

MÁSTER EN POLÍTICAS SOCIALES Y DE INTERVENCIÓN SOCIOCOMUNITARIA

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

2022/2023

CONVOCATORIA DE SEPTIEMBRE

Cuerpos bajo dominio patriarcal: análisis de  
métodos anticonceptivos

Corpos baixo dominio patriarcal: análise de  
métodos anticonceptivos

Bodies under patriarchal domination: analysis  
of contraceptive

TRABAJO REALIZADO POR:

SONIA CALDAS REY

TUTORIZADO POR:

ELEDER PIÑEIRO AGUIAR



CC BY-SA 3.0 ES CÓDIGO LEGAL

Atribución-CompartirIgual 3.0 España

## **Resumen**

Este trabajo pretende realizar un análisis sobre la violencia que pueden ejercer los métodos anticonceptivos sobre los cuerpos femeninos, examinando si las mujeres son conscientes de esta. Además, se profundizará en el condón y píldora anticonceptiva puesto que son los métodos más empleados por la población española femenina. Por otra parte, la metodología empleada para esta investigación es meramente cualitativa al utilizarse dos técnicas de esta índole: el análisis del discurso de las entrevistas y el análisis de contenido de prospectos médicos de la píldora.

**Palabras clave:** métodos anticonceptivos, violencia, sociedad patriarcal, cuerpos femeninos, píldora

## **Resumo**

Este traballo pretende realizar un análise sobre a violencia que poden exercer os métodos anticonceptivos sobre os corpos femininos, examinando se as mulleres son conscientes disto. Ademais, profundizarase no preservativo e na pílula anticonceptiva, xa que son os métodos mais empregados pola poboación española feminina. Por outra banda, a metodoloxía empregada para esta investigación é meramente cualitativa ao utilizarse dúas técnicas desta natureza: a análise do discurso das entrevistas e a análise de contido dos prospectos médicos da pílula

**Palabras clave:** métodos anticonceptivos, violencia, sociedade patriarcal, corpos femininos, pílula

## **Abstrac**

This work aims to carry out an analysis of the violence that contraceptive methods can exert on female bodies, examining whether women are aware of this. In addition, it will delve into the condom and the contraceptive pill since they are the most commonly used methods by the Spanish female population. On the other hand, the methodology employed for this research is purely qualitative, using two techniques of this nature: the analysis of interview discourse and the content analysis of contraceptive pill medical leaflets.

**Keywords:** contraceptive methods, violence, patriarchal society, female bodies, contraceptive pill

# Índice

1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. MARCO TEÓRICO:.....	3
a) Historia de la anticoncepción bajo una sociedad patriarcal.....	3
b) Métodos anticonceptivos actuales .....	6
o <i>Preservativo/Condón</i> .....	8
o <i>Píldora</i> .....	10
c) El rol del hombre en la anticoncepción .....	13
3. METODOLOGÍA .....	16
4. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS .....	20
a) Análisis del discurso de las entrevistas .....	20
I) <i>Percepción ante los métodos anticonceptivos</i> .....	21
II) <i>Consumo de los métodos anticonceptivos</i> .....	24
III) <i>Violencia</i> .....	26
b) Análisis de contenido.....	32
I) <i>Descripción física</i> .....	33
II) <i>Análisis de contenido</i> .....	33
III) <i>Discusión</i> .....	36
5. CONCLUSIONES.....	42
□ Balance del trabajo realizado y posibles futuras líneas de investigación.....	45
6. BIBLIOGRAFÍA: .....	47
7. ANEXOS.....	51

## 1. INTRODUCCIÓN

En los principales períodos del ser humano la infertilidad de la mujer era considerada una maldición o un castigo divino, y, aun así, siempre ha existido el deseo de controlar la reproducción pudiendo ejercerla e impedirla según los deseos de las personas. En esta línea, la anticoncepción aparece como resultado de la necesidad de separar la sexualidad de la procreación. En la actualidad autoras como Ortiz-Gómez e Ignaciuk (2019) describen la anticoncepción como una larga investigación con dos finalidades principales, por un lado, estudiar las prácticas de gestión que previenen la capacidad procreadora, y por otro, garantizar el fácil acceso y la libre elección a las mujeres y sus parejas.

La sociedad patriarcal ha atribuido la prevención y el cuidado de la concepción a las mujeres, de tal forma que se ha ido potenciando esta asociación a lo largo de la historia a través de procesos como puede ser centrar la elaboración de métodos anticonceptivos en los cuerpos femeninos (Aspilcueta-Gho, 2013) mientras que, actualmente, existen únicamente dos métodos anticonceptivos que se centran en el hombre: el preservativo y la vasectomía.

Para entender este fenómeno es primordial atender al razonamiento que defiende la teoría feminista desde el ámbito de la sociología de la salud, argumentando que la medicina y el patriarcado controlan a las mujeres mediante la imposición de rasgos asociados a lo femenino como son la pasividad, la dependencia y la sumisión (Seaman, 1987). La medicina es una ciencia necesaria para el desarrollo de las sociedades, aunque autores/as como Oakley (1984) la describen como una disciplina antropocentrista que trata a la mujer por su biología y capacidad reproductiva.

Esta forma de entender y tratar a la mujer puede ser concebida como una forma de violencia, puesto que la OMS (2002) define la violencia como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muertes, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (pág. 3).

Al igual que ocurre en el ámbito de la salud, existen formas de violencia que se manifiestan en la sociedad de manera más oculta e invisibilizada y que, como consecuencia,

presentan daños psíquicos, privaciones y fallas en el desarrollo que pueden llegar a comprometer el bienestar de los individuos receptores de esta violencia.

Por tanto, se propone que el objeto de estudio de esta investigación sea conocer cómo las mujeres perciben los métodos anticonceptivos actuales, de tal manera que se intente explicar si esta herramienta contra la reproducción puede ejercer alguna violencia hacia los cuerpos femeninos.

Para dar comienzo a este estudio se elaboró como pregunta de investigación ¿pueden entenderse los métodos anticonceptivos como una forma de violencia hacia la mujer? En consecuencia, para llevar a cabo este proyecto se proponen los siguientes objetivos:

- Objetivo 1.

Analizar la evolución de la anticoncepción desde una perspectiva de género, explorando cómo los métodos anticonceptivos y sus prácticas han influido en las experiencias y el poder de decisión de las mujeres a lo largo de la historia.

- Objetivo 2.

Analizar, desde una perspectiva feminista, cómo los métodos anticonceptivos pueden desarrollar una violencia simbólica contra la autonomía y el cuerpo de la mujer.

- Objetivo 2.1. Comprender si las mujeres perciben esta violencia y si afectan factores como la edad y la orientación sexual a esta visión

- Objetivo 3.

Examinar el impacto social de los métodos anticonceptivos en la vida de las mujeres

- Objetivo 3.1. Identificar la violencia de género y sus implicaciones en la salud de estas mediante el estudio de los métodos anticonceptivos
- Objetivo específico 3.2. Atender a los posibles efectos secundarios que pueden presentar

## 2. MARCO TEÓRICO:

### a) Historia de la anticoncepción bajo una sociedad patriarcal

Para la realización de este trabajo es primordial atender al patriarcado, un sistema tan arraigado a la sociedad que se manifiesta de manera política, social y económica. Rosa Cobo (2014) define el patriarcado como una construcción social antigua, longeva, universal y adaptativa, pactada entre los varones para que su dominio prevalezca. Para instalar este sistema que mantiene a las mujeres bajo la sumisión de los hombres se utilizan un conjunto de estrategias, como es la violencia, que tiene un claro efecto en la socialización.

Las relaciones entre los géneros en la sociedad patriarcal se presentan como relaciones de subordinación, cuando no de propiedad, donde las mujeres deben cierta sumisión a sus maridos o compañeros. Cuando no respondan a las expectativas, será cuando los conflictos puedan llevar al uso de la violencia como medio para restablecer la satisfacción de las expectativas sobre el comportamiento femenino. De esta forma, la violencia aparece como un efectivo medio de control social sobre el comportamiento de las mujeres (de Miguel, 2020).

Por tanto, una vez abarcado el patriarcado se debe destacar que los intentos por parte del hombre de controlar la natalidad de las mujeres vienen desde tiempos remotos, prácticamente desde las primeras referencias a la anticoncepción<sup>1</sup> (Díaz, 1996).

El primer intento de anticoncepción que se conoce se localiza en el Papiro de Petri<sup>2</sup>, escrito en el año 850 a.C., y contine remedios naturales como el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta, o el mejunje de miel y bicarbonato de sodio natural, ambas recetas eran para insertar en la vagina (Díaz, 1996). Posteriormente, en 1873 en Egipto se encontró el Papiro de Berrees<sup>3</sup>. De esta forma se conoce que la búsqueda de un método anticonceptivo ideal es tan antigua como la aparición de la humanidad, poniendo el

---

<sup>1</sup> La primera referencia a la anticoncepción no es hasta la época griega, en el siglo IV a.C., con Aristóteles en su libro *Historia Animalum* donde menciona: “*algunos impiden la concepción untando la parte de la matriz en la que cae el semen con aceite de cedro o con un ungüento de plomo o con incienso mezclado con aceite de olivo*”

<sup>2</sup> Se trata del primer texto médico conocido en el que aparecen recetas anticonceptivas

<sup>3</sup> Recopilación de textos médicos egipcios, escrito alrededor de 1550, que contiene recetas médicas consideradas anticonceptivos intravaginales. Se estima que la mayoría fueron hechas por mujeres con el objetivo de dejar de concebir durante un tiempo.

foco principal en el cuerpo de la mujer y priorizándose las técnicas intrauterinas en ellas (Lugones y Quintana, 1996).

En un principio se desconocía la vinculación entre los embarazos y las relaciones sexuales, atribuyéndose los nacimientos a una fuerza divina. Una vez que se toma conciencia comienza la búsqueda exhaustiva de métodos, centrados en el cuerpo de la mujer, que eviten los embarazos no deseados (Acosta et al., 2006).

La idea de introducir diferentes objetos de artesanía y materiales en el útero de las mujeres, como vidrio, marfil, madera, ébano, plata, oro, platino incrustado de diamantes... (Acosta et al., 2006) como forma de control de la natalidad llegó a través de la práctica que realizaban los turcos y árabes en los camellos para realizar largas travesías por el desierto; les introducían piedras redondas en el útero para evitar los embarazos (Lugones y Quintana, 1996). Acosta et al., (2006) menciona que “*el sufrimiento femenino también es parte de la historia*” (p.1), la introducción de estos materiales y/u objetos en la vagina producía resultados muy variables. La falta de conocimientos médicos y sobre anticonceptivos, unido a los múltiples intentos del hombre por controlar la natalidad, provocó que muchas mujeres murieran debido a infecciones vaginales.

Durante la Edad Media las mujeres contaban con diversos métodos anticonceptivos que consistían en hierbas convertidas en pociones y supositorios, eran usados para precipitar el período de la mujer, provocar un aborto o crear una condición de esterilidad. Estos métodos naturales debían ser pasados de generación en generación bajo la clandestinidad debido a la criminalización que se les otorgó. En Europa incluso se llegó a imponer una pena de muerte para aquellas mujeres que quisieran abortar (Acosta et al., 2006).

La anticoncepción no siempre fue bien vista, especialmente cuando era promovida por las mujeres. En el Bula de Inocencio<sup>4</sup> VIII (1484) llegó a asociarse la anticoncepción y el aborto con la brujería. Cualquier iniciativa anticonceptiva era concebida como maligna y por tanto el castigo era la muerte ardiendo en la hoguera. Federici (2004) explica que este pudo ser uno de los motivos principales que hizo desaparecer los anticonceptivos en el siglo XVII -excluyendo el sector de la prostitución-.

---

<sup>4</sup> Pergamino escrito por el Papa Inocencio VIII el 5 de diciembre de 1484 donde reconocía la existencia de la brujería y condenaba a sus practicantes como herejes.

La reaparición del control de la reproductividad en la escena social a través de métodos anticonceptivos se dio bajo el mandato de la masculinidad, es decir, las mujeres ya no podían utilizarlos a no ser que contaran con el consentimiento de un hombre. Incluso, durante mucho tiempo el único anticonceptivo ofrecido por la medicina burguesa masculina fue el condón. De esta forma, Federici (2004) relata: “ *fueron creados específicamente para el uso masculino (...) al negarles a las mujeres el control sobre sus cuerpos, el Estado las privó de la condición fundamental de su integridad física y psicológica, degradando la maternidad a la condición de trabajo forzado*” (p. 141-142).

A finales del siglo XIX la iglesia cristiana se oponía totalmente a la anticoncepción concibiéndola como un acto peligroso que incentivaba las relaciones sexuales extramatrimoniales. Esta obstrucción por parte de la iglesia a los anticonceptivos producía un escaso conocimiento general por parte de la sociedad hacia los medios de control de la natalidad. Únicamente las familias adineradas podían acceder a esta información y a los artículos que se consideraban de “*higiene femenina*”<sup>5</sup>; en cambio, las mujeres de clase trabajadora, debido a que no podían acceder ni a la literatura informativa de la anticoncepción ni a los métodos terminaban utilizando remedios populares e ineficaces que podían llegar a resultar perjudiciales para su salud (McCann et al., 2020).

