), sin olvidar la reciente querrela contra el laboratorio Bayer por el método anticonceptivo Essure (Villanueva, 2018).

La polémica generada facilitó que, entre los años 2012 y 2013 salieran a la luz estudios científicos que confirmaban el riesgo trombolítico de estas píldoras. Desde entonces, se prohibió la venta de ciertos AOC de tercera generación en algunos países y se limitó su financiación en otros. En España, con la reforma del 2013, se desfinanciaron la mayoría de las píldoras de tercera generación (Benítez y Sancho, 2013). Este mismo año, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios publicó una nota dirigida a especialistas y ciudadanos españoles promoviendo los AOC y haciendo hincapié en que el riesgo sigue siendo mínimo y en que “los beneficios de estos medicamentos continúan superando a sus potenciales riesgos” (AEMPS, 2013). Actualmente, unos y otros se siguen comercializando en nuestro país, solamente que ciertos AOC a un precio más elevado porque no están financiados.

Estos hechos dan cuenta de que la ciencia no es “imparcial” o “neutral”. Detrás de la controversia en torno a la píldora se encuentran las industrias farmacéuticas, los gobiernos... La ciencia puede ser utilizada como un “discurso” (Beck, 1998), susceptible por tanto de ser instrumentalizada por fuerzas políticas y económicas.

La radióloga relata cómo empezó a extrañarse cuando, hace un tiempo, llegaron a su consulta varias mujeres jóvenes con trombos muy severos que, “casualmente”, eran consumidoras de la píldora. Esto la llevó a hacer un seguimiento de los casos que iban apareciendo y a investigar los efectos de estas píldoras. *“Los Yas y Yasmin, por aquí muy conocidos, contienen un progestágeno sintético, la drospirenona, y este fármaco provoca 3 veces o más veces trombosis que los otros anticonceptivos. La píldora es siempre trombogénica, pero con las antiguas si se tiene cuidado en ciertos casos se puede admitir cierto riesgo”* (Entrevista a experta radióloga).

Teniendo en cuenta que ambos tipos de píldoras son igual de efectivas como anticonceptivos, los expertos entrevistados concuerdan en que se deberían recetar siempre las de segunda generación por su menor tasa de riesgo. *“Aunque el riesgo de tromboembolismo de todas las píldoras es muy pequeño, a nivel global, en grandes números poblacionales, aún es”*. *“Trato de recetar siempre los anticonceptivos de segunda generación, aunque no todos los médicos estarán de acuerdo”* (Entrevista a experto ginecólogo).

Los expertos entrevistados también concuerdan al atribuir a los intereses corporativos el retraso en la publicación de las investigaciones que confirmaban el mayor riesgo trombolítico de las píldoras de tercera generación. La radióloga denuncia duramente el intrusismo de las empresas farmacológicas en el sistema sanitario y la privatización del conocimiento:

*“Como estas últimas innovaciones son más caras, más costosas, la farma hace más publicidad.[...]En España hay un registro privado de trombosis, de cinco médicos o así, y que solo dicen que no pueden sacar conclusiones. Esta privatización del conocimiento impide la diversidad de opiniones e imposibilita el debate”* (Entrevista a experta radióloga).

El ginecólogo manifiesta una opinión menos tajante, y aprueba que la OMS fomente la píldora a pesar de sus contraindicaciones, porque *“tiene mucho más riesgo de tromboembolismo un embarazo no deseado”* (Entrevista a experto ginecólogo).

### **5.5. Relación entre los especialistas y las usuarias píldora.**

En este apartado exploraremos más detenidamente la relación entre dos de los actantes de esta controversia: los especialistas de la salud y las usuarias de la píldora.

En el apartado teórico vimos cómo, desde el interaccionismo simbólico, Goffman presta especial atención a la relación médico-paciente, a las relaciones de poder que subyacen a la construcción de la salud y de la enfermedad (García, 2005). También Foucault profundiza en el papel de la medicina como un poderoso medio de disciplina y control social, que enfatiza la vigilancia y la disciplina de los cuerpos (Foucault, 1992). Para diversas teóricas feministas la medicina se ha convertido en uno agente de control y subordinación de las mujeres a través del control de la sexualidad y la reproducción (García, 2005); y los fármacos, en los instrumentos utilizados para ejercer ese control, como en el caso de la píldora, que Beatriz Preciado denomina el “panóptico comestible” (2008).

Estos análisis dan cuenta del importante papel que juegan los especialistas de la salud en esta controversia. Como vimos, el personal sanitario (Ginecólogos, Médicos de Familia, etc.), además de ser los agentes que pueden recetar la píldora, son los agentes que más poder de influencia tienen en la decisión que las mujeres toman en relación a la anticoncepción (SEC, 2018).

La relación entre usuarias y especialistas de la salud es en sí misma controvertida. Como vimos anteriormente, varios estudios apuntan que la capacitación administrada en consulta a las pacientes y usuarias de la píldora es insuficiente (Hincapié-García et al., 2013); que solo sólo una de cada tres usuarias sabe bien cómo usar el anticonceptivo hormonal que utiliza (Dimitriu et al., 2009); y que casi la mitad de las usuarias presentan factores de riesgo añadido para sufrir un evento cardiovascular (Sevillano y Madrigal, 2014).

En esta dirección se posicionan la mayoría de nuestras entrevistadas, que denuncian la escasa –o nula- información que recibieron en consulta sobre el funcionamiento y forma de uso de la píldora, en primer lugar, y sobre sus efectos adversos y las precauciones que debían tomar, en segundo lugar. Excepto a Nuria, que acudió por su cuenta al centro de planificación familiar donde, además de informarla, le hicieron analíticas; a ninguna le hicieron ningún tipo de chequeo ni le formularon preguntas de rigor para descartar factores de riesgo; les recetaron la píldora directamente. Esto contrasta con las recomendaciones incluidas en el prospecto de las píldoras, como el de la marca Loette, la más consumida por nuestras entrevistadas, que indica:

*“Su médico debe conocer su historial médico y familiar antes de recetar anticonceptivos orales. Cuando esté utilizando la píldora, su médico le dirá que vuelva para chequeos regulares. Deberían volver a examinarla al menos una vez al año”* (Loette diario 100/20 microgramos comprimidos, 2010).

El ginecólogo cree que se deberían hacer en consulta algunas preguntas y pruebas de rigor.

No obstante, admite que, *“por falta de tiempo, a veces no se hace y esto es un error nuestro”*(Entrevista a experto ginecólogo).

A continuación, algunos testimonios de nuestras usuarias:

*“Me la recetó como si fuera un ibuprofeno: bueno, si te quieres quedar más tranquila, toma, aquí tienes la receta. Ni si quiera me explicó cómo y cuándo empezar a tomarla, y yo en eso tenía dudas, porque nunca la había tomado”* (Entrevista a Ana).

*“El primer médico me dijo que seguramente tenía la regla irregular por una causa emocional [...] Había que regularla porque eso era malísimo. Me dieron las pastillas anticonceptivas: no me explicaron nada, simplemente me las dieron”* (Entrevista a Silvia).