No será hasta principios del siglo XX cuando un grupo de feministas radicales empiecen a cambiar sus relatos acerca de la anticoncepción y la sexualidad, empezando a adquirir mayor fuerza en la sociedad. Será Margaret Sanger<sup>6</sup> quien utilice por primera vez el término “*birth control*” (control de la natalidad) en la revista radical: *The Woman Rebel*. En 1930 la anticoncepción había realizado grandes avances y empieza a ser contemplada como un tema social aceptado para las mujeres casada, las solteras tendrían que esperar hasta la década de los 60. Aun así, el control de la natalidad seguía contando con un gran sector de la población, además de la iglesia católica, que se oponían a su avance (McCann et al., 2020). Pese a ello, la

---

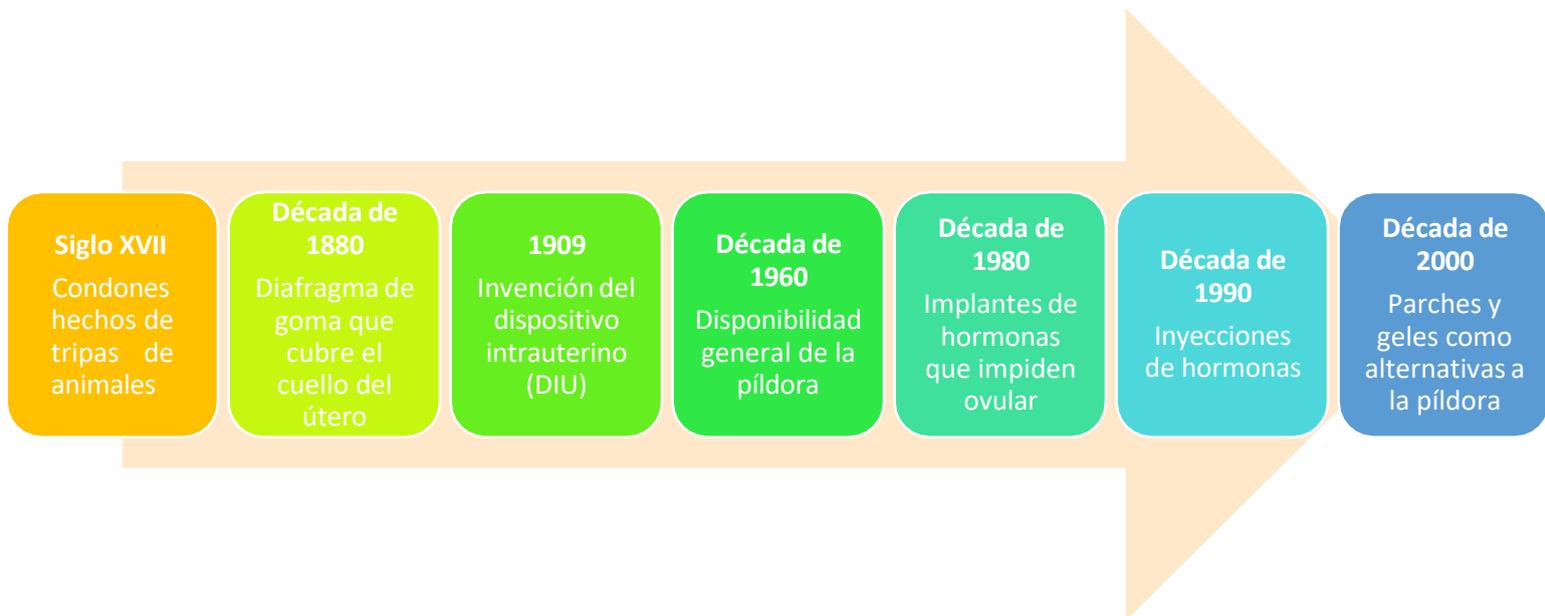
<sup>5</sup> Los métodos anticonceptivos más comunes utilizados en aquella época eran el *coitus interruptus*, las esponjas vaginales empapadas en quimia, las inyecciones vaginales de agua y alumbre y los condones.

<sup>6</sup> Margaret Sanger fue una enfermera neoyorquina que luchó por los derechos reproductivos de las mujeres y por su acceso a la anticoncepción. Sanger entendía el feminismo como una lucha por la cual las mujeres primero debían librarse de la esclavitud biológica a través del control de la natalidad. Decía “control” con la idea de que era la mujer, y no el hombre, quien debía gobernar y decidir en lo relativo a la reproducción.

anticoncepción siguió avanzando y fueron apareciendo nuevos métodos anticonceptivos a lo largo de los años (véase Figura 1):

**Figura 1.**

*Evolución de la anticoncepción a lo largo de la historia*



Fuente: McCann et al., 2020.

**b) Métodos anticonceptivos actuales**

El Ministerio de Sanidad y Política Social (s.f.) clasifica los métodos anticonceptivos en: poco recomendables<sup>7</sup> -debido a su baja o nula eficacia- y recomendables, que presentan una eficacia media-alta, y pueden ser clasificados de la siguiente manera (véase más información acerca de estos en Anexo 1):

<sup>7</sup> Entre los métodos anticonceptivos poco recomendables estarían: la abstinencia periódica (el no mantener relaciones sexuales con penetración en los días fértiles de la mujer), el coito interrumpido (o la marcha atrás), los espermicidas (sustancias que destruyen los espermatozoides en la vagina, pueden presentarse como óvulos vaginales, cremas o esponjas vaginales) y los lavados vaginales tras el coito.

- a) *Métodos de barrera*
  - i. Preservativo masculino (condón)
  - ii. Preservativo femenino
  - iii. Diafragma
  - iv. Capuchón cervical.
- b) *Métodos hormonales*
  - i. Píldora combinada
  - ii. Píldora de gestágeno
  - iii. Anillo vaginal
  - iv. Parche cutáneo
  - v. Anticonceptivo hormonal inyectable
  - vi. Implante Subdérmico
- c) *Dispositivo intrauterino (DIU)*
- d) *Quirúrgicas*
  - i. Vasectomía
  - ii. Ligación de trompas
- e) *Doble método o doble protección*

De los 13 métodos mencionados únicamente el condón masculino y la vasectomía están pensados para los hombres y, además de que ambos métodos tienen su sustitución femenina: el condón femenino y la ligadura de trompas, ninguno de ellos es hormonal como la gran mayoría de los métodos femeninos.

Siguiendo el último estudio realizado por el SEC (Sociedad Española de Contracepción) en el 2022, los anticonceptivos más utilizados por las mujeres españolas en edad fértil (entre los 15 y 49 años) son el preservativo (35,7%), y la píldora (17%), seguido de la vasectomía de sus parejas masculinas (4,7%). Cabe mencionar que un 22,4% de las encuestadas no usan ningún tipo de método anticonceptivo.

## Imagen 1.

Uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres españolas en edad fértil (15-49 años)



Fuente: SEC (2022)

Al ser el condón (método anticonceptivo centrado en la figura masculina) y la píldora (método anticonceptivo para la figura femenina) los métodos más populares entre la población española se procederán a profundizar más en su historia y su percepción en los próximos epígrafes:

### ○ **Preservativo/Condón**

Se desconoce el origen exacto del preservativo, pero se estima que su primera aparición data entre los años 100-200 a.c. En las pinturas rupestres de la cueva de Les Combarelles, Francia, existe una escena considerada una de las primeras pinturas que representan algún tipo de actividad sexual entre un hombre y una mujer. Parece ser que el hombre tiene el pene cubierto con alguna especie de funda, aunque también existe la teoría de que se trata de algo imposible (Lazo, 2019).

Siguiendo el estudio de Lugones y Quintana (1996) los preservativos fueron definidos por primera vez en el siglo XVI como "*una vaina para el pene confeccionada con lino y destinada a evitar la transmisión de la sífilis*" (párr. 5) pero debido al gran escándalo que supusieron y a las duras críticas, no fueron hasta dos siglos después que se expandieron.

En las primeras civilizaciones, los condones eran fabricados para la prevención de enfermedades venéreas con diferentes materiales como lienzo, calabaza, cuero, seda, papel aceitado, vejiga de pez o carey, tejidos animales... (Lazo, 2019). Se conoce que los egipcios usaban vainas sobre sus penes con fines decorativos y que los antiguos japoneses utilizaban el caparazón de tortuga para cubrir el glande del pene. Los romanos como anticonceptivo, además de para prevenir enfermedades, utilizaban una funda fabricada de vejiga de macho cabrío (Acosta et al., 2006).

Los primeros preservativos median 34 mm de ancho (actualmente son de 52mm) y los más comunes eran fabricados con intestinos de animales, siendo cosidos a mano cuidadosamente en un extremo y dejando en la otra punta una cinta para permitir que se mantuvieran apretados una vez colocados; antes de ser usados debían de sumergirse en leche tibia para que se ablandaran. Su principal función era prevenir enfermedades, no la anticoncepción, por lo que eran hechos especialmente para los hombres que frecuentaban los antiguos prostíbulos. Eran muy caros y se compraban con la idea de usarlos varias veces (Lazo, 2019).

El condón es el método anticonceptivo más usado y conocido, incluso en países no desarrollados, y es utilizado en diversas culturas (Lazo, 2019). Con la ayuda de la tecnología moderna, los condones se han ido perfeccionando hasta fabricarse a base de silicona, aumentando la sensibilidad durante las relaciones sexuales (Lugones y Quintana, 1996).

Actualmente el preservativo además de ser el método más utilizado por las mujeres de todos los intervalos de edad (SEC, 2022) y ser de los pocos que protegen contra las ETS, es uno de los dos anticonceptivos dirigidos al género masculino. A pesar de ello, algunos hombres, según el estudio de Pinillas (2022) declaran que el condón puede presentar ciertas disconformidades como son: la inconveniencia para llegar al pleno placer sexual debido a la reducción de la sensibilidad que provoca en el miembro, la reducción de la espontaneidad para la penetración, una tasa de fallo entre el 3-15% debido a roturas o uso inadecuado. El mayor inconveniente del condón lo encuentran las parejas heterosexuales estables a largo plazo, dejan

de verlo como una opción y les lleva a la búsqueda de otro método, que termina recayendo en la mujer por falta de otros anticonceptivos masculinos.

- **Píldora**

La primera píldora *antibaby* fue creada casi por error en 1951 por Gregory Pincus junto con los laboratorios de Searle. La idea principal de la investigación era ayudar a la procreación de familias blancas católicas y estériles. La primera píldora era un método de control de la reproducción, a la vez que un método de producción y control de la purificación de la raza y contaminación de los linajes (Preciado, 2008).

El invento de la píldora representó una revolución en la anticoncepción y en la historia farmacéutica al permitir que las mujeres planificaran su futuro familiar y al permitirles separar los procesos reproductivos de la sexualidad, lo que provocó que los sectores sociales más conservadores la concibieran como un pase libre para la promiscuidad.

Para muchas mujeres se trató de un gran avance para la mujer (González-Hernando, et al., 2013) y una forma de libertad sexual y social. Sanger concebía la aparición de la píldora como un invento liberador más allá del disfrute sexual: otorgaría a las mujeres el control del embarazo, permitiéndoles limitar la familia y desarrollar una carrera profesional (McCann et al., 2020).

La realidad es que la píldora salió al mercado sin llegar a abordarse todos los riesgos potenciales para la salud de las mujeres, lo que provocó que no todas las autoras feministas la percibieran de una manera tan liberadora como Sanger. La píldora estuvo en constante debate desde su aparición, feministas de la primera década del siglo XX como Charlotte Perkins Gilman, Lucy Stone o Elizabeth Blackwell se oponían a su uso y comercialización. Desconfiaban de esta forma de anticoncepción y no lo veían como una forma de emancipación de la mujer, la consideraban “*una práctica corrupta que animaría a las mujeres a ser sexualmente más activas y daría a los hombres una libertad sexual sin límites dentro y fuera del matrimonio*” (McCann et al., 2020, p. 100).

Para Preciado (2008) la píldora se trataba de una técnica “*farmacopornografica*” patentada y comercializada que se implantaba en los cuerpos femeninos por vía oral, y que suponía un control democrático y privatizado en las mujeres; además, contenían altas dosis de

estrógeno y progesterona<sup>8</sup> -sus principales componentes-. Las primeras píldoras anticonceptivas contenían altas dosis de testosterona, la hormona masculina -según Preciado (2008) esto era para aumentar el deseo sexual de la mujer- y, aunque se ha ido reduciendo su dosis a lo largo de las generaciones, aún sigue presente, provocando efectos como la aparición de acné o grasa en el pelo (González-Hernando 2013).