*“Cuando me recetaron la píldora no me hicieron nada, ningún control: ni una analítica para medir el colesterol, ni me pesaron, ni me midieron la presión arterial. Y en teoría, por lo que damos en la carrera, todo eso se tendría que hacer. Tampoco me preguntaron si fumaba, y fumo... Se debería de tomar un poco más en serio”* (Entrevista a Carolina).

Esta falta de información es uno de los principales problemas que tanto las usuarias como las especialistas entrevistadas destacan en relación a la píldora<sup>15</sup>. El desconocimiento es peligroso para las mujeres. *“Puede pasar que una chica que toma la píldora no sabe que si le duele el pecho tiene que ir directamente al hospital”* (Entrevista a experta radióloga).

*“Lo principal cuando una mujer decide tomar la píldora es que esté bien informada, y que sepa a lo que renuncia a nivel de salud hormonal y general. Normalmente se da muy poca información, y eso es súper injusto”* (Entrevista a Nadia, experta terapeuta menstrual).

#### Especialistas y enfoques salud alternativos.

En la Sociedad del Riesgo, la desconfianza hacia la ciencia y los especialistas genera una serie de reacciones. Una de ellas es la multiplicación de alternativas a los sistemas expertos convencionales, como analiza Giddens (1995). Por ejemplo, en el caso de Silvia y Nadia, la mala experiencia con la píldora y el descontento con la institución médica las llevó a buscar respuestas en un osteópata y en un homeópata, respectivamente. Finalmente, ambas encontraron la solución en la nutrición.

*“Era muy escéptica con la homeopatía, pero como estaba bastante desesperada y no perdía nada por probar, decidí ir. Ese homeópata me habló de cómo influye la alimentación, y me dio unas pautas nutricionales que, aunque muy rudimentarias, me sirvieron: mis reglas comenzaron a ser mucho mejores”* (Entrevista a Nadia).

Otra de las tendencias ha sido la desmonopolización del conocimiento científico. Giddens indica cómo en la sociedad moderna de individuos híper reflexivo los individuos legos se apropian de la jerga científica para referirse a las realidades sociales y para cuestionar el propio conocimiento de los especialistas científicos.

Esta tendencia la observamos claramente en Nadia y Silvia, pues ambas se informaron mucho por su cuenta a través de blogs, revistas científicas, etc. Adquirieron el lenguaje científico y conformaron su propio criterio, de forma que ahora se sienten perfectamente capacitadas para cuestionar el trato que recibieron por parte de la institución sanitaria y para tomar las

---

<sup>15</sup>Es conveniente tener presente que el conocimiento que la población lega tenga sobre métodos anticonceptivos y salud sexual y reproductiva no solamente es responsabilidad del personal sanitario. En este sentido, no olvidemos la carencia de políticas de educación sexual en nuestro país (Portalatín, 2013).



decisiones que consideren sobre su salud y su cuerpo. Silvia cuenta como, al no poder tomar la píldora para tratar el SOP (el único tratamiento disponible al que ella no podía acceder por haber padecido una trombosis), empezó a leer por su cuenta, hasta que encontró que determinados tipos de dietas podían mejorar la sintomatología. Empezó a cambiar la dieta por su cuenta, y poco a poco fue encontrando en el cambio de hábitos las respuestas que, considera, “*los médicos no me supieron dar*”.

## 5.6. Síntesis del análisis.

Después de haber explorado el contexto socio-histórico de la píldora, elaborado el listado de actantes, cartografiado las relaciones entre ellos y explorado los puntos calientes, podemos afirmar que existe una clara controversia en la actualidad en torno a la píldora. Para resumir, los puntos más controvertidos son en torno a la píldora son tres:

1. **La anticoncepción como responsabilidad femenina:** la píldora es el segundo método anticonceptivo más usado en España. Causa controversia que exista una píldora hormonal femenina y no una masculina, a pesar de que se ha demostrado que sería posible una píldora masculina segura y eficaz, cuyos efectos secundarios serían muy similares a las de la femenina. El resultado es que la anticoncepción es mayoritariamente una responsabilidad de las mujeres.
2. **Los fines no anticonceptivos de la píldora:** el 40% de las usuarias de la píldora no la consume para prevenir el embarazo, ya que la píldora tiene beneficios no contraceptivos. Causa controversia el hecho de que la píldora se recete como tratamiento a determinadas dolencias y problemas hormonales, la mayoría relacionados con la menstruación, en detrimento de otros tratamientos. Sobre todo, porque es a las adolescentes a las que se suele recetar la píldora para tratar irregularidades menstruales o problemas de acné.
3. **Los efectos secundarios de la píldora:** la píldora está asociada con diversos efectos secundarios. No obstante, no todos los actantes están de acuerdo con la incidencia e importancia de los mismos. Mientras que entre las potenciales usuarias lo que más desanima el uso de la píldora es la incomodidad de la toma diaria y el temor a la hormonación y a ciertos efectos secundarios más leves como la subida de peso o la inestabilidad emocional; entre la comunidad médica el riesgo de trombosis es el que más alarma ha suscitado. En relación a este, el debate se sitúa entre las píldoras de segunda y tercera generación, porque estas últimas presentan un riesgo más elevado, y porque detrás de su comercialización se encuentran grandes farmacéuticas que acumulan miles de demandas de usuarias afectadas.

Así mismo, los estudios revisados y los testimonios de nuestras entrevistadas dan cuenta de que **la relación entre especialistas de la salud y usuarias** es en sí misma controvertida. Podemos decir que la **desinformación** acerca de la píldora, y acerca de sus efectos secundarios y de los factores de riesgo, es otro de los puntos calientes de la controversia.

## 6. CONCLUSIONES

Con este trabajo de fin de grado he tratado de reivindicar la utilidad y pertinencia del estudio de las innovaciones tecnológicas por parte de los científicos sociales para hacer frente a los retos que se presentan en las complejas sociedades modernas. Para ello me he servido de las aportaciones teóricas que sociólogos como Giddens, Beck, Goffman, Foucault, Conrad, han hecho desde la Sociología de la Salud y la Sociología de la Ciencia y la Tecnología, y de los

análisis que autoras como Firestone, Wajcman o Beatriz Preciado han realizado desde la teoría feminista.

A través de una metodología basada en la teoría del actor-red de Latour (2008), he tratado de desentrañar la controversia en torno a la píldora anticonceptiva, poniendo el foco en las usuarias o consumidoras más jóvenes.

A través de las técnicas de la observación participante, el análisis documental, y entrevistas en profundidad a expertos en el tema y a jóvenes usuarias de la píldora (Mesias, 2010), he podido rastrear el contexto sociohistórico de la píldora, viendo cómo su introducción en España posibilitó la disociación entre sexualidad y reproducción y permitió a las mujeres acceder a la planificación familiar. Mediante un breve recorrido de la actualidad de la anticoncepción, he comprobado cómo la píldora es el segundo método más utilizado en España después del preservativo, y cómo su uso se ha incrementado en las mujeres más jóvenes en los últimos años. No obstante, el uso de la píldora en España es muy inferior a su consumo en países vecinos.