Preciado (2008) definió la píldora anticonceptiva como “*el panóptico comestible*” al presentarse el embase en un formato circular que representaba el movimiento del tiempo en un reloj con alarma que anuncia la hora de la ingesta (véase Imagen 2). De esta forma opera como un dispositivo de auto vigilancia doméstica de la sexualidad femenina:

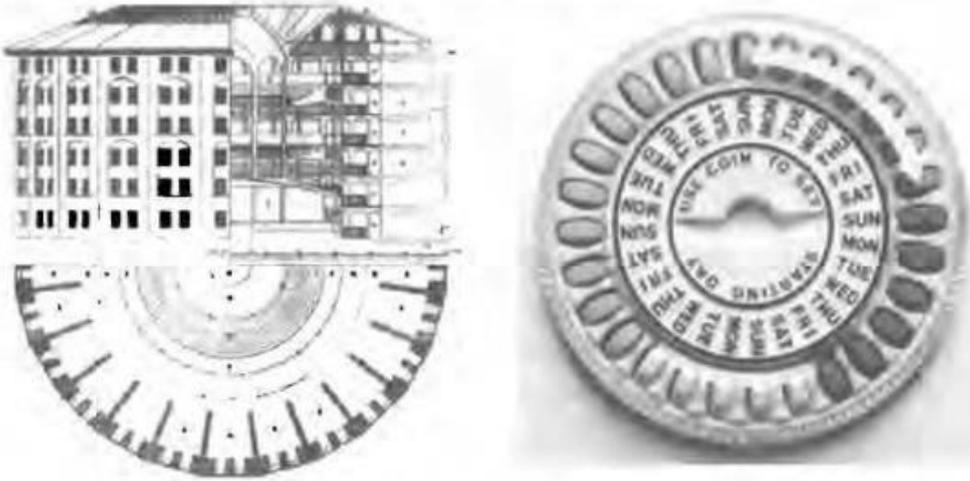
Un dispositivo ligero, portable, individualizado y afable que permite modificar el comportamiento, temporalizar la acción, regular la actividad sexual, controlar el crecimiento de la población y diseminar la apariencia sexual de los cuerpos que se lo autoadministran. La torre de vigilancia ha sido sustituida ahora por los ojos de la consumidora dócil de la píldora, que, sin necesidad de mirada exterior, regula su propia administración siguiendo el calendario espacial propuesto por la plaqueta circular o rectangular. El látigo se ha visto remplazado por el cómodo sistema de administración oral. 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 (Preciado, 2008, p.135).

---

<sup>8</sup> El estrógeno y la progesterona son moléculas utilizadas con prioridad y exclusivamente sobre el cuerpo de las mujeres debido a que son las bases moleculares principales de la píldora anticonceptiva. Son las moléculas sintéticas más utilizadas a lo largo de toda la historia de la medicina y las sustancias más fabricadas por la industria farmacéutica a nivel mundial, a pesar de que eran consideradas responsables de cánceres y de diferentes alteraciones cardiovasculares.

## Imagen 2.

### *Comparación del panóptico con la píldora anticonceptiva*



Fuente: Preciado (2008)

A pesar de ser inventada en los años 50 y comercializada en los 60, los efectos secundarios de este anticonceptivo no empezaron a visibilizarse hasta la década de los 2000, poniéndose en duda su funcionalidad y seguridad por parte de los medios de comunicación españoles e internacionales -un 65% de las mujeres dejaron de tomarla debido a ello-. Entre los efectos secundarios analizados encontraron que sus consumidoras contaban con un mayor riesgo de padecer tromboembolismo venoso (González-Hernando et al., 2013).

El estudio clínico de Cárdenas y Pardo (2022) concluyó que las consumidoras de la píldora muestran efectos secundarios neuropsicológicos como: alteraciones del estado de ánimo, alteraciones de la memoria y la cognición, alteraciones emocionales, alteraciones sexuales, repetición de la respuesta al estrés o alteraciones anatómicas del sistema nervioso central. Estas autoras señalan que son alrededor de 214 millones de mujeres<sup>9</sup> en todo el mundo que consumen la píldora, provocando unos ingresos anuales cerca de los 18.000 millones de dólares. Se trata del fármaco más empleado, desde hace más tiempo y más recetado por médicos y ginecólogos, a pesar de que la medicina apenas ha investigado sus posibles consecuencias.

---

<sup>9</sup> Según la SEC (2022) las mujeres de entre 25 y 29 años son sus principales consumidoras

La OMS (citado en González-Hernando, 2013) afirma que es preciso informar a las futuras consumidoras tanto de sus posibles efectos secundarios -sangrado intermenstrual, náuseas, aumento de peso inexplicable, cambios de humor, sensibilidad en las mamas y cefaleas- como de sus beneficios -disminución del riesgo de cáncer de ovario y de endometrio, del riesgo de quistes funcionales ováricos, la cantidad de sangrado menstrual y del dolor menstrual además de la regulación del ciclo menstrual-.

Como menciona Preciado (2008), la píldora permitía además de la regulación de la ovulación, *“producir el alma del sujeto heterosexual mujer moderno. El alma químicamente regulada de la putita heterosexual sujeta a los deseos sexuales del bio-macho de Occidente”* (p.137). Y, en palabras de Cárdenas y Pardo (2022): *“la realidad es, al fin, que el médico decide y prescribe ACH<sup>10</sup> fuera de la ficha técnica. Esta intervención, a nuestro juicio paternalista, incluso aunque fuera por el bien de la paciente, supone una violación irrespetuosa de su autonomía”* (p. 341).

Para Preciado (2008) resulta difícil entender y explicar como la píldora ha podido ser privilegiada médica y jurídicamente como método anticonceptivo frente a otros menos tóxicos y con menores efectos secundarios, como la vasectomía, la píldora del día después, o incluso el aborto (Preciado, 2008). Actualmente, debido a su gran expansión, es primordial aumentar el conocimiento sobre esta, de sus riesgos y beneficios, además de anticipar y manejar los efectos secundarios (González-Hernando, 2013).

### **c) El rol del hombre en la anticoncepción**

La salud reproductiva es un componente importante tanto para los hombres como para las mujeres<sup>11</sup>, sin embargo, Aspilcueta-Gho (2013) declara: *“es más crítica para las mujeres puesto que una buena parte de la carga de las enfermedades femeninas está relacionada con sus funciones y su potencial reproductivo, y con la forma en que la sociedad trata a las mujeres”* (p.481). De esta forma los programas de salud reproductiva se terminan centrandose en ellas y dejando de lado a los hombres. Si en algún caso el hombre llega a mostrar interés en

---

<sup>10</sup> Método médico para denominar a los anticonceptivos hormonales combinados de estrógenos y progestágenos (componentes de la píldora)

<sup>11</sup>La CIPD celebrada en El Cairo en 1994 (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo) propuso un nuevo enfoque donde la salud reproductiva recaiga en la equidad y la igualdad de género como forma para conseguir que las mujeres sean capaces de tomar sus decisiones y atender a sus necesidades referidas a salud y bienestar.

estos procesos o es participante, será presentado como un “apoyo” que está para “alentar” a su pareja.

La fertilidad recae prácticamente por completo en la mujer puesto que actualmente tan solo existen dos métodos anticonceptivos centrados en la figura masculina: el condón, del que ya se habló en apartados anteriores, y la vasectomía. Que la anticoncepción recaiga en las mujeres les permite decidir sobre sus propios cuerpos y sus derechos sexuales y reproductivos, pero también permite que los hombres se desentiendan de esta responsabilidad (Granados, 2020).

Es interesante profundizar en la vasectomía, el único anticonceptivo que supone un “proceso/cambio” en el cuerpo masculino. Fue descubierta en 1830 y puesta en práctica por primera vez en humanos en 1960 (más de 100 años después). Según autores como Granados (2020) o Pinillas (2022) se trata de un proceso simple que no tiene consecuencias sobre el funcionamiento y el deseo sexual del hombre. Cuenta con una alta tasa de éxito y sin complicaciones, además es más económica y sencilla que la cirugía femenina (ligadura de trompas). Los únicos inconvenientes que podría presentar este método anticonceptivo sería la cicatrización (que es menos notoria que la provocada por la ligadura de trompas localizada en el abdomen) y el dolor que, “*se resuelve por sí solo tras la cirugía*” (Granados, 2020, párr. 4). La ligadura de trompas en cambio supone una mayor complicación puesto que, en el caso de que fallase, cerca del 30% de los embarazos serían ectópicos<sup>12</sup>, poniendo en riesgo la vida de la mujer y requiriendo de atención urgente.

Ambas intervenciones pueden producir complicaciones como dolores e infecciones, entre otras, pero los hombres no presentarían embarazos ectópicos poniendo en riesgo su vida. Además, en comparación, la vasectomía tiene aproximadamente 12 veces menor mortalidad y hasta 20 veces menos complicaciones que la esterilización femenina. Asimismo, la ligadura de trompas tiene una mayor probabilidad de fallar y es más costosa que la vasectomía. Granados (2020) afirma que los procedimientos quirúrgicos femeninos tienen más riesgo y aun así son más frecuentes en mujeres. Según los datos del SEC (2022) (Imagen 1), la diferencia entre ambos procesos en la población española no es muy elevada; el 4,7% de las mujeres encuestadas afirmaron que sus parejas se realizaron la vasectomía, frente al 3,8% de mujeres

---

<sup>12</sup> Según Capmas, Bouyer y Fernandez (2017) un embarazo ectópico es aquel que se desarrolla fuera del útero de la mujer, puede ser muy peligroso ya que si no es tratado puede provocar una hemorragia potencialmente mortal

que se sometieron a la ligadura de trompas. Por tanto, Granados (2020) se pregunta: “¿Por qué dejamos que sean las mujeres quienes se sometan a procedimientos quirúrgicos, aun en relaciones estables? ¿Está justificado?” (párr. 2).

Pinillas (2022) certifica, apoyándose en anteriores investigaciones<sup>13</sup>, que en la actualidad los hombres también piensan en la anticoncepción y que la entrada de un nuevo anticonceptivo masculino sería bien recibido por los hombres. La SEC (2023) también estima una mayor sensibilización social y una mayor implicación de los varones en la anticoncepción, llevando a la necesidad de ampliar la gama de anticonceptivos masculinos. La misma institución declara la existencia de desigualdad entre hombres y mujeres al presentarse en el mercado un mayor porcentaje de anticonceptivos femeninos y escaseando los dirigidos a los hombres. Es la ciencia quien debe acabar con esta desigualdad ofreciendo a la clientela, sin importar su género, una amplia oferta que les permita elegir y valorar el uso en pareja: “*hasta ahora disponíamos de un gran número de anticonceptivos femeninos, tanto hormonales, quirúrgicos, de barrera, DIUS, implantes, no hormonales... pero el número de anticonceptivos masculinos era muy limitado*” (párr. 9).

La búsqueda un método anticonceptivo hormonal masculino se ha vuelto a poner en marcha y avanza a grandes pasos gracias a la tecnología. A pesar de ello, la ausencia actual de anticonceptivos masculinos no se debe únicamente a la búsqueda exhaustiva de reducir los efectos secundarios, también a dos motivos que menciona Pinillas (2022): a) la baja responsabilidad, compromiso y dejadez por parte de la población masculina; y, b) la socialización de las mujeres bajo la sociedad patriarcal:

Muchas mujeres dudan en si elaborar un método anticonceptivo masculino es buena idea porque consideran que la responsabilidad sexual les concierne más a ellas ya que, después de todo, es la mujer quien sufre directamente el fracaso anticonceptivo y los sucesivos procedimientos para interrumpir el embarazo no deseado, además de todos los efectos adversos que ello conlleva (Pinillas, 2022, p. 7).

---

<sup>13</sup> Menciona dos estudios: el primero realizado en 2020, basado en el pensamiento de la población ante incorporar un anticonceptivo masculino, y el segundo en 2021, que busca indagar en el interés por los anticonceptivos masculinos. En este último estudio se estimó un alto porcentaje de interés en ellos, del 81%, además de que la opinión general era que su comercialización los haría más habituales, lo que llevaría a un mayor número de usuarios.

Es aquí donde debe recordarse el pensamiento de Ana de Miguel (2020) expuesto en el primer apartado: el impacto que tiene el sistema patriarcal en la socialización de las personas según su género, en los estereotipos y roles de género a través de una subordinación que llega por medio de la violencia. Así lo contempla también Aspigueta-Gho (2013):

Como consecuencia de los largos procesos de socialización patriarcales, sexistas y jerárquicos, se ha logrado una fuerte internalización, en muchas mujeres, de su papel subordinado, con actitudes de sumisión y un escaso empoderamiento ante las decisiones y privilegios masculinos. Esto hace que la negociación sobre las medidas de protección de embarazos no deseados, que generalmente son asumidos por las mujeres, las tiene que enfrentar desde una posición de menor poder (p. 481).

Otros autores como es Watkins (citado en Millán, 2021) destacan que el principal motivo para la falta de métodos de anticoncepción masculina se debe a una perspectiva económica. Las compañías farmacéuticas no sienten la necesidad de invertir en una nueva píldora masculina cuando la femenina provoca tantas ganancias. Citando a Silvia Federici en una de sus entrevistas: *“el cuerpo de la mujer es la última frontera del capitalismo (...) quieren conquistar el cuerpo de la mujer porque el capitalismo depende de él”* (Murillo, 2014).

### **3. METODOLOGÍA**

Para el desarrollo metodológico de esta investigación se utilizarán dos técnicas cualitativas: la entrevista, con su posterior análisis de contenido, y el análisis documental de dos prospectos médicos: Levobel Diario y Sibilla Diario.

La entrevista es un proceso cualitativo por el cual, a través de una reunión o conversación entre dos o más personas: entrevistado/a y entrevistador/a, se busca intercambiar conocimientos para obtener cierta información. Siguiendo el pensamiento de Martens (2010) (citado en Hernández et al., 2014) las preguntas de una entrevista pueden ser: a) de opinión, b) de expresión de sentimientos, c) de conocimiento, d) sensitivas, e) de antecedentes y, f) de simulación.