Posteriormente, he podido elaborar una lista de los actantes involucrados en la controversia, entre ellos la propia píldora, las usuarias de la misma, los distintos especialistas de la salud, la industria farmacológica, el gobierno, los medios de comunicación, los partidos políticos, los otros métodos anticonceptivos... Y cartografiar la red de relaciones entre los mismos.

Finalmente, apoyándome en los testimonios de las entrevistadas, he concluido que existen tres puntos especialmente controvertidos en relación a la píldora: la anticoncepción como responsabilidad femenina, los fines no anticonceptivos de la píldora, y los efectos secundarios de la misma (entre los que destaca el riesgo de trombosis). También la relación entre usuarias y especialistas es en sí misma controvertida ya que muchas mujeres denuncian la escasa información que recibieron en consulta cuando les fue recetada la píldora.

Con estas evidencias podemos confirmar la existencia de una controversia en torno a la píldora. Detrás de esta controversia se encuentran distintas cosmologías e ideologías, diversos posicionamientos y percepciones en torno al cuerpo de la mujer, la reproducción y anticoncepción, la ciencia y la salud.

En relación a los primeros, todo lo que tiene que ver con la reproducción se asocia tradicionalmente a la mujer, y la anticoncepción es relegada mayoritariamente a la responsabilidad femenina, aunque cada vez más voces cuestionan esta desigualdad y reclaman una mayor equidad en este plano. Por eso la píldora masculina juega, a pesar de su inexistencia, un papel importante en esta controversia.

Por otra parte, la ciencia es percibida como fuente de riesgos y solución de los mismos (Beck, 1998). Si bien no se cuestiona la utilidad y necesidad de la ciencia, sí hay actores que tienen una elevada percepción del riesgo de productos científicos como la píldora, que conllevan efectos secundarios, y por ello se decantan por otras alternativas a la hora de tratar sus problemas de salud. La imparcialidad y neutralidad de la ciencia también es cuestionada, siendo denunciados los intereses económicos y de otro tipo que subyacen a la misma.

La percepción de la salud y de la enfermedad varía entre actantes. En una sociedad crecientemente medicalizada, la utilización de fármacos ha sido normalizada por muchos de los actores para tratar casi todos los problemas de salud. Sin embargo, otros actantes denuncian la prescripción masificada de los fármacos y cuestionan que los tratamientos farmacológicos vayan al origen del problema o sean la mejor vía para tratar la enfermedad, reclamando un enfoque de la salud alternativo.

También se denuncia que la medicalización afecte especialmente a las mujeres y que exista un desconocimiento enorme en toda la sociedad, y en la sanidad en particular, de la anatomía y fisiología femenina. Procesos naturales de las mujeres, como la menstruación o la menopausia, siguen envueltos en infranqueables tabúes y, frente al desconocimiento, se recurre a la medicalización (Valls-Llobet, 2010). Existen confusiones y falsos mitos sobre la menstruación, y sobre lo que es “normal” y “anormal”.

Puedo concluir, haciendo un repaso de los distintos posicionamientos observados, que en general no se cuestiona que la píldora sea un anticonceptivo eficaz y con beneficios que superan en muchos casos sus potenciales riesgos. Tampoco que haya sido fármaco útil para mejorar la calidad de vida de las mujeres en diferentes sentidos. No obstante, las desigualdades que se esconden detrás de la medicalización indiscriminada, de la poca atención prestada a los efectos secundarios, de la falta de información proporcionada a las mujeres y de la falta de equidad entre hombres y mujeres en la contracepción, sí son cuestionadas por muchas actantes de esta controversia.

### **6.1. Valoración general. Limitaciones y fortalezas de este trabajo.**

Se trata de un trabajo de fin de grado extenso y ambicioso, en parte porque la propia metodología lo requiere: una cartografía de la controversia no tiene como objetivo estudiar un objeto concreto y bien delimitado, sino que aspira a una comprensión holística del fenómeno, a abarcarlo en su totalidad y complejidad.

Por ello creo que una de las limitaciones de esta investigación ha sido su falta de concreción, ya que los recursos y el tiempo disponible para un trabajo de fin de grado son limitados para explorar en profundidad una controversia, habiendo quedado muchas cosas en el tintero. He explorado de manera superficial algunas de las redes establecidas entre los actantes de esta controversia, así que propongo como líneas de investigación futuras, explorar en mayor profundidad:

- La relación de las usuarias y exusuarias de la píldora mayores de 30 años con la píldora y con otros métodos anticonceptivos. Comparar las experiencias y percepciones de estas usuarias con las de las más jóvenes.
- La relación de las parejas sexuales con las usuarias de la píldora y la influencia en sus decisiones en torno a la anticoncepción.
- La influencia de los medios de comunicación y los movimientos sociales.

Aunque he realizado 8 entrevistas, solamente he hecho 4 a usuarias de la píldora, y todas ellas gallegas (menos la terapeuta menstrual), a pesar de que los datos y cifras en los que me baso se circunscriben a todo el país. Sus testimonios deben observarse como una forma de enriquecer el análisis -apoyado fundamentalmente en la revisión bibliográfica de estudios científicos- y dar voz a algunos de los actantes de esta controversia, lo cual ya considero en sí mismo muy relevante.

Por otra parte, yo misma he sido usuaria de la píldora, y esto me ha dificultado en ciertos momentos alejarme del objeto de estudio y verlo con objetividad. Pero también ha sido una gran ventaja ya que, si no hubiese vivido ciertas experiencias como usuaria, probablemente no me hubiese decantado por este tema.

Por otra parte, considero una fortaleza utilizar una metodología innovadora. La amplitud de la propuesta me ha permitido hacer un mapeo general de las redes de actantes, adquiriendo una visión global de la controversia. Esto puede esclarecer al lector la comprensión de un



fenómeno complejo como este y ser útil a la hora de tomar decisiones que afecten a unos y otros actantes de la controversia.

Así mismo, he optado por una diversidad de aportaciones teóricas provenientes de la Sociología de la Salud, de la Ciencia, y de la teoría feminista; de técnicas de recogida de información (observación participante, análisis documental y entrevistas en profundidad) y de datos empíricos. Esta triangulación de fuentes, técnicas y datos, además de haber enriquecido la investigación, la hace bastante completa y objetiva.