El guion elaborado para la entrevista incluye alguna pregunta de conocimiento con el fin de averiguar cuanto conoce la muestra acerca de los métodos anticonceptivos. Al ser la violencia el tema principal de este estudio el guion contiene principalmente preguntas de opinión y de expresión de sentimientos donde las entrevistadas puedan expresarse en sus historias. La finalidad es poder conocer y profundizar en el concepto que tienen las mujeres

ante los métodos anticonceptivos, sean consumidoras de estos o no, para poder dar respuesta a la pregunta inicial: ¿pueden entenderse los métodos anticonceptivos actuales como una forma de violencia hacia la mujer?

Asimismo, tanto al buscarse opiniones y sentimientos, tratarse de un tema que puede provocar incomodidad, como debido al grado de intimidad y flexibilidad y al carácter amistoso y anecdótico que presenta este método, se ha seleccionado la entrevista semiestructurada como principal método de recolección de datos. (Hernández et al., 2014).

Las principales variables que se tendrán en cuenta para la realización de las entrevistas y su posterior análisis serán: la edad, la orientación sexual y el uso de anticonceptivos. Por tanto, entre la muestra seleccionada se han buscado mujeres, mayores de edad, en edad fértil, entre los 18 y 49 años. Se ha intentado obtener mínimo una mujer de cada grupo de edad que hace el SEC en su estudio del 2022 (es decir: menor de 20, entre los 20 y los 24, entre los 25 y los 29, entre los 30 y 34, entre los 35 y 39, entre los 40 y 44, y entre los 45 y 49) y con orientaciones sexuales diversas. Se buscaban mujeres que utilizasen diversos métodos anticonceptivos lo cual no ha sido una tarea sencilla pues el preservativo y la píldora tienen un gran alcance en la sociedad.

Además, para poder afondar más en el tema desde otras perspectivas la entrevista número 13 (E13) ha sido realizada a un hombre trans. La finalidad de este “cambio de perfil” se debe a intentar apreciar las diferencias que pueden darse o percibir estas personas tras su transición.

Se ha accedido a la muestra seleccionada, véase Tabla 1, a través de la búsqueda y difusión por redes sociales, Instagram y Twitter, de mujeres que desearan participar en el estudio.

**Tabla 1.***Perfil de las entrevistadas*

Código	Edad	Orientación sexual	Situación sentimental	Anticonceptivo usado actualmente
<b>E1</b>	30	Heterosexual	Soltera	Píldora
<b>E2</b>	24	Lesbiana	En relación	Píldora
<b>E3</b>	25	Bisexual	En relación (poliamorosa)	Condón
<b>E4</b>	33	Bisexual	En relación	Ninguno
<b>E5</b>	22	Bisexual	En relación	Ninguno
<b>E6</b>	35	Lesbiana	En relación	Ninguno
<b>E7</b>	26	Heterosexual	En relación	Condón
<b>E8</b>	42	Heterosexual	En relación	Condón
<b>E9</b>	39	Lesbiana	En relación	Ninguno
<b>E10</b>	43	Heterosexual	En relación	DIU
<b>E11</b>	32	Heterosexual	Soltera	Anillo
<b>E12</b>	19	Bisexual	En relación	Condón
<b>E13</b>	27	Bisexual	Soltero	Condón
<b>E14</b>	47	Heterosexual	Soltera	Ninguno

Fuente: Elaboración propia

Debido a la falta de tiempo y recursos se han dado una serie de limitaciones como puede ser la variabilidad de la muestra. En una metodología ideal con un perfil de entrevistadas ideal sería adecuado entrevistar como mínimo a 3 entrevistadas de cada grupo de edad, de forma que cada una presentase una orientación sexual diversa: heterosexual, bisexual y lesbiana. Incluso sería interesante atender a otra serie de variables que pueden influir en la opinión y percepción de los métodos anticonceptivos, como pueden ser el nivel de estudios, la clase social e incluso el nivel de religiosidad.

Otra limitación que se ha percibido es el haber realizado las entrevistas de manera online, ya que se trata de un tema que puede suponer en ciertas personas timidez o incluso desagrado, de forma que el realizarlas de manera presencial se obtendría un trato más personal y amistoso con las entrevistadas, lo que también podría dar paso a una charla *off-the-record* más enriquecedora para la investigación.

Una vez realizadas las entrevistas fueron analizadas con la técnica del análisis del discurso que pretende ver como los sujetos sociales construyen y dan sentido a lo que viven prestando atención a los contextos históricos concretos, las condiciones concretas en las que viven y sus prácticas. Sus características sociodemográficas son importantes para atender a que

dicen y que no dicen. Con este análisis se busca dar una perspectiva sociológica donde se vea lo general en lo particular y lo extraño en lo familiar (Ruiz, 2012). Es primordial en este análisis prestar atención a qué dicen, como lo dicen y que no dicen, además de al *off-the-record*.

Para realizar el análisis del discurso de esta investigación se ha elaborado, a partir de la información obtenida en las entrevistas, un esquema de categorías (véase Tabla 2) dividido en 3 familias temáticas. Cada una de las familias cuenta con una serie de categorías que buscan atender al segundo objetivo: analizar, desde una perspectiva feminista, cómo los métodos anticonceptivos pueden desarrollar una violencia simbólica contra la autonomía y el cuerpo de la mujer; y al tercero: examinar el impacto social de los métodos anticonceptivos en la vida de las mujeres.

El segundo método que se empleará, el análisis documental, es un proceso con fines científicos e informativos cuya finalidad principal es facilitar la consulta y/o recuperación de un documento. Para ello es preciso representar su contenido bajo una forma diversa de la original a través del uso de una serie de operaciones que dan lugar a un documento secundario o subproducto (denominado base de dato documental). Para realizar este análisis es necesario realizar una recogida de información del documento para, posteriormente, llevar a cabo un proceso de interpretación y análisis de la información proporcionada y después simplificarla (Clausó, 1993).

Consta de tres pasos: (1) recuperación de la información para su transmisión; (2) proceso de transformación en un texto secundario con un acceso y difusión más sencillo; y, (3) proceso analítico-sintético, donde la información es estudiada, interpretada y sintetizada. Por tanto, las operaciones que conforman el análisis de contenido y que se presentarán a continuación son: la descripción física (descripción bibliográfica para la identificación del documento analizado) y el análisis de contenido o análisis interno. Esta a su vez se subdivide en: descripción característica a través de palabras clave, resumen (sin interpretación crítica) y clasificación (Clausó, 1993). En este último se llevó a cabo una “discusión” entre los datos obtenidos de las diversas fuentes -entrevistas, artículos y prospectos médicos-.

## 4. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

### a) Análisis del discurso de las entrevistas

En la Tabla 2 presentada a continuación puede observarse el esquema de categorías elaborado para el análisis. Las familias creadas fueron denominadas: **percepción, consumo y violencia**. Cada una de las familias fue a su vez dividida en categorías, y en algunos casos en subcategorías, para afondar en los datos proporcionados por las entrevistadas.

**Tabla 2.**

*Esquema de categorías para el análisis del discurso*

Familia	Categorías	Subcategorías
Percepción	Opinión general	Beneficios de su uso
		Perjuicio de su uso
	Conocimiento	
Consumo	Métodos empleados	Motivos de uso
Violencia	Experiencias	Propias
		De amigas/conocidas
	Responsabilidad anticonceptiva	Económica
		Moral
Social		
Función de la pareja sexual		

Fuente: Elaboración propia

En la primera familia: percepción, se analiza la opinión general que tienen las entrevistadas ante los métodos anticonceptivos, atendiendo al conocimiento que poseen, los medios que utilizaron para informarse y, a los beneficios y perjuicios que observan en ellos.

En la familia temática: consumo, se busca analizar las opiniones más personales de la muestra al profundizar en los métodos anticonceptivos que ellas mismas utilizaron, reparando más detalladamente los pros y contras que encontraron a cada uno de ellos tras su consumo.

La tercera y última familia: violencia, busca afondar en las posibles formas de violencia que puede darse debido al uso de métodos anticonceptivos. En este apartado no solo se abarcará

la percepción social que tienen las entrevistadas sino también sus propias experiencias vividas y sentimientos con respecto al uso (o no) de los métodos anticonceptivos. Este último bloque es el que más centrado se encuentra en atender al segundo objetivo: analizar, desde una perspectiva feminista, cómo los métodos anticonceptivos pueden desarrollar una violencia simbólica contra la autonomía y el cuerpo de la mujer, especialmente.

### ***1) Percepción ante los métodos anticonceptivos***

La opinión general de las entrevistadas hacia los métodos anticonceptivos es positiva. Todas coinciden en que son una herramienta de protección esencial, necesaria y eficaz para la prevención de los embarazos y de las enfermedades de transmisión sexual. A pesar de que todas hablaron o mencionaron en algún momento las ETS ha sido E3 quien más hincapié realizó ante este tema. Mencionó, al igual que otras, que el condón es el único método que las previene y que existe un gran desconocimiento social: *“aunque teñas una parella estable ti podes contraer una infección que se pode transmitir sexualmente por calquera outra característica, por exemplo, hongos podelos coller polos xabóns que utilizas... e eso pouca xente o sabe”*. Además, fue la única que mencionó que, normalmente, no se usa de forma *“correcta”* ya que únicamente se utiliza cuando se da la penetración y se obvia ante otro tipo de relaciones sexuales: *“non creo que ninguen practique sexo 100% seguro... refirome a non solo é poñer un condón para o coito pa... para o sexo vaxinal ou anal, senon tamén é utilizalo para... para o sexo oral con barreiras, uo guantes de latex para a masturbación”*

Por otra parte, es indispensable destacar la importancia que le dieron E2, E3, E7, E8 y E12 a la necesidad de consensuar entre todas las personas participantes en el acto sexual el método anticonceptivo que se va a utilizar. Todas ellas mantienen una relación estable, en el caso de E3 varias al ser poliamorosa; E2 incluso menciona que el consenso debe darse especialmente cuando se trata de una pareja estable.

Existe un alto grado de similitud en la percepción ante los beneficios y desventajas que presenta utilizar métodos anticonceptivos. En general las entrevistadas, sin darse cuenta, han realizado una distinción entre el condón y los demás métodos, o más bien los hormonales -pues se apreció un elevado desconocimiento de ciertos métodos anticonceptivos, lo cual se analizará detalladamente más adelante en este mismo bloque-.

Las ventajas más mencionadas ante el condón son las más conocidas: prevención del embarazo y de las ETS. En cuanto a las desventajas muchas de ellas no han mencionado inconvenientes para el condón, aunque otras han indicado la posible rotura de este -E4 y E10,

a ambas le ha pasado- y, por otro lado, E3, E6, E8, E11, indican que el elevado coste de los condones es un inconveniente y una “desventaja” ya que no permite que sea accesible para todas las personas según E11.

En cuanto al resto de anticonceptivos conocidos por las entrevistadas, se alega ante los beneficios que se trata de métodos cómodos al no tener que estar pendiente de tener a mano un preservativo o el “perder tiempo” (E12) en ponerlo. Entre sus contras estarían los efectos secundarios y, en palabras de E7, “el deterioro que causa en el cuerpo de las mujeres”.

**Tabla 3.**

*Anticonceptivos conocidos por las entrevistadas*

	Métodos barrera				Métodos hormonales					DIU	Métodos quirúrgicos		
	Condón	Preservativo femenino	Diafragma	Capuchón cervical	Píldora	Anillo	Parche	Inyectable	Implante		Ligadura de trompas	Vasectomía	
E1	X				X			X	X	X			5
E2	X	X			X	X		X	X	X			7
E3	X	X			X				X	X	X	X	7
E4	X	X			X					X	X		5
E5	X	X			X				X	X			5
E6	X	X			X	X			X				5
E7	X				X				X	X			4
E8	X	X			X					X		X	5
E9	X	X			X	X		X	X	X			7
E10	X				X					X			3
E11	X				X	X	X			X			5
E12	X				X			X	X	X			5
E13	X	X		X	X	X	X			X	X	X	9
E14	X				X	X				X	X	X	6
	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>-</b>

Fuente: Elaboración propia

Para presentar de manera más visual el conocimiento que poseen las entrevistadas sobre los diversos métodos anticonceptivos se ha realizado la Tabla 3, en la cual se muestran los diferentes métodos recogidos en el Ministerio de Sanidad y Política Social (s.f.), presentados en apartados anteriores, y cada una de las entrevistadas.

Como se ha mencionado, se ha percibido un gran desconocimiento en general puesto que no han sido muy mencionados algunos métodos anticonceptivos como son los quirúrgicos. Algunas incluso no sabían los nombres de algún método, como es el caso del inyectable, y los describían brevemente.

Entre los métodos de barrera el más conocido es el condón -las 14 entrevistadas lo han mencionado-. El diafragma no fue nombrado por ninguna y el capuchón cervical tan solo lo mencionó una persona: el hombre trans. Además, siguiendo con los métodos de barrera, puede apreciarse una clara desigualdad de conocimiento entre el preservativo femenino y el masculino, de las 14 entrevistadas 8 han mencionado este método, de las cuales 7 mantienen o han mantenido relaciones sexuales con mujeres y, tan solo lo menciona una mujer heterosexual.