Por último, me gustaría decir que me parece una fortaleza que se trate de un trabajo sobre un objeto o tema que en un principio puede parecer alejado de las competencias de los/las sociólogos/as. Revela la utilidad de la perspectiva sociológica en los estudios de ciencia y tecnología y de su capacidad para acercar y vincular disciplinas históricamente divididas. Queda abierta la puerta para realizar un futuro estudio multidisciplinar en torno a este u otro método anticonceptivo.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2013). *Seguridad de los Anticonceptivos hormonales combinados*.
- Alemán, N. M. (2011). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. *X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, U de la R, Montevideo*. Disponible en: <http://www.fcs.edu.uy/archivos/Magnone.pdf>
- Antequera, J. (2019). El mensaje de Trump para Vox: limitar los anticonceptivos. *Diario16*. Disponible en: <https://diario16.com/mensaje-trump-vox-limitar-los-anticonceptivos/>
- Asamblea Regional de Murcia. (2018). Ciudadanos solicita la creación de un Plan de Salud Sexual y Anticoncepción. *Ciudadanos*. Disponible en: <http://asamblea-murcia.ciudadanos-cs.org/2018/06/22/ciudadanos-solicita-la-creacion-de-un-plan-de-salud-sexual-y-anticoncepcion/>.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del Riesgo: hacia una nueva Modernidad*. Editorial Paidós: Buenos Aires, Argentina. Obra original publicada en 1986.
- Beck, U. (2002). *La sociedad del riesgo global*. España. Siglo XXI de España Editores.
- Benítez, C. A., & Sancho, A. T. (2013). Identidad farmacológica y ficciones somatopolíticas: (Una) historia de la píldora. *Nuevo Itinerario*, (8), 148-173.
- Abela, J. A. (2002). Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada.
- Borraz, M. (2018). Unidos Podemos quiere impulsar los anticonceptivos para hombres frente al desinterés de las farmacéuticas. *Eldiario.es*. Disponible en: [https://www.eldiario.es/sociedad/Unidos-Podemos-implantacion-anticonceptivos-masculinos\\_0\\_752774864.html](https://www.eldiario.es/sociedad/Unidos-Podemos-implantacion-anticonceptivos-masculinos_0_752774864.html)
- CCM Salud. *Qué diferencias existen entre las píldoras de primera, segunda, tercera y cuarta generación*. Disponible en: <https://salud.ccm.net/faq/6912-que-diferencias-existen-entre-las-pildoras-de-primera-segunda-tercera-y-cuarta-generacion>
- CCM Salud. *Píldora anticonceptiva*. Disponible en: <https://salud.ccm.net/contents/188-pildora-anticonceptiva>.

- Colomer Revuelta, J. (2013). Prevención del embarazo en la adolescencia. *Pediatría Atención Primaria*, 15(59), 261-269.
- CCM Salud. (2016). *Contracepción - Situación y estadísticas en España*. [online]. Disponible en: <https://salud.ccm.net/contents/183-contracepcion-situacion-y-estadisticas-en-espana>.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Cruz, J. & Meneses, M. (2018). *Medicalización, promoción de la enfermedad y disfunción sexual femenina*. *CS*, (24), 41-66.
- Daphne, E. (2011). *VII Encuesta de anticoncepción en España 2011*. Madrid: Bayer HealthCare Pharmaceuticals.
- Darroch, J. E. (2013). Trends in contraceptive use. *Contraception*, 87(3), 259-263.
- Davis, A. Y. (2005). *Mujeres, raza y clase* (Vol. 30). Ediciones Akal. Obra original publicada en 1981.
- De la Cuesta, R., Franco, C., & Iglesias, E. (2011). Actualización en anticoncepción hormonal. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 35(3), 75-87.
- Del Campo, S. (2004). Las transiciones de la familia española. *Arbor*, 178(702), 451-464
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.
- Dimitriu, A. P., García-Jiménez, E., Martínez, F. M., & López, A. M. (2009). Grado de reconocimiento sobre el uso de anticonceptivos hormonales en una farmacia comunitaria de Zaragoza. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 50(1), 1-7.
- Dupuy Josa, B. (2012). *Posiciones feministas ante las nuevas tecnologías reproductivas. Prácticas y discursos desde el movimiento*.
- Firestone, S. (1976). *La dialéctica del sexo*. En defensa de la Revolución Feminista. Barcelona: Kairós.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- García, J. M. B. (2005). Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. *Barataria: revista castellano-manchega de ciencias sociales*, (7), 149-164.
- González-Hernando, C., Almeida, M., Martín-Villamor, P., Cao-Torija, M. J., & Castro-Alija, M. J. (2013). La píldora anticonceptiva a debate. *Enfermería universitaria*, 10(3), 98-104.
- Giddens, A. (1995). *Modernidad e Identidad del Yo: el Yo y la Sociedad en la época Contemporánea*. Editorial Península: Barcelona, España. Obra original publicada en 1991.
- Hincapié-García, J. A., Quintero-Agudelo, M., Gaviria, J., Estupiñán-Cabrera, H., & Amariles, P. (2013). Causas de abandono, cambio o fallo terapéutico de la anticoncepción hormonal en mujeres universitarias. *CES Medicina*, 27(2).
- Ignaciuk, A. (2016). *Anticoncepción hormonal en España y Polonia: discursos, debates y prácticas entre 1960 y 1980*.

- Jara, M. (13 de junio de 2013). Yaz y Yasmin, los anticonceptivos mortales de Bayer. *Bufete Almodóvar & Jara*. Disponible en: <http://www.migueljara.com/2013/06/13/yaz-y-yasmin-los-anticonceptivos-mortales-de-bayer/>
- Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social—una introducción a la teoría del actor-red*. [2005] Manantial. Buenos Aires, Argentina. 390pp.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE núm. 55 de 04 de marzo de 2010.
- Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. BOE núm. 227 de 22 de septiembre de 2015.
- Liao, P. V., & Dollin, J. (2012). Half a century of the oral contraceptive pill: historical review and view to the future. *Canadian Family Physician*, 58(12), e757-e760.
- Lidegaard, Ø., Nielsen, L. H., Skovlund, C. W., Skjeldestad, F. E., & Løkkegaard, E. (2011). Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9. *Bmj*, 343, d642
- Loette diario 100/20 microgramos comprimidos. (2010). Disponible en: [https://www.prospectos.net/loette\\_diario\\_100\\_20\\_microgramos\\_comprimidos](https://www.prospectos.net/loette_diario_100_20_microgramos_comprimidos)
- Martin, K. A., Douglas, P. S., Crowley Jr, W. F., & Eckler, K. (2018). *Risks and side effects associated with combined estrogen-progestin oral contraceptives*.
- Mesias, O. (2010). *Investigación cualitativa*.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (pp. 17, 18).
- Ortiz-Gómez, T., Santesmases, M. (2014). *Gendered drugs and medicine. Historical and Socio-Cultural Perspectives*. Oxford: Routledge. Disponible en: <https://www.book2look.com/embed/9781317129813>
- Pinto, T. (25 de marzo de 2013). Una nueva píldora anticonceptiva masculina supera los tests de seguridad. *Eldiario.es*. Disponible en: [https://www.eldiario.es/sociedad/anticonceptivos-pildora\\_masculina-ciencia\\_0\\_881562402.html](https://www.eldiario.es/sociedad/anticonceptivos-pildora_masculina-ciencia_0_881562402.html)
- Portalatín, B. (29 de marzo de 2013). *En cuestión de educación sexual, 'las aulas sin barrer'*. El Mundo. Disponible en: <https://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/03/27/noticias/1364379693.html>
- Preciado, B. (2008). *Testo Yonqui*. Madrid: Espasa Calpe. Págs., 135-142.
- Quadrelli, S. (2015). La medicalización de la vida: entre el anhelo y la quimera. *Revista americana de medicina respiratoria*, 15(1).
- Real Decreto 1416/1994, de 25 de junio, por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano. BOE núm. 180 de 29 de Julio de 1994.