En cuanto a los métodos hormonales el más conocido es la píldora, mencionada también por las 14 entrevistadas; seguido del implante, conocido por 8 de ellas; el anillo, nombrado por 6; 4 entrevistadas citaron el inyectable, o más bien lo describieron; y, en último lugar, el parche que fue mencionado por 2 de ellas.

Los métodos quirúrgicos son los que menos han salido, tan solo 4 de las entrevistas han mencionado estos métodos, siendo E3, E13 y E14 quienes nombraron ambos procedimientos. E4 mencionó la ligadura de trompas pero no la vasectomía, y E8 la vasectomía pero no la ligadura de trompas.

Por tanto, el preservativo y la píldora anticonceptiva son los dos únicos métodos conocidos por todas las entrevistas; seguido del DIU, que fue mencionado por 13 de las 14 y algunas incluso hacían la distinción entre el de cobre y el hormonal. Las participantes, como E4, E5, E9, E10 y E12, confirman tener un gran desconocimiento hacia los anticonceptivos más allá de los dos más nombrados. E5 opina que este desconocimiento no solo le afecta a ella, sino a toda la sociedad en general: *“creo que hay bastante desconocimiento en realidad de los métodos anticonceptivos más allá del condón y la píldora, como que el resto ya es como un gran desconocimiento”*.

Es importante destacar que tres de las entrevistadas (E4, E5, E9) achacan este desconocimiento a la falta de charlas de educación sexual *“completas”* en su adolescencia -especialmente por parte de las instituciones educativas, las tres citan el instituto- donde se les informase acerca de todos los métodos anticonceptivos existentes. E4 y E5 -ambas bisexuales y en relaciones estimables con mujeres actualmente- se centran en criticar que, en las charlas sexuales que se proporcionan, pocas desde su punto de vista, se centran únicamente en las relaciones heterosexuales, o como dice E4, en las *relaciones falocéntricas*. Considera que las charlas de educación sexual van dirigidas a la explicación del condón, su colocación, su uso, sus beneficios... ignorando las relaciones entre mujeres. Acordé con ella, E9, una mujer lesbiana, crítica avergonzada el haber conocido tarde los preservativos femeninos: *“me parece*

*triste que... decirte esto, pero yo no llegue a saber de las barreras para las relaciones lésbicas hasta... bueno, hasta los 18 o así (...) es que claro, a mí nadie me había hablado de esto, y... es tan triste (risas)..."*

Algunas participantes llegaron a mencionar otros métodos anticonceptivos no expuestos en la Tabla 3. E5 citó los espermicidas y las esponjas; E2, entre risas, menciona la abstinencia como el “*mejor*” método anticonceptivo; y E14 nombró la marcha atrás, aunque luego admitió no considerarlo un anticonceptivo “*real*”.

La próxima familia que analizar es consumo, por tanto, antes de pasar a este bloque es interesante comparar los datos obtenidos con el estudio realizado por el SEC (2022) sobre el consumo de anticonceptivos (Imagen 1) que ha sido mencionado anteriormente. Pues existen algunos datos que pueden ser de gran importancia destacar.

El gran desconocimiento que muestran las participantes ante el diafragma concuerda con los bajos resultados que presenta este método en el estudio: el diafragma es utilizado únicamente por el 0,1% de las mujeres españolas. De esta misma forma, el condón masculino y la píldora, los más conocidos en este estudio, son a su vez, los más empleados por la muestra española obtenida en el SEC.

Otro dato que ha suscitado interés es la mención de los espermicidas por parte de E5, el método anticonceptivo menos empleado, según el SEC, incluso menos que el diafragma (0,1%) y la abstinencia (0,3%), que también fue mencionada.

En contradicción al estudio del SEC (2022) se comentará que el DIU -empleado el hormonal por el 3,8% de las españolas y el de cobre por el 2,9%- es un método bastante conocido en esta investigación, más que la vasectomía, que el 4,7% afirma que su pareja paso por esta intervención, y la ligadura de trompas, el 3,8%.

## ***II) Consumo de los métodos anticonceptivos***

Para empezar el análisis de esta familia se ha realizado la Tabla 4, exponiéndose los diferentes métodos que han utilizado cada una de las entrevistadas a lo largo de su vida.

**Tabla 4***Métodos anticonceptivos empleados por las entrevistadas*

<b>Entrevistada</b>	<b>Métodos anticonceptivos empleados</b>
E1	Condón Píldora
E2	Píldora
E3	Condón DIU
E4	Condón Píldora
E5	Condón
E6	Condón Píldora
E7	Condón Píldora
E8	Condón Píldora
E9	Condón Píldora DIU
E10	Condón Píldora DIU
E11	Condón Píldora Anillo
E12	Píldora Condón
E13	Condón
E14	Preservativo Píldora DIU

Fuente: Elaboración propia

La píldora anticonceptiva y el preservativo no solo son los métodos más conocidos, sino también los más empleados por la muestra. Todas ellas, salvo E2 -lesbiana- han utilizado condón en alguna ocasión. De las 14 participantes 11 han consumido, en algún momento, la píldora anticonceptiva (E1, E2, E4, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12 y E14). Incluso E4, E10 y E11 comentaron haber tomado en alguna ocasión la píldora del día después debido a la rotura de un condón.

De estas 11 únicamente 3 de ellas siguen consumiéndola (E1, E2 y E8) y no de forma voluntaria sino debido a motivos médicos. No manifiestan una aptitud en contra de la píldora, pero se muestran un tanto resignadas, acabando de percibirla como un “deber” neutro. E1

consume la píldora como forma de control contra el acné; E2 como prevención ante los ovarios poliquísticos, y E8 como método de regulación de la menstruación. A pesar de actualmente no percibir este fármaco como algo negativo, E1 y E2 admiten haber considerado la puesta del DIU en un principio, preferían este método antes que la anticonceptiva.

Las participantes ex consumidoras de la píldora anticonceptiva presentan diversos motivos para haber terminado con su uso, como son: hastío y verla como algo innecesario (E4 y E6 ambas mantienen relaciones estables con mujeres actualmente); la edad (E10 y E14); o problemas de salud o haber padecido algún efecto secundario (E7, E9, E11 y E12). Esta última problemática, la de los efectos secundarios se abarcará de manera más detallada en el próximo subapartado con el análisis de contenido.

Por tanto, cuando se les preguntó por los inconvenientes todas las entrevistadas que han consumido la píldora, salvo E10 y E14 -ambas mayores de 40- han mencionado los efectos secundarios y el deterioro y/o cambios que produce en sus cuerpos. En cuanto a sus beneficios algunas han mencionado que se trata de un método “cómodo” aunque la E2 no se mostraba muy segura al resaltar este “beneficio”: *“cosas buenas de tomar la píldora... pues... que es cómodo...supongo”* (E2).

En cuanto al DIU, usado por las participantes más mayores: E10, quien sigue con él actualmente, y E14, mencionan que ponerlo es un proceso muy molesto y doloroso, aunque aseguran que vale la pena porque es muy *“práctico y cómodo”* (E10). La tercera entrevistada que mencionó haber utilizado el DIU, E3, consideró no poder mencionar ningún beneficio o perjuicio de este método ya que fue una mala experiencia -que se comentará en el apartado de experiencias de la siguiente familia- por culpa de los sanitarios y la atención que le brindaron.

El último método que ha sido usado por alguna entrevistada es el anillo (E11). Asegura estar contenta con él, más que con la píldora, y que no le encuentra ningún inconveniente porque no tiene que acordarse todos los días de tomar la pastilla y eso *“me evita muchos embrollos...”*

### ***III) Violencia***

En esta tercera familia, a la que se nombró violencia, se empezará comentando algunas de las experiencias vividas por las entrevistadas. Se les pidió que contasen una experiencia que les marcara debido al uso (o no) de algún tipo de método anticonceptivo. Ante esta pregunta, a pesar de que todas mostraron una aptitud positiva hacia los métodos anticonceptivos, han

contado experiencias negativas que, si no les paso a ellas les paso a alguna amiga. Este hecho, contar experiencias de amigas o afirmar que sus amigas también vivieron situaciones parecidas a las suyas, ha sido un recurso muy utilizado por las entrevistadas, especialmente por las más jóvenes.

Las experiencias más comentadas fueron a partir del uso del condón, como la rotura de estos en medio de las relaciones sexuales o las persuasiones por parte de sus parejas sexuales - siempre masculinas- estables o esporádicas, para no usarlo. Esta última situación ha sido muy comentada por diversas entrevistadas, afirmando que, para intentar convencerlas minimizaban los riesgos que se corrían: el embarazo -todas hacen alusión a que ellos se centraban únicamente en él, olvidándose de las ETS- y apuntaban la marcha atrás como un proceso fiable para evitarlo.

E1, E5 y E9 relataron historias parecidas al declarar haberse sentido en alguna ocasión presionadas para no utilizar condón en las relaciones sexuales con la excusa de “*sentirse mejor a pelo*”. Las tres declaran haberles sucedido esto en sus primeras relaciones sexuales, cuando ellas no contaban con ningún tipo de “*experiencia*”. E1 se mostraba un tanto pensativa y dudosa al recordar esta situación: “*no sé si es violencia o no... pero terminé accediendo (...) ahora que lo pienso... la verdad... no sé (...) me has dejado pensando en ello*”. Mientras tanto, E5 afirma también acabar accediendo a no usar condón debido a su inexperiencia e insistencia de su pareja sexual. Mientras recordaba el suceso se iba enfadando más, afirmando que se sintió completamente vulnerable al ser constantemente presionada; además añade:

Este chico, encima, me quería hacer creer que no era su primera vez, entonces se creía con la autoridad y con la obligación de decir yo soy un experto, entonces me voy a lucir y claro, yo qué sé que es tu primera vez y con la presión que hay sobre perder la virginidad (...) que ahora lo veo y digo es que vaya tontería, en plan, fue por capricho de él completamente porque yo en el momento me quedé que no... no supe decir que no directamente porque se supone que tú tienes que ser el ente pasivo y aceptar lo que te digan (E5).

Finalmente, E9 dice no haber accedido a estas peticiones lo que la llevó a sentirse “*mal conmigo misma*” puesto que fue un momento muy vulnerable para ella: “*No cedí pero... buf, lo pasé mal porque... bueno, es que si lo piensas bien... ahí existía cierta relación de poder donde yo no sabía nada, era una inexperta, y él... bueno, él intentó ir de listillo*” contaba mientras se ponía cada vez más nerviosa y se le aturullaban las palabras.

Desde una perspectiva diferente a las anteriores, E3 (bisexual) y E8 dicen haber vivido situaciones como estas donde *“tes que discutir co tío pa que se poña o puto condón”* (E3). No entra en detalles, aunque afirma no haber tenido esta clase de problemas al mantener relaciones con otras mujeres. Los problemas en sus relaciones sexuales lésbicas se daban para encontrar las barreras de látex (condón femenino): *“al final acabas por cortar un condón”*. E8 apunta que: *“un par de veces ya que me quede sin follar porque a él no le daba la gana de ponerse el condón, y... pues... ahí te quedas tío, y me piré... porque no le daba la puta gana de ponerse el condón”*

En los relatos de E7 y E12 con hombres (parejas estables) para no usar el condón también se ve una similitud: compararlas con exnovias, haciéndolas sentir mal e inferiores: *“a mí de aquella me importaba mucho lo que él pensara... por lo que terminé accediendo a pesar de no estar completamente segura (...) incluso días después fui al ginecólogo para que me recetasen la píldora”* cuenta E7, de forma que empezó a consumir la píldora no por deseo propio o por motivos de salud, sino por presión. Se debe decir también que tanto E7 como E12 afirman haber empezado a consumir la píldora por presión de sus parejas y actualmente ninguna de ellas sigue con tomándola.

E4, hacia el final de la entrevista, también empieza a considerar que su comienzo con la píldora anticonceptiva se dio por presión social unido a un desconocimiento e “inocencia” de las ETS, a pesar de ella haber estado de acuerdo en todo momento. Además, confiese haber estado rodeada de presiones sociales de otra forma. Alega que nunca le gustó que un hombre se le corriera dentro pero que, al empezar a consumir la píldora, tuvo muchos momentos en las relaciones sexuales donde se le insistía para que les permitiera hacerlo; algunos incluso intentaron hacerlo sin su consentimiento, sin respetar su deseo. Asimismo, comentaba las experiencias de sus amistades -que al mencionarlas decía no haber vivido situaciones tan malas en comparación- donde algunas tras acabar la relación sexual se daban cuenta de que el chico se había retirado el condón sin que estas se hubiesen percatado.

El entrevistado E13, el hombre trans, manifestó también el vivir malas experiencias, tanto antes como después de su transición, debido al uso de métodos anticonceptivos: *“sobre todo por parte de hombres CIS he notado más presión para mantener relaciones sexuales a pelo... ya sea porque no tienen condones o porque no sienten nada y blablabla... Incluso muchos llegaron a inventarse excusas para justificarlo”* (E13).

En cuanto a las malas experiencias ocasionadas por la píldora -además de empezar su consumo por la presión de parejas hombres- comentan el olvido de la toma de un día, o incluso no recordar si la han tomado o no, ya que se acaba convirtiendo en una acción que se realiza de forma mecánica: *“parece que te estas tomando el sintrom... ahí tomando la pastillita todos los putos días”* (E4). Otras entrevistadas comentaban que este olvido les provocaba un mayor grado de ansiedad y de *“pensamientos intrusivos”* (E2). Los efectos adversos provocados por la píldora también fueron comentados como una mala experiencia -de los que se hablara más adelante en uno de los epígrafes-.