- Remacha, B & Ordaz, A. (3 de noviembre de 2018). *El uso de la píldora anticonceptiva se triplica entre las mujeres más jóvenes en los últimos cuatro años*. Eldiario.es. Disponible en: [https://www.eldiario.es/sociedad/pildora-anticonceptiva-triplicado-mujeres-jovenes\\_0\\_830117462.html](https://www.eldiario.es/sociedad/pildora-anticonceptiva-triplicado-mujeres-jovenes_0_830117462.html)
- Salgado, M. V., & Esquete, J. P. (2010). Estudio sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes. *Revista internacional de andrología*, 8(2), 74-80.
- Santiago Gómez, E. (2012). *La participación deliberativa en las controversias sociotécnicas: el caso de los puertos refugio en España*.
- Serentill, M. (2014). *Anticoncepción hormonal: lo que nos venden y no nos cuentan*. Pikaramagazine.com. Disponible en: <https://www.pikaramagazine.com/2014/10/anticoncepcion-hormonal-lo-que-nos-venden-y-no-nos-cuentan/>
- Sevillano, L. G., & Madrigal, E. A. (2014). Estudio de las reacciones adversas de los anticonceptivos hormonales desde la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España*, 16(3), 98-109
- Sociedad Española de Contracepción. (2014). *La encuesta de Anticoncepción SEC 2014 revela que casi el 16% de las mujeres mantiene relaciones sexuales sin protección*. Disponible en: <http://sec.es/la-encuesta-de-anticoncepcion-sec-2014-revela-que-casi-el-16-de-las-mujeres-mantiene-relaciones-sexuales-sin-proteccion/>
- Sociedad Española de Contracepción. (2018). *Presentada la Encuesta Nacional 2018 sobre la Anticoncepción en España*. Disponible en: <http://sec.es/presentada-la-encuesta-nacional-2018-sobre-la-anticoncepcion-en-espana/#>
- Soroush, A., Farshchian, N., Komasi, S., Izadi, N., Amirifard, N., & Shahmohammadi, A. (2016). The role of oral contraceptive pills on increased risk of breast cancer in Iranian populations: a meta-analysis. *Journal of cancer prevention*, 21(4), 294.
- Tirado, F. (2005). Reseña de Reassembling the Social: An introduction to Actor-Network-Theory. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, (Esp).
- Torres Falguera, F. (2016). *Conocimiento de fisiología reproductiva y anticonceptivos entre estudiantes universitarios de ciencias de la salud*. Universidad Castilla-La Mancha. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/handle/10578/10274>
- Valls-Llobet, C. (2010). La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la interioridad. *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, (26), 38-45.
- Venturini, T. (2010). Diving in magma: how to explore controversies with actor-network theory. *Public understanding of science*, 19(3), 258-273.
- Villanueva, N. (2018). La Audiencia Nacional estudia una querrela contra Bayer de treinta víctimas del anticonceptivo Essure. ABC. Disponible en: [https://www.abc.es/sociedad/abci-audiencia-nacional-estudia-querrela-contra-bayer-treinta-victimas-anticonceptivo-essure-201807251211\\_noticia.html](https://www.abc.es/sociedad/abci-audiencia-nacional-estudia-querrela-contra-bayer-treinta-victimas-anticonceptivo-essure-201807251211_noticia.html)
- Villarreal Varela, J. (2015): "Perspectiva sociológica de la salud como proceso socio cultural". *Revista Caribeña de Ciencias Sociales (diciembre 2015)*. En línea: <http://www.eumed.net/rev/caribe/2015/12/salud.html>

Wajcman, J. (2006). *El tecnofeminismo*. Madrid: Cátedra, Colección Feminismos.

Watkins, E. S. (2012). How the pill became a lifestyle drug: the pharmaceutical industry and birth control in the United States since 1960. *American journal of public health*, 102(8), 1462-1472.

Winner, L. (1987). *La ballena y el reactor: una búsqueda de los límites en la era de la alta tecnología*. Barcelona: Gedisa.

World Health Organization (2013). *OMS. Salud Mental: Un estado de Bienestar*. Disponible en: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

## 8. ANEXOS

### Anexo I: Guiones de las entrevistas.

#### ❖ Guion de las entrevistas a usuarias y ex-usuarias de la píldora.

- 1) Determinar las razones que las llevaron a consumir la píldora:
  - a) Si la consumen como método de anticoncepción, determinar que las hizo decantarse por la píldora en detrimento de otros métodos.
  - b) Si la consumen por otras razones, determinarlas.
- 2) Rastrear su experiencia con la píldora:
  - a) Forma de adquisición y tiempo de uso.
  - b) Efectos secundarios experimentados (en el caso de experimentarlos).
  - c) Aspectos positivos y negativos percibidos.
  - d) En el caso de haberla dejado de tomar, rastrear las razones que las llevaron a tomar esa decisión.
- 3) Averiguar la percepción de riesgo de las usuarias de la píldora y sus efectos secundarios, antes de empezar a tomarla y después de llevar un tiempo consumiéndola.
- 4) Determinar el patrón de uso de los distintos métodos anticonceptivos por parte de las usuarias:
  - a) Antes del consumo de la píldora.
  - b) Durante (en el caso de que utilicen doble método).
  - c) Después de dejar la píldora (en el caso de las ex-usuarias de la píldora). Comparar la experiencia con estos métodos anticonceptivos con la experiencia con la píldora.
- 5) Explorar el conocimiento que tenían de la píldora previamente a su consumo (y también durante), determinar los medios a través de los que se informaron y los actores influyeron en su decisión de empezar a tomar la píldora (pareja sexual, médicos, padres, amigas).
  - a) Rastrear más detenidamente la participación de las parejas sexuales que han tenido en las decisiones de anticoncepción.
- 6) Indagar la relación establecida entre los profesionales de la salud y las usuarias: información proporcionada, estudios previos a la prescripción de la píldora, atención a las demandas e intereses de la usuaria. Explorar la confianza manifestada por las usuarias hacia los profesionales de la salud.
- 7) Explorar su percepción del cuerpo y de los procesos fisiológicos femeninos (menstruación).

- 8) Tantear qué les parecería que saliera al mercado una píldora anticonceptiva masculina.

❖ **Guion de la entrevista a los especialistas de la salud.**

- 1) En qué circunstancias se receta la píldora (si lo piden las usuarias o es más bien una decisión médica) y por qué razones (en qué medida como método anticonceptivo y en qué medida por otras razones).
- 2) Pruebas realizadas a las pacientes, conocimiento de las pacientes, información proporcionada.
- 3) Factores de riesgo que desaconsejan el consumo de la píldora
- 4) Razones que llevan a las usuarias a dejar la píldora.
- 5) Opinión efectos secundarios adversos y positivos. Prevalencia en mujeres que han tenido en consulta.
- 6) Diferencias entre las píldoras de distintas generaciones en relación a sus efectos secundarios.
- 7) Opinión de la inexistencia de una píldora hormonal masculina.

**Anexo II: Experiencias positivas y negativas de las usuarias de la píldora.**

Experiencias positivas

➤ *Testimonio de Ana:*

Ana, antes de tomar la píldora estaba bastante preocupada, tenía una percepción del riesgo muy elevada por lo que le habían contado sus amigas de que “*podía potenciar la depresión*”, por lo que había leído por su cuenta y por los videos que había visto en las redes sociales.

Por ello, me dice que le tenía bastante respeto, aunque, al mismo tiempo, cierta curiosidad para ver qué efectos tenía en ella. Ahora después de seis meses tomándola, me cuenta que está contenta y tranquila, que apenas ha sentido efectos secundarios, y sin duda considera la experiencia mucho más positiva que negativa. Aunque, como dice, le sigue teniendo respeto a los medicamentos y no le gusta sentirse “*desconectada*” de su ciclo menstrual, así que después de un tiempo tomándola le gustaría hacer un parón: “*Como es un ciclo artificial creo es mejor dejarla un tiempo para reconectar con tu cuerpo*”.

Para Ana, el mero hecho de hormonarse y saber que no está teniendo un ciclo natural, le parece contraproducente, por eso cree que un parón con la píldora es conveniente.

➤ *Testimonio de Nuria:*

“*Al principio no notaba la diferencia, a día de hoy no noto cuando me viene la regla, no me duele, sangro menos días...Son todo cosas positivas. Es verdad que tiene los efectos secundarios esos que dicen...pero bueno, yo no noté ninguno. Me salen menos espinillas también. Yo se la recomiendo a todo el mundo. Es verdad que si fumas o te tomas una botella de vodka al día puede que la píldora no te venga muy bien, pero si no sí?*”.



La experiencia de Nuria es sin duda muy positiva: no ha padecido efectos adversos y, sin embargo, le ha solventado sus problemas asociados a la regla.

➤ *Testimonio Carolina*

Carolina comenta que lo que más le preocupaba al principio era engordar: *“estaba un poco acojonada por el engorde, y puede ser que sí que lo notara un poco, pero no tuvo que ser por la píldora”*.

En general no notó efectos secundarios negativos, y agradeció que le regulase el periodo y el disminuyese los síntomas previos a la regla. No obstante, decidió dejar de tomarla y pasarse al anillo vaginal por las siguientes razones:

*“Lo que le rallaba de la píldora es que había que tomarla todos los días y yo que soy muy despistada a veces me olvidaba. Además, yo tenía muchas infecciones de orina de aquella, y si tomas antibióticos la píldora pierde efectividad. Un poco por todo eso, me pasé al anillo”*.

Como vemos, si Carolina dejó la píldora no fue por los efectos secundarios, sino por ciertos inconvenientes asociados. Carolina está muy contenta con el anillo, aunque le parece que es muy caro (ahora cuesta unos 15 euros). Considera que en general es muy similar a la píldora, aunque considera que es *“algo mejor porque es más local la liberación de hormonas, y entonces por ejemplo no afecta si tomas antibióticos o tienes diarrea a la efectividad, y con la píldora sí”*.

Por otra parte, cuando le pregunto por lo que se dice de los efectos de la píldora, Carolina dice contundentemente:

*“Me parece mal que haya tanto ataque. Creo que si se exageran un poco los efectos secundarios de la píldora. La píldora como cualquier medicamento tiene riesgos, pero tiene los mismos riesgos como el ibuprofeno y la gente no se escandaliza por eso”*.

No obstante, le parece mal que no le hicieran las pruebas oportunas. *“Cuando me recetaron la píldora no me hicieron nada, ningún control: ni una analítica para medir el colesterol, ni me pesaron, ni me midieron la presión arterial. Y en teoría, por lo que damos en la carrera, todo eso se tendría que hacer. Tampoco me preguntaron si fumaba, y fumo...”*.

### Experiencias negativas

➤ *Testimonio de Silvia:*

Silvia tomó la píldora en dos ocasiones, primero tres meses y después seis meses.

*“El primer médico me dijo que seguramente tenía la regla irregular por una causa emocional [...] Había que regularla porque eso era malísimo. Me dieron las pastillas anticonceptivas: no me explicaron nada, simplemente me las dieron”*, dice Silvia.

La segunda vez que empezó a tomarla lo hizo porque su pareja, aunque usaban protección, estaba muy preocupada porque ella tuviera la regla irregular.

*“Al cabo de seis meses tomando la píldora sentí un dolor raro en el brazo, no sabía lo que era, pero sentía, no sé por qué, porque nadie me había dicho nada, que era “un coágulo”. Fui al médico y enseguida detectaron que era un trombo, aunque estaban extrañados porque era muy joven”*.

Silvia relata que después de un año de pasar por más de seis médicos y de hacerse todo tipo de pruebas y análisis genéticos, no le encontraron ningún factor de riesgo que explicase la

aparición trombo, ya que tampoco fumaba y tenía un peso normal. Así que le dijeron que simplemente tuvo que ser un efecto secundario de la píldora. Tuvo que tomar Sintrón y dejar de hacer deporte durante muchos meses. Más adelante, le detectaron Síndrome de Ovarios Poliquísticos (lo cual explicaba sus ciclos tan irregulares) y le dijeron que, como no podía toma la píldora, no había tratamiento disponible para ella. Esto la llevó a investigar por su cuenta, encontrando en la “nutrición” la respuesta.

Silvia considera otros aspectos negativos de la píldora:

Silvia no se la recomendaría a nadie, porque: *“Tiene efectos negativos como cambios en el metabolismo del cuerpo y cambios en la libido sexual. Además, la píldora es un medicamento genérico y no está adaptado a ti. A cada mujer le puede afectar de una manera distinta...”*. Cuando Silvia habla de la libido, añade que *“lo de la libido es contradictorio, o sea, te dan la píldora para no quedarte embarazada, pero de repente no te apetece tener sexo”*.

➤ *Testimonio de Nadia:*

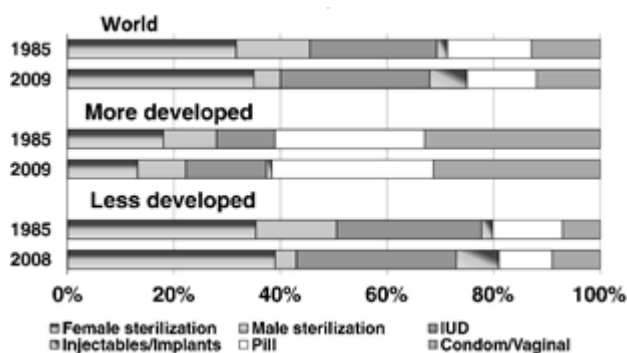
Nadia empezó a tomar la píldora porque tenía una menstruación tan abundante –además de dolorosa- que llegó a padecer anemia.

*“Un tiempo después empecé a tener ataques de ansiedad muy fuertes y cada vez más recurrentes. Me trataron una psicóloga y un psiquiatra. Después de seis meses, me dijo el psiquiatra que no encontraba una explicación psicológica a esa ansiedad tan elevada. Me preguntó si consumía algún medicamento. Al principio le dije que no, pues no concebía la píldora medicamento”*.