E10 y E14, las entrevistadas más mayores y que utilizan o utilizaron el DIU, contaron como única experiencia negativa el dolor que le provocó la puesta de este.

Fuera de las relaciones sexuales las entrevistadas también han vivido situaciones de vulnerabilidad por parte de los profesionales sanitarios. Así lo cuentan E2 y E4. En el caso de E2 le recetaron, o más bien, le impusieron la píldora. Ella no quería usar ningún anticonceptivo y de ser necesario prefería otro método antes que la píldora ya que sus amigas habían tenido malas experiencias con ella. Finalmente, terminó accediendo al uso de la píldora anticonceptiva por recomendación e insistencia de su ginecóloga: *“vale que es una profesional de la salud... pero para mí fue como vale, ¿qué alternativa tengo? o te la tomas o vas a tener cáncer de útero, tú eliges... Así es como resonó en mi cabeza lo que me dijo”* (E2). La píldora, al menos la primera recetada, le provocó malestar psicológico: ansiedad, estrés y candidiasis.

La historia que cuenta E4 es acerca de querer dejar la anticonceptiva, debido a que no se sentía bien con ella tras estar consumiéndola durante más de 3 años. Acudió al ginecólogo, el cual se postuló en desacuerdo con esta idea, no debía dejar de tomarlas porque eran “super seguras”. Contando esta anécdota E4 utilizó varias veces el adjetivo “invalidada” e “ignorada” para describir como se sintió en esa ocasión. Sintió que su médico no respetó ni escuchó sus deseos.

Otra situación de sentirse ignorada por el médico la vivió E3. Debido a problemas de salud esta entrevistada no puede tomar la píldora, por lo que se le recomendaron el DIU, aunque no le duró ni un año. El escaso tiempo de uso de este método fue por la mala colocación del dispositivo en su útero. Acudió a urgencias por *“sentirlo muy bajo”* donde el personal sanitario adquirió una mala actitud hacia ella, ignorándola y enviándola a casa sin ni siquiera revisarla. Al acudir a su ginecóloga le confirmó que efectivamente estaba mal puesto, y que, además de ser inútil como anticonceptivo también provocaba la posibilidad de pinchar los condones.

Es interesante añadir en este apartado otra experiencia contada por la misma entrevistada, la cual le sucedió a una de sus amigas que terminó en un centro de menores con 16 años, donde se le implantó el anticonceptivo inyectable sin avisarla y sin su previo consentimiento.

Se ha observado que muchas de estas experiencias son percibidas actualmente por las entrevistadas como una forma de violencia y/o discriminación que las ha hecho sentir vulnerables a pesar de que en el momento no lo comprendían así.

Dentro de este bloque de violencia es importante destacar la **responsabilidad reproductiva**. Para empezar a abordar esta temática se destacará una cita de E10: “*nunca has escuchado lo típico de... no se queda embarazada la que no quiere*”. Las 13 entrevistadas concuerdan completamente con esta percepción de que la responsabilidad reproductiva recaerá por completo -de forma económica, moral y social- en la mujer.

Esta visión común es producida principalmente porque todos los métodos anticonceptivos, salvo el condón, estén diseñados para los cuerpos femeninos. Este hecho provoca sensaciones, percepciones y opiniones negativas; entre algunas respuestas, E3 al pensarlo dice sentirse “*como una vasija andante*” y E8 como “*un mero objeto de uso exclusivo para el disfrute de los hombres*”. E9 mencionó una idea parecida: “*me hace sentir que mi cuerpo está a disposición ya no solo de los hombres... sino de la sociedad en general*”. A E4 le parece “*indignante*”, incluso se irritó demasiado en esta parte de la entrevista: “*todo orientado a la opinión de un hombre, a la sexualidad de un hombre, al disfrute de un hombre*”. Incluso E10 y E14 se mostraron totalmente en desacuerdo y admitieron el sesgo de género existente.

Asimismo, esto provoca que el gasto económico del uso de los métodos anticonceptivos recaiga única y exclusivamente en ellas cuando se trata de la píldora anticonceptiva (incluso cuando han empezado a consumirla como forma de método anticonceptivo y no por motivos clínicos); y que sea un gasto compartido, normalmente, cuando el anticonceptivo a usar es el condón. E9 ha sido la única que ha mencionado que el gasto económico del condón recae solamente en su pareja masculina aludiendo que “*es su responsabilidad, para un único método que está pensado para él y no para mí...*”. Por otro lado, E7, E8 y E9 alegan ser ellas quienes gastan, o gastaron, más dinero en condones que sus parejas sexuales.

Por tanto, no es sorprendente que todas las entrevistadas opinen que su pareja o parejas sexuales no tienen ninguna responsabilidad y que no cumplen ninguna función a la hora de

buscar la anticoncepción *“ellos lo que quieren es... disfrutar lo máximo posible y punto... porque claro, como luego si pasa algo la que se embaraza soy yo y el malestar lo voy a pasar yo... A ellos eso no les importa”* (E11). Incluso E13 afirma que tras su transición han cambiado muchos aspectos de sus relaciones sexuales: *“he descubierto que normalmente son las personas no binarias asignadas mujer al nacer y las mujeres... son las que tienen más presente el uso de métodos anticonceptivos que los hombres CIS”*.

Desde una perspectiva más moralista, las palabras de E4 explican muy bien el pensamiento general que han mostrado las entrevistadas, especialmente las más jóvenes heterosexuales y bisexuales:

Me tengo sentido vulnerable porque... como que siempre tienes que ser tú la que se tiene que proteger, la que... la que puede tener un embarazo, la que tiene que tomar la decisión de tener un niño o abortar... En plan, son un montón de cosas en tu mochila, que los hombres no tienen y que al final todo eso te hace sentir vulnerable. Además, sentir que tu compañero no se le pasa por la cabeza nada de esto pues sientes que va a ir a peor (...) yo tengo la preocupación del embarazo, del aborto, de tomarme la píldora o de poner el condón... Todo esto está aquí en mi mochila con 16/17 años ya... Y en la mochila de, de aquí, del señor de aquí al lado, no hay nada más que disfrutar (...) El de al lado no tiene nada en su mochila y no empatiza con lo que tienes tú en la tuya” (E4).

Que las entrevistadas conciban esta visión social de que el cuidado reproductivo recaer en la mujer no significa que estén de acuerdo con ello, sino que las 14 estaban en contra de esta idea. Coinciden en que la búsqueda de un método anticonceptivo eficaz debe ser algo mutuo y consensuado entre todas las personas que participen en una relación sexual.

La opinión general es que los hombres deben preocuparse e intervenir en mayor medida en la búsqueda de la anticoncepción puesto que: *“la concepción non se da por arte de magia con una paloma, sabes”* (E3); *“para hacer un bebé hacen falta dos personas... donde está incluido un hombre y no solo una mujer”* (E12). Algunas incluso afirman que asociar la responsabilidad reproductiva solamente en la mujer es una *“locura”* y *“algo terrorífico”*: *“Ahora que uso el condón me parece una locura la idea de medicarme todos los días solo para que mi pareja tenga la comodidad de olvidarse de, de temas de protección porque me encargo yo”* (E7).

Es interesante destacar unos fragmentos mencionado por E5 y E3 donde describen su percepción de la sociedad actual y de las relaciones sexuales entre distintos géneros.

Si estuviéramos en un mundo idílico e igualitario en el cual las relaciones sexuales, sobre todo entre hombres y mujeres, no estuvieran cargadísimas de violencia pues... vale, sí que puede ser una cosa neutra decir, yo decido tener el control sobre esto y ya está, porque todo el mundo lo va a respetar y no va a haber ninguna situación en la que alguien me, me agrede, me obligue a hacer algo, coarte mis libertades a la hora de tomar decisiones sobre mi maternidad... Pero como vivimos en este mundo pues evidentemente es un peso muy desmesurado y la que se va a tener que hacer cargo si te acuestas con un tío que no te dice que tiene esa ETS, porque, es que vaya, como si no sucediera, eres tú la que te jodes, si te deja embarazada un tío porque se quita el condón eres tú la que te jodes. Entonces... pues no sé la culpa... no es de nadie por lo visto (E5).

E3 centra su crítica en la percepción social de las ligaduras de trompas, alegando que es uno de los métodos menos mencionados y del que menor información proporcionan -tan solo 4 entrevistadas lo han mencionado, Tabla 4- por que al tratarse de un método infalible e irreversible se encuentra muy infantilizado y rodeado de paternalismo: *“está totalmente esquecido porque madre mía como te vas a ligar as trompas que despois nunca más puedes ser madre (...) en plan de... pero estas segura, aínda eres moi xoven, mira que... un infantilismo e un paternalismo coma se a persoa non soubera decidir por si mesma”* (E3).

Esta opinión de la entrevistada nace a partir de su idea en la cual la sociedad considera que la función principal de las mujeres es ser madres. Ella misma testifica haber sentido esa presión desde muy joven, con 14 años. Aunque piensa que a la sociedad no les sirven todas las *“personas con útero”* para ser madres, como es el caso de aquellas que presentan diversidad funcional, psíquica o algún problema de salud mental, de manera que, automáticamente y sin su consentimiento, sino el de la familia, se les liga las trompas: *“Solo poden concebir aquelas persoas que a sociedade di que poden concebir”* (E3).

## **b) Análisis de contenido**

Antes de comenzar el análisis de contenido de los prospectos se presentará una breve descripción de prospecto médico. Es el documento basado en la ficha técnica de un medicamento, en él se presenta escrita la información dirigida al/a la paciente que consumirá dicho medicamento como garantía de su correcto empleo (Real Decreto, 2007).

Las marcas de las píldoras anticonceptivas seleccionadas para analizar son: Levobel Diario y Sibilla. Su análisis se presentará en las siguientes fases:

**I) Descripción física**

La descripción física es presentada en la Tabla 5, localizándose las principales características que contienen estas marcas anticonceptivas para reconocerlas.

**Tabla 5.**

*Descripción física de las marcas píldoras anticonceptivas seleccionadas*

	<b><u>Levobel</u></b>	<b><u>Sibilla</u></b>
Nombre del medicamento	Levobel Diario 0,10 mg/0,2 mg comprimidos recubiertos con película EFG	<b>Sibilla diario 2 mg / 0,03 mg comprimidos recubiertos con película EFG</b>
Composición		
Titular de la autorización de comercialización de comercialización y responsable de la fabricación	Laboratorio Effik, S.A (Madrid)	Gedeon Richter Plc (Hungría)
Fabricante	Laboratorios León Farma, S.A (León)	Gedeon Richter Plc.
Fecha de la última revisión	Abril 2023	Diciembre 2022
Países miembros del Espacio Económico Europeo donde está autorizado	Austria Portugal España Alemania	Alemania España
Información extraída de	Página web de CIMA. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios	Página web de CIMA. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios

Fuente: Elaboración propia

**II) Análisis de contenido**

A su vez será dividido en tres fases:

*a. Descripción a través de palabras clave:*

El primer paso será seleccionar expresiones o términos para representar el contenido de los temas que se van a tratar, presentando el número de veces que estas son mencionadas en los prospectos de ambas píldoras, véase la Tabla 6.

**Tabla 6.**

*Palabras clave de los prospectos*

	<b>Levobel</b>	<b>Sibilla</b>
Anticonceptivo	48	44
Efectos secundarios	0	1
Efectos adversos	12	10
Trombosis	12	13
Hormonal/es	24	23
Embarazo	19	14
Sexual/es	7	9
Preservativo	7	6
Enfermedad	24	13
Médico	39	40
Riesgo	40	35

Fuente: Elaboración propia

*b. Resumen y estructura del prospecto*

En este apartado se presentará la estructura que presentan ambos prospectos y un resumen indicativo o explicativo, es decir, explicando sus principales temas, de que tratan y como se tratan, del contenido de cada uno de sus apartados (Clausó, 1993).

Los prospectos de las píldoras anticonceptivas seleccionadas para el análisis a continuación (al igual que los prospectos de demás medicamentos) son divididos en 6 apartados: (1) Que es (x) y para qué se utiliza, (2) Que necesita saber antes de empezar a tomar (x), (3) Cómo tomar (x), (4) Posibles efectos adversos, (5) Conservación de (x), y, (6) Contenido del envase e información adicional.

En el primer apartado “**Que es (x) y para qué se utiliza**” ambos prospectos presentan el fármaco, su contenido y su utilidad: “*evitar el embarazo*” únicamente para Levobel, y Sibilla también es utilizado “*para el tratamiento de las mujeres con acné moderado que aceptan recibir una píldora anticonceptiva tras el fracaso de tratamientos locales adecuados o antibióticos orales*”.

El segundo apartado “**Qué necesita antes de empezar a tomar (x)**” empieza con la presentación de “condiciones generales” donde explican, entre otros temas, la importancia de consultar con un médico antes de su consumo, y avisan a las posibles consumidoras de la necesidad de informarse acerca de los coágulos de sangre -puesto que el consumo de estos fármacos aumenta la posibilidad de padecer uno- leyendo el subapartado específico que se presenta en ambos prospectos. Además, también avisan acerca de la inutilidad de la píldora anticonceptiva contra el VIH:

Levobel Diario	Sibilla Diario
<i>Levobel Diario, al igual que otros anticonceptivos hormonales, no protege frente a la infección por VIH (SIDA) o cualquier otra enfermedad de transmisión sexual.</i>	<i>Recuerde que los anticonceptivos orales combinados como Sibilla no la protegen contra las enfermedades de transmisión sexual (como el SIDA). Sólo el preservativo puede ayudarle a conseguir esto.</i>

A continuación, y siguiendo en la segunda sección del prospecto, se encontraría el apartado “No use (x)” con una larga lista de condiciones que si se padecen no se debería de consumir la píldora, como coágulos de sangre, alergias, diabetes, ciertos tipos de operaciones, migrañas con áureas, ictus y/o ataques al corazón... Seguido de “Advertencias y precauciones” que describe patologías que pueden surgir o empeorar y por las cuales es preciso consultar con el médico. Entre algunas de las que se mencionan estarían: epilepsia, varices, cloasma (decoloración de la piel), familiares cercanos que padecieran cáncer de mama, diabetes...

Tras esta serie de advertencias llega el apartado “coágulos de sangre” el cual avisa de que debe de leerse con especial atención: *Antes de empezar a usar Levobel Diario/Sibilla debe leer la información acerca de los coágulos de sangre en la sección 2. Es particularmente importante que lea los síntomas de un coágulo de sangre (...)*”.

Explica que es un coágulo de sangre, lo raro y la pequeña posibilidad que hay de que se produzca por el consumo de la píldora y presenta una tabla para saber cómo reconocerlos. En este mismo apartado también se menciona la relación del uso de estos fármacos con: el cáncer, los trastornos psiquiátricos, los sangrados entre períodos y el combinarlos con otros medicamentos.

En “**Como tomar (x)**”, apartado tres del prospecto, se explica cómo empezar a utilizar la píldora anticonceptiva y avisa de que hacer si se da el olvidado de su toma, teniendo en cuenta las horas que se hayan dado de diferencia.

El cuarto apartado es “**Posibles efectos adversos**” presentándose una larga lista de los posibles efectos secundarios que pueden padecer las consumidoras. Estos efectos se dividen de distinta manera según la marca. Por un lado, Levobel Diario diferencia ente: a) efectos secundarios frecuentes (afectan entre 1 y 10 de cada 100 usuarias); b) efectos adversos poco frecuentes (afectan entre 1 y 10 de cada 1000 usuarias) y c) efectos adversos raros (afectan entre 1 y 10 de cada 10.000 usuarias). Además, muestra una serie de condiciones que se pueden producir o empeorar con el consumo de esta marca, como son las cefaleas.

En cambio, Sibilla hace su división de la siguiente forma: a) efectos adversos frecuentes (pueden afectar hasta 1 de cada 10 personas); b) efectos adversos poco frecuentes (pueden afectar hasta 1 de cada 100 personas); y c) efectos adversos raros (pueden afectar hasta 1 de cada 1000 personas). Añade además un cuarto apartado denominado frecuencia no conocida, es decir, efectos secundarios que “*no puede estimarse a partir de los datos disponibles*”. En Anexo 3 se presenta una tabla donde se comparan los efectos secundarios que se mencionan en ambos prospectos y la forma que tienen de clasificarlos.

Los dos últimos apartados serían: “**Conservación de (x)**” y “**Contenido de (x)**”. En el primero se mencionan una serie de “normas” como es mantenerlo fuera del alcance de los niños, no consumirlo tras su fecha de caducidad... Mientras que en el último se describe detalladamente los componentes de los comprimidos.

### ***III) Discusión***

En este apartado se busca analizar y comparar los posibles efectos secundarios mencionados en los prospectos con las experiencias vividas por las entrevistada y los artículos científicos empleados en los anteriores apartados.

Entre los efectos adversos más frecuentes ambos prospectos presentan alguna diferencia. Para empezar, en Sibilla se menciona que los efectos más frecuentes son las cefaleas y el dolor mamario (sensibilidad y molestia), que pueden afectar a 1 de cada 10 mujeres. Mientras que, en el prospecto de Levobel los más frecuentes, que afectan a entre 1 y 10 de cada 100 mujeres, estarían: cambios de humor y depresión, dolor de cabeza, náuseas y dolor abdominal, dolor en las manos y sensibilidad, y aumento de peso.

Es necesario añadir que, en el prospecto del anticonceptivo Sibilla el cambio de humor y el aumento de peso se argumenta como un efecto de “*frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles)*”. Sin embargo, la información obtenida del estudio de González-Hernando (2013), y presentada en el marco teórico, asegura que la OMS menciona los cambios de humor y el aumento de peso, entre otros, como los efectos adversos más posibles de la ingesta de la píldora anticonceptiva.

Este mismo estudio menciona que entre los beneficios de la píldora se encuentra la disminución del riesgo de cáncer de ovario y de endometrio, aunque puede aumentar el riesgo de padecer otros tipos de cáncer; en Sibilla: “*En algunos estudios epidemiológicos, se ha notificado un aumento de riesgo de cáncer de cuello de útero en usuarias de larga duración de anticonceptivos orales combinados, pero sigue existiendo controversia sobre hasta qué punto este hallazgo es atribuible a los efectos de confusión de la conducta sexual*”. Asimismo, en Levobel, el cáncer es considerada una de las enfermedades que “*pueden aparecer o empeorar con los anticonceptivos orales combinados*”.

Es importante tomar en consideración lo que mencionan ambos prospectos acerca del consumo de la píldora y el cáncer de mama puesto que es una de las enfermedades más comunes en las mujeres españolas<sup>14</sup> (Ministerio de Sanidad, 2022)

Según los ambos prospectos médicos analizados:

Levobel	Sibilla
<p><i>“El cáncer de mama se ha observado con una <b><u>frecuencia levemente mayor en mujeres que toman anticonceptivos combinados</u></b>, pero no se sabe si esto es causado por el tratamiento”</i></p>	<p><i>“Se ha observado que el cáncer de mama es <b><u>ligeramente más frecuente</u></b> en mujeres que toman anticonceptivos orales combinados, pero no se sabe si esto es causado por el tratamiento”</i></p>

Siguiendo el prospecto de Levobel esta observación de detectar más tumores en mujeres que toman anticonceptivos puede deberse a que estas son examinadas con más frecuencia por su médico debido al control que deben realizar en ellas. Curiosamente, se les preguntó a las entrevistadas si acudían más al médico para un control de los efectos de la píldora en su organismo y todas mencionaron que no. Además, E2 comentaba que, tras llevar casi 2 años con

<sup>14</sup> Según el Ministerio de Sanidad el cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres occidentales, estimándose que, en los países de la Unión Europea, la probabilidad de desarrollar un cáncer de mama antes de los 75 años es del 8%. Anualmente en nuestro país se diagnostican unos 16000 casos al año y produce la muerte de casi 6000 mujeres

la píldora anticonceptiva para la prevención de los ovarios poliquísticos, y tras haber tenido que cambiarla por padecer efectos secundarios, todavía no le han proporcionado una cita para que revisen si la píldora está cumpliendo la función principal por la cual comenzó a consumirla.

Para finalizar con esta enfermedad se añadirá, textualmente, lo mencionado en los prospectos en el subapartado Levobel Diario/Sibilla Diario y cáncer:

<b>Levobel</b>	<b>Sibilla</b>
<i>La aparición de tumores de mama se vuelve gradualmente menor después de interrumpir los anticonceptivos hormonales combinados.</i>	<i>La incidencia de tumores de mama disminuye gradualmente después de dejar de tomar anticonceptivos hormonales combinados</i>

De las 14 entrevistas, 11 han tomado la píldora y de las cuales 6 afirman haber experimentado efectos secundarios, ya sean de mayor o menor gravedad.

Actualmente E2 sigue utilizando la píldora anticonceptiva, pero una marca distinta a la recetada desde el principio debido a que considera -y su psicóloga comparte este pensamiento- que le estaba provocando niveles elevados de ansiedad y estrés, provocándole un de malestar psicológico. El prospecto de Levobel no menciona la posibilidad de estos efectos adversos; aunque en el de Sibilla se posicionan como efectos adversos con “*frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles)*).

En contradicción, el actual estudio de Cárdenas y Pardo (2022), mencionado anteriormente, muestra resultados donde afirma que entre los posibles efectos secundarios neuropsicológicos provocados por la píldora está, entre muchos otros, las alteraciones emocionales y la repetición de la respuesta al estrés.

Además, E2 afirma haber padecido otro efecto secundario de la píldora: candidiasis. Siguiendo el prospecto de Sibilla la candidiasis se trata de un efecto secundario poco frecuente que afecta a 1 de cada 100 personas que consumen la píldora; Levobel por su parte, no la menciona en ningún momento.

E7 es quien mayores problemas ha padecido con respecto a las anticonceptivas, presentando varios de los síntomas más graves. El primero fue la secreción mamaria, tras llevar alrededor de 2 años de consumo. Asegura que fue un momento horrible para ella y que lo primero que pensó fue: “*tengo cáncer*”. Tras solucionarse el problema y seguir el consejo de su médico de no dejar la píldora continuó con ella. En ambos prospectos la secreción de las

mamas aparece como uno de los efectos adversos raros, según Levobel puede afectar hasta 1 de cada 1.000 personas.

La decisión final para dejar de tomarla sucedió tras realizarse un examen médico y comprobar que su colesterol era demasiado alto para una chica de su edad, en sus propias palabras: *“recuerdo que el médico pensó que se había equivocado de historial y que estaba viendo la de un señor de 80 años (...) me preguntaron si fumaba, si comía mucha comida basura... y yo no hacía nada de eso, no había explicación más allá que el que estuviera tomando la píldora”*. Contaba esta historia entre risas ya que ahora era una anécdota pero asegura haberlo pasado realmente mal en su momento y haber estado muy asustada. Si se comprueba el prospecto médico de Sibilla se verá que efectivamente el aumento del colesterol (hipercolesterolemia) aparece como un efecto secundario raro que puede afectar a 1 de cada 1000 personas.

Siguiendo con la historia de E9 comenta padecer de migrañas y que, a pesar de ser avisada por el propio ginecólogo del incentivo que puede causar la píldora en este síntoma, se la recetó. La píldora anticonceptiva le provocó episodios de migrañas más fuertes y con mayor frecuencia, cuando volvió al especialista en vez de recomendarle otro método anticonceptivo compatible con las migrañas, le hizo cambiar y probar hasta 3 marcas de píldora distinta con la finalidad de *“encontrar la adecuada”*. Efectivamente los prospectos médicos tanto de Levobel como de Sibilla avisan de que tanto las migrañas como las cefaleas son enfermedades que pueden aparecer (síntoma poco frecuente) o empeorar con el uso de la píldora. Además, en Sibilla se menciona que consumirla y padecer de migrañas (especialmente con aura) aumenta el riesgo de padecer un coágulo de sangre en una arteria. *“Yo solo era una niña tenía 16 años y cuando me dijo que la píldora podía incentivar las migrañas pero que bueno, que probáramos, yo claro... dije vale. Al final acabe probando como 3 marcas distintas y siempre terminaba en urgencias con unas migrañas terribles. Al final no volví a ese ginecólogo y las desde... y no me ha vuelto a pasar de una manera tan fuerte...”* (E9).

E7, E9 y E12 vivieron experiencias tan *horribles y traumáticas* (sinónimos utilizados por las entrevistadas) debido a la ingesta de la píldora que decidieron dejarla. Actualmente las 3 utilizan condón -salvo E9 por mantener relaciones sexuales con mujeres en la actualidad- como forma de método anticonceptivo.

Por otro lado, E4 comentó en la entrevista que, a pesar de no ser confirmado por un médico, desde que dejó de consumir la píldora siente tener menos taquicardias. Cuando se la

recetaron con 16 años ella ya era fumadora; ambos prospectos desaconsejan el uso de la píldora en personas fumadoras, especialmente en mayores de 35 -motivo por el cual la E10 tuvo que pasarse al DIU-: *“Si fuma. Cuando utiliza un anticonceptivo hormonal combinado como Levobel Diario/Sibilla Diario se le aconseja que deje de fumar. Si no es capaz de dejar de fumar y tiene más de 35 años, su médico puede aconsejarle que utilice un tipo de anticonceptivo diferente”*.

Desde otra perspectiva diferente, la píldora anticonceptiva puede utilizarse para combatir el acné -como se menciona Sibilla y como le recetaron a la E1- pero a su vez, estudios como el de González-Hernando (2013) mencionan el acné como un posible efecto secundario del consumo de la píldora.

Asimismo, según informan los prospectos de ambos fármacos la píldora regula el ciclo menstrual de las mujeres, sin embargo, E12 apunta que tuvo que dejar la píldora anticonceptiva, después de probar diferentes marcas, debido a los constantes sangrados entre reglas que padecía. Siguiendo con el tema menstruación, la píldora además de servir para regular el ciclo es también recetada para aliviar los dolores de este mismo -motivo por el que comienza a tomarla E9- sin embargo, en el prospecto de Sibilla se encuentra que el dolor menstrual (dismenorrea) y el dolor pélvico, puede ser un efecto secundario poco frecuente (1 de cada 100 personas que consumen la píldora).