Nadia relata que dejó la píldora y, al cabo de unos meses, todo volvió a la normalidad. Aunque, cuando lo hizo, todos los problemas asociados a su ciclo reaparecieron. Como no quería volver a tomar la píldora, buscó enfoques alternativos en otro tipo de profesionales y, poco a poco, haciendo cambios en su dieta y en su estilo de vida, su menstruación a dejar de ser incapacitante para ella.

Las experiencias de Silvia y Nadia guardan muchas similitudes. Ambas empezaron a tomar la píldora por problemáticas asociadas a la menstruación, ambas sufrieron graves efectos secundarios y después de dejar de tomar la píldora, encontraron la solución a sus problemas iniciales en enfoques médicos alternativos, cambiando, sobre todo, su alimentación. Para ellas los efectos negativos de la píldora superan con creces los positivos, y su percepción del riesgo es elevada, como no podría ser de otra manera.

### Anexo III: Anticoncepción en el mundo.

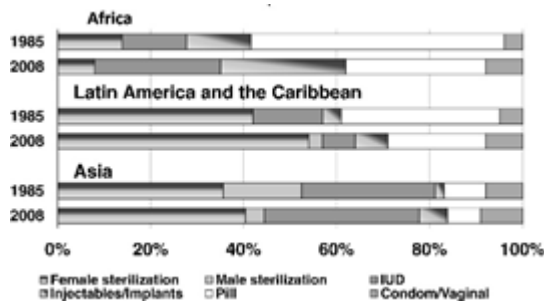


**Figura 4: Usos de anticonceptivos de las familias casadas en el mundo.** Fuente: Darroch, J. E. (2013). Trends in contraceptive use. *Contraception*, 87(3), 259-263.

Como podemos observar en esta figura, en los países más desarrollados la píldora es usada por el 30% de las mujeres casadas. Además, desde 1985 hasta 2009 observamos un incremento del empleo de este método, que se sitúa a la par del uso del preservativo. Por su parte, el DIU y la esterilización de la mujer también son bastante populares, si bien en las últimas décadas disminuyó el porcentaje de mujeres esterilizadas.

Sin embargo, en los países menos desarrollados, destaca que el método anticonceptivo más usado es la esterilización (que, de forma opuesta al caso anterior, se ha incrementado en las últimas décadas). Esta es concretamente utilizada por el 35% de las mujeres. A este método le sigue el DIU, empleado por el 30%, y, más a la cola, la píldora, por el 12% y el condón, por el 11% (Darroch, 2013).

En ambos casos, el uso de la esterilización masculina es absolutamente marginal.



**Figura 5: Usos de anticonceptivos en África, Asia y América Latina.** Fuente: Darroch, J. E. (2013). Trends in contraceptive use. *Contraception*, 87(3), 259-263.

No obstante, como observamos en este gráfico, en las regiones menos desarrolladas el uso de anticonceptivos no es en absoluto similar. De esta forma, la píldora se halla a la cabeza de los anticonceptivos más usados en África, siendo muy popular también en América Latina, además de la esterilización femenina, que es con un gran margen de diferencia el método de prevención de embarazo más utilizado. Sin embargo, en Asia la píldora es poco empleada, y son más comunes el DIU y la esterilización.

En general, observamos que en el Primer Mundo son más usuales los métodos anticonceptivos de corta duración y reversibles, mientras que en el Tercer Mundo los métodos anticonceptivos de larga duración y sobre todo las esterilizaciones femeninas.

Estas diferencias entre el uso de anticonceptivos están directamente vinculadas con las políticas demográficas llevadas a cabo en las distintas regiones, desde que en los años 70 el control demográfico de la población se convirtió en un fenómeno global. En los países del Tercer Mundo se han llevado a cabo desde entonces agresivas políticas eugenésicas, que se tradujeron en esterilizaciones masivas, abortos selectivos e intervenciones forzadas. Por el contrario, en el Primer Mundo el descenso de la natalidad y el envejecimiento de la población han impulsado políticas destinadas a fomentar la fecundidad. Por tanto, como vemos, el uso de los anticonceptivos y de otros productos científicos y tecnológicos no es neutral, pero en este aspecto nos detendremos más adelante en la revisión de las distintas aportaciones teóricas.

En cuanto al uso de la píldora, es uno de los anticonceptivos más populares en el mundo, tanto en las regiones desarrolladas como las que están en vías de desarrollo, si bien su uso difiere considerablemente según la región y el país.

#### **Anexo IV: Inicios históricos de la píldora.**

La píldora anticonceptiva implicó la separación de la práctica sexual de la concepción, forzando la reevaluación de los puntos de vista sociales, políticos y religiosos. Significó, en sus inicios, la libertad sexual y autonomía reproductiva para las mujeres. No obstante, su historia no se caracteriza precisamente por la libertad de elección de las mujeres.

Los primeros experimentos que demostraron que la progesterona podía detener la ovulación se realizaron en 1930, y en 1940 el químico Dr. Carl Djerassi sintetizó progestina por primera vez. La investigación clínica inicial de la píldora se impulsó en 1954 por dos católicos, el Dr. John Rock y la defensora de la salud de la mujer Margaret Sanger, que realizó una prueba temprana de la píldora en 50 mujeres de Boston, Massachusetts, bajo el disfraz de un estudio de fertilidad, pues desde el punto de vista social, legal y político, la anticoncepción era un tema tabú. Tanto en EEUU como en Canadá, las leyes vigentes prohibían las investigaciones sobre anticoncepción (Liao & Dollin, 2012).

Para realizar pruebas en más mujeres, el Dr. Rock y otro de los primeros investigadores de píldoras, el Dr. Gregory Pincus, se decantaron por Puerto Rico, sin leyes prohibitivas y con su combinación de superpoblación y desempleo (fruto de la transformación económica puertorriqueña mediada por EEUU). Las mujeres puertorriqueñas, con escasas posibilidades económicas y sometidas a una gran presión ante la maternidad, fueron los sujetos elegidos (Torres Falguera, 2016).

De esta forma, la primera prueba real a gran escala de la píldora se llevó a cabo en 1956 en este país, en el que participaron más de 200 mujeres a las que apenas se les dio información sobre la seguridad del producto. En el estudio no se tomaron en consideración las quejas de las mujeres que constataron los efectos secundarios de las náuseas, los mareos, los dolores de cabeza y los coágulos de sangre. Tampoco se estudiaron las causas de la muerte de 3 mujeres que participaban en el estudio.

En 1960 se lanzó al mercado estadounidense el primer método anticonceptivo oral en forma combinada. La píldora se prescribió por primera vez exclusivamente para el “control del ciclo”, y solo para mujeres casadas. En 1968, la Iglesia Católica se posicionó con respecto a la píldora y el Papa Pablo VI dictaminó que esta, como medio "artificial" de control de la natalidad, era pecaminosa. Poco después, la píldora llegaría a España.

#### **Anexo V: Entrevistas.**

A continuación, adjunto una de las transcripciones de las entrevistas, como ejemplo de cómo realicé las transcripciones. Como se puede ver, intercalé los estilos directo e indirecto. Las entrevistas las adjunto en ficheros de audio y vídeo.

##### 1. Entrevista Ana, de 23 años, de A Coruña.

Comienza la video-llamada de Skype con Ana y empiezo preguntándole por qué razones decidió empezar a tomar la píldora, y quién se la recetó.

Me comenta que decidió tomar la píldora anticonceptiva porque tuvo un susto en el verano con el preservativo y tuvo que tomar la píldora del día después. Sus amigas le habían contado

experiencias con la píldora, buenas y malas, así que le apetecía probarla para ver qué efectos tenía en ella. Fue a una ginecóloga privada, y se la recetó sin problemas, sin comentarle los efectos secundarios ni nada. “Me la recetó como si fuera un ibuprofeno: bueno, si te quieres quedar más tranquila, toma, aquí tienes la receta. Ni si quiera me explicó como tomarla, y yo en eso tenía dudas, porque nunca la había tomado. La primera duda que tenía era super elemental, era cuándo tomarla: antes de la regla, después...Yo pensaba que podía empezar cualquier día. Hablé con una amiga y me dijo: ¡qué dices! No puedes empezar a tomarla cualquier día”.

“Esperé unos meses para empezar a tomarla, ya que me producía bastante respeto porque una amiga me contó que la píldora le aumentó la depresión. Aunque pregunté a varias personas y todas las que me respondieron que tomaban la Sibilla me dijeron que no habían tenido ningún problema. Cuando empecé a tomarla casi no noté ningún cambio, solamente un poco una hinchazón en los pechos” Empezó a tomarla este diciembre (lleva 5 meses tomándola) y no notó casi ningún cambio. Solamente notó un poco un aumento de pecho, una hinchazón.

Dice que tenía muchos prejuicios en torno a los medicamentos, “tomar todos los días una pastilla, eso para el hígado no puede ser lo mejor. Además, dejas de vivir tu ciclo, porque cuando tienes la regla normal sientes mucho las distintas fases, cuando estás ovulando, cuando estás en fase premenstrual. Y claro, ahora que tomo la píldora mis reglas son muy cortas, casi no las noto, ni noto todos esos picos del ciclo”.

Dice que desde hace tiempo se interesó por estos temas, y que tiene varias amigas interesadas, médicas y ginecólogas, con las que habla y las que le cuentan cosas ginecológicas. Además, ella lee por su cuenta acerca de temas de sexualidad. Por eso tenía respeto a la hora de empezar a tomar la píldora, pero al mismo tiempo tenía curiosidad de ver cómo le afectaría a ella.

La tomó exclusivamente como método anticonceptivo, aunque también tenía un ciclo bastante irregular: un día le venía a los 28 días, otro a los 34...Y, aunque tomaban precauciones, usaban el preservativo siempre, eso le producía bastantes inseguridades. Lo habló con su pareja antes de tomarla. Le hizo muchas preguntas: “Me dijeron que no era muy buena, ¿estás segura? Piénsalo...”.

“Si no tuviera pareja, y no tuviera relaciones sexuales durante una temporada, no la tomaría, porque tampoco tengo reglas muy dolorosas. Igual sí que la seguiría tomando si tuviera relaciones esporádicas, además de usar el condón”.

No se ve tomando la píldora demasiado tiempo, le gustaría hacer un parón. Cuando haga un año, pensará si dejarla o si de cambiar a otro método anticonceptivo, como el anillo, porque le comentaron muy buenas experiencias con él. Cuando le pregunto por qué le gustaría hacer un parón, me dice: “No sé muy bien por qué quiero hacer un parón, quizás un poco por las opiniones generalizadas de que no es bueno abusar de la píldora, que es mejor darle un descanso al cuerpo. Como es un ciclo artificial es mejor dejarla un tiempo para reconectar con tu cuerpo”.

En relación a los efectos negativos de los que escuchó hablar, una amiga le contó que su ginecóloga le había prohibido tomarla porque en su familia había antecedentes de enfermedades circulatorias...Otras amigas con “depre” le contaron que podía agudizar la depresión y provocar más inestabilidad emocional. “Después vi un vídeo de Facebook, de

estos super virales, de unas chicas de EEUU que tomaban la Yasmin y que le habían provocado coágulos y que alguna había muerto...”.

Habló con su madre, y aunque la apoyó en que la tomara, le dijo que tuviera cuidado porque si la tomaba mucho tiempo podía dificultar la fertilidad. “Pero no sé si es un miedo un poco infundado, o es que las píldoras de antes si tenían ese efecto, no lo sé. También es que ella, que tomó la píldora mucho tiempo, después tuvo dificultades para tener hijos”.

Ella iba muy asustada, y ahora está contenta, no tuvo ningún efecto muy negativo y está mucho más tranquila. La experiencia mucho más positiva que negativa. Aunque igual es porque la marca que toma no es muy fuerte.

Anticoncepción masculina: cree que saliera una píldora masculina sería muy positivo, aunque habla con amigas y le dicen “no sé, yo no me fiaría...”. “Pero creo que estaría genial, porque al final el tema de la anticoncepción es una cosa de dos, y al final, aunque tengas una pareja, y ella se quiera implicar, toda la carga emocional la llevamos nosotras, el riesgo, la ansiedad...Tú lo estás viviendo físicamente”. Cuando le pregunto si ella se fiaría de su pareja me dice: “Sí que me fiaría, si tenemos una confianza y una intimidad fuerte, igual que él confía conmigo con la pastilla”.

Le pregunto por el precio de la pastilla y dice que no está segura pero que Sibilla le vale entre 4 y 6 euros. Pero se sorprende de que a otras amigas suyas les valga casi 15. “Flipo con la diferencia”.

Le pregunto de nuevo si suele hablar con sus amigas de estas cosas, de la menstruación... Y me dice que siempre habló con sus amigas mucho del tema, fue un apoyo muy positivo, pero porque también sus amigas son muy abiertas. Con su madre habla con normalidad de la regla, pero tampoco tienen tanta confianza, su padre escucha, pero apenas hace comentarios. Con su pareja habló mucho del tema, él le preguntó muchas cosas en torno a la menstruación: si era verdad lo de los ciclos, si en verdad cuando la tenía se notaba más sensible, de mal humor, o si era un prejuicio machista...

Cuando le pregunto si sus amigos también son así me dice que ha notado que amigos suyos en teoría muy “abiertos”, no lo eran tanto. Un amigo suyo de toda la vida le comentó un día: “buahhh, no sabes lo que tira para atrás ir a follar con una chica y que tenga la regla”. Pensó que entonces ese quizás era un pensamiento mucho más generalizado de lo que pensaba.

Ella siempre tuvo la idea de que con la píldora tenía la regla, pero algo menos, es decir, no sabía que no se ovulaba, hasta que una de sus amigas que estudia enfermería le enseñó un vídeo que explicaba que no se ovulaba, que con la píldora la regla era una mera secreción...Cuando empezó a tomar la píldora ya sabía esto, y en verdad no le gusta nada sentir que no tiene una regla real.

Le pregunto si cree que se exageran los efectos de la regla en el estado de ánimo de las mujeres. Me dice que sí que cree que el síndrome premenstrual existe, y que no hay que invisibilizarlo, ni ocultar que puedes estar más sensible o dolorida...Pero que al mismo tiempo se exagera y se crea un estereotipo de mujer histérica e inestable.