La ONU -citada en González-Hernando (2013)- avisa de la necesidad de atender a los efectos secundarios que puede conllevar la píldora femenina antes de empezar a consumirla. Como menciona Pinillas (2022) los anticonceptivos femeninos han sido desarrollados desde hace tiempo, y a pesar de ser muy populares y efectivos sus efectos secundarios son diversos. Mientras que la anticoncepción masculina sigue en proceso de investigación buscando obtener el anticonceptivo “perfecto”, es decir, que sea reversible, con una alta eficacia, fiable, seguro y sin efectos secundarios.

Hay que destacar que, siguiendo el estudio de Aspilcueta-Gho (2013) el anticonceptivo masculino idóneo sería aquel que sea aceptable para la pareja; sea eficaz al 100% en la prevención del embarazo y de ETS (la píldora femenina no lo es, ambos prospectos lo avisan); tenga un precio asequible (E2 comentó el precio desorbitado que tenía la primera píldora que le recetaron al principio por no entran en la seguridad social); no presentar efectos secundarios ni suponer un riesgo para la salud (del hombre, pues se han comentado algunos de los múltiples efectos adversos que tiene la píldora femenina actualmente); no interferir en la espontaneidad

del coito; además de no afectar a la virilidad, la libido y la potencia sexual del hombre. Tras conocer esta información, es fundamental contraponerla con las palabras de Preciado (2008), quien argumentaba que las primeras píldoras femeninas contenían altas dosis de testosterona para aumentar el deseo sexual de la mujer, es decir, la píldora afectaba o “manipulaba” su deseo sexual.

Este estudio citado fue realizado en 2013, aunque en la actualidad este hecho ha sido “confirmado” por el SEC (2023). La Sociedad Española de Contracepción afirma que, la píldora masculina, a pesar de no estar presente todavía en el mercado por seguir en fase experimental, supondrá una gran revolución social: “*ofrece una serie de cualidades que aún no se han logrado en las píldoras anticonceptivas femeninas* (las cuales llevan en el mercado desde los años 60) (...) *además, no presenta efectos secundarios (...) hablan de una eficacia del 100%*” (SEC, 2023).

## 5. CONCLUSIONES:

Para dar respuesta a la pregunta de esta investigación: ¿pueden entenderse los métodos anticonceptivos como una forma de violencia hacia la mujer? El primer paso fue elaborar un recorrido histórico acerca de la anticoncepción y métodos anticonceptivos. A continuación, se preparó un guion del que obtener datos de las 14 personas entrevistadas con los que realizar un análisis de discurso. Además, se llevó a cabo un análisis de contenido de dos prospectos médicos de distintas marcas de píldoras anticonceptivas, puesto que es este el principal método anticonceptivo dirigido y consumido por las mujeres.

La finalidad de la elección de estas técnicas metodológicas era comprobar la veracidad y cumplimiento de los objetivos propuestos y expuestos en la Tabla 7:

**TABLA 7**

*Grado de veracidad y método de cumplimiento de los objetivos propuestos*

Objetivo	Grado	Método de cumplimiento
<b>OB. 1.</b> Analizar la evolución de la anticoncepción desde una perspectiva de género, explorando cómo los métodos anticonceptivos y sus prácticas han influido en las experiencias y el poder de decisión de las mujeres a lo largo de la historia	Medio- alto	A través de la bibliografía utilizada para elaborar el marco teórico.
<b>OB. 2.</b> Analizar, desde una perspectiva feminista, cómo los métodos anticonceptivos pueden desarrollar una violencia simbólica contra la autonomía y el cuerpo de la mujer	Medio-alto	Con las entrevistas y el análisis de discurso, concretamente con la tercera familia denominada <b>violencia</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Comprender si las mujeres perciben esta violencia y si afectan factores como la edad y la orientación sexual a esta visión</li> </ul>	Alto	Con las entrevistas y el posterior análisis de discurso
<b>OB. 3.</b> Examinar el impacto social de los métodos anticonceptivos en la vida de las mujeres	Medio	A través del análisis de contenido
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificar la violencia de género y sus implicaciones en la salud de estas mediante el estudio de los métodos anticonceptivos</li> </ul>	Medio-Alto	Con el análisis del discurso llevado a cabo, prestando especial atención a los bloques de <b>consumo y violencia</b> .
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atender a los posibles efectos secundarios que pueden presentar</li> </ul>	Alto	A partir de la discusión llevada a cabo en el apartado de análisis de contenido de los resultados, donde se comparan los prospectos médicos, con las experiencias del consumo de las entrevistadas y con otros artículos científicos sobre el tema

Fuente: Elaboración propia

Por tanto, prestando atención a los objetivos, su grado de cumplimiento y los métodos utilizados puede concluirse que los métodos anticonceptivos pueden percibirse como una forma de violencia hacia la mujer, de la cual ellas son conscientes.

A pesar de que los métodos anticonceptivos cuentan con una visión social positiva, siendo percibidos como una herramienta eficaz, las mujeres son conscientes de la desigualdad que provocan y de la violencia que ejercen sobre sus propios cuerpos. Esta percepción es más notable en las mujeres jóvenes, a quienes les genera mayor frustración y rechazo, entendiéndolo más como una injusticia; mientras que, a edades más avanzadas sigue presente la idea de desigualdad, pero de una manera más leve. Se identifica una brecha generacional donde las más jóvenes muestran ímpetu por un cambio social mientras que las mujeres de más edad aceptan de forma más resignada la función de los métodos anticonceptivos y ven la recaída de la anticoncepción en la figura de la mujer como un hecho social irreversible.

Asimismo, se aprecian diferentes ideas ante esta temática según la orientación sexual, siendo especialmente las mujeres bisexuales quienes se ven más afectadas y frustradas ante esta violencia. Las mujeres heterosexuales esta violencia es percibida especialmente por aquellas que han consumido o consumen la píldora y han padecido alguno de los efectos adversos. Ante este método anticonceptivo en particular se ha observado en este estudio un descontento general, especialmente entre las mujeres jóvenes, puesto que en muchos casos fue un método impuesto y no elegido por la usuaria. Por otra parte, las mujeres lesbianas perciben discriminación ante los métodos anticonceptivos debido a la dificultad de encontrar y acceder a la barrera de protección femenina (el condón femenino).

Atendiendo a lo observado en apartados anteriores se demuestra el escaso conocimiento que se tiene sobre los diversos métodos anticonceptivos actuales a la hora de pensar en alternativas distintas a los más habituales y conocidos como son el condón masculino y la píldora anticonceptiva.

Con respecto al DIU, se ha podido observar un elevado conocimiento general. Sin embargo, según los resultados obtenidos no cuenta con tanto respaldo médico como la píldora o al menos no se considera recomendable para las mujeres menores de 30 años.

El recorrido histórico de la anticoncepción y de la creación de los métodos anticonceptivos -realizado para atender al objetivo 1- muestra que estos recursos, especialmente los hormonales, han sido creados por hombres para mujeres. Así, la finalidad de

los anticonceptivos en la historia varió según el género, es decir, mientras las mujeres buscaban tener el control de su propio cuerpo y de su reproductividad para obtener la autonomía en sus decisiones, los hombres buscaban controlar el cuerpo de las mujeres para mantener relaciones extramatrimoniales sin correr el riesgo de embarazar a otras mujeres.

Teniendo en cuenta lo expresado en el objetivo 3 se puede percibir como el impacto social de los anticonceptivos generan una violencia simbólica hacia la autonomía y cuerpo de la mujer, a través de la desinformación y desinterés de los estudios científicos centrados en la anticoncepción femenina. Este hecho se demuestra con las incongruencias que se presentan tanto en los diversos textos médicos usados como en los prospectos analizados en el estudio acerca de los efectos secundarios de la píldora sobre el cuerpo de la mujer.

Cierto es que la medicina avanza y va ampliando conocimientos, pero existe un sesgo de género en la salud reproductiva que incrementa la violencia y desigualdad hacia la mujer. Los métodos anticonceptivos centrados en los cuerpos masculinos requieren de una investigación más detallada y, por tanto, no llegan a ser testados y sacados al mercado hasta contar con un elevado porcentaje de efectividad, al mismo tiempo que tienen como condición indispensable contar con los mínimos efectos secundarios posibles.

Así, prestando atención a la historia de la vasectomía se puede observar esta desigualdad. Entre su descubrimiento y su primer procedimiento en un hombre transcurrieron más de 100 años. Actualmente, se presenta como una intervención más segura y con menos efectos y dolores que la ligadura de trompas. Por otra parte, la píldora también es un símbolo de la violencia que representan los anticonceptivos, puesto que apareció por primera vez en 1950 y su comercialización se dio a principios de los años 60 pese a los efectos adversos que se observaron. Mientras que la píldora anticonceptiva masculina, se lleva estudiando desde hace más tiempo que la femenina, y actualmente sigue sin salir al mercado debido a los efectos secundarios que aún se aprecian en los estudios.

El objetivo 2 pretende analizar, desde una perspectiva feminista, cómo los métodos anticonceptivos pueden desarrollar una violencia simbólica contra la autonomía y el cuerpo de la mujer. En este sentido, la existencia del condón y la vasectomía como únicos métodos de anticoncepción basados en el cuerpo masculino incrementan la desigualdad social de la mujer a la vez que la violencia que reciben; la cual será presentada en dos perspectivas distintas.

La primera es aquella violencia que se ejerce contra las mujeres que mantienen relaciones heterosexuales puesto que es en ellas sobre quienes recae el cuidado reproductivo tanto a nivel económico como moral y social. De esta forma, como se menciona en anteriores apartados, los programas de salud reproductiva ponen a las mujeres en el centro y eluden a los hombres y, en el caso de que lleguen a mostrar interés en el proceso, son presentados como un apoyo a la mujer y no como un participante más. Esta asociación social de mujer y responsabilidad reproductiva es tan alta como la que se da entre mujer y tareas reproductivas, donde el hombre también es presentado como un ayudante de su pareja femenina y no como un integrante más.

Otra forma de violencia que se da debido al uso de anticonceptivos en relaciones heterosexuales es la presión que las mujeres reciben por parte de sus parejas sexuales, para consumir anticonceptivos y así, eludir el condón. Asimismo, se da la percepción general de que las mujeres le dan más importancia a las enfermedades de transmisión sexual que los hombres. De esta manera, sentir esta presión genera un pensamiento de “ser usada”, además de provocar sentimientos negativos como vulnerabilidad, culpabilidad y malestar.

La segunda violencia se da desde las relaciones lésbicas. Los métodos anticonceptivos han sido pensados a lo largo de la historia para las relaciones heterosexuales, o más bien para las relaciones falocentristas. Los únicos métodos anticonceptivos que previenen las ETS son el preservativo y la barrera femenina (condón femenino). La desigualdad se da en que el condón masculino es no solo más conocido y tiene mayor difusión que el femenino, sino que también es más barato y fácil de encontrar puesto que se halla en diferentes lugares: farmacias, supermercados, máquinas expendedoras, gasolineras... en cambio los femeninos no.

#### ➤ **Balance del trabajo realizado y posibles futuras líneas de investigación**

Es importante mencionar las debilidades y fortalezas que se dan en esta investigación. En primer lugar, desde la aportación teórica recogida en el marco teórico, fueron utilizados diversos estudios atendiendo a las distintas visiones de las/os autoras/es. Sin embargo, se podría haber profundizado más detalladamente en todos los métodos anticonceptivos mencionados y no únicamente en la píldora y el condón por ser los más usuales.

En cuanto al apartado metodológico, la población objeto de estudio es escasa, lo que impide que se trate de una investigación representativa. A pesar de haberse presentado entrevistadas pertenecientes a los distintos grupos de edad y de las distintas orientaciones

sexuales, sería idóneo para este estudio una mayor participación, así como la atención a otras posibles variables de interés, como pueden ser el nivel de estudios, la clase social y el nivel de religiosidad. Hubiese sido un factor de interés el haber escuchado el discurso de mujeres que usen o utilizaran otros métodos anticonceptivos como el implante, la inyección, el parche, la ligadura de trompas, la vasectomía de sus parejas...

Un factor importante del análisis de datos y resultados de esta investigación es el uso de dos métodos de análisis: del discurso y del contenido. Además de que en este último análisis mencionado se han empleado textos del ámbito de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud.

En futuras líneas de investigación a seguir sería interesante escuchar la opinión que pueden presentar los hombres ante esta temática. Además, para profundizar en la violencia que se da en los métodos anticonceptivos para relaciones falocéntricas, se podría realizar una cartografía social de un espacio determinado en el que se localicen los locales y comercios donde se pueden encontrar condones masculinos y condones femeninos, para apreciar la diferencia de la que hablan las entrevistadas.

## 6. BIBLIOGRAFÍA:

Acosta, T., Rodríguez, Y., Rodríguez, A. (2006). Raíces históricas de la anticoncepción. *Gaceta Médica Espirituana*, 8(1). Recuperado de: <https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1842/1883#:~:text=Ra%C3%ADces%20hist%C3%B3ricas%20de%20la%20anticoncepci%C3%B3n%20%7C%20Acosta%20Mart%C3%ADnez,ISSN%201608-8921%20RNPS%201828%20%7C%20RNSW%20A%201282>

AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios). (2023). Levobel Diario: prospecto del medicamento (Versión 1.0). CIMA- Centro de Información Online de Medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. [https://cima.aemps.es/cima/pdfs/p/76354/P\\_76354.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/p/76354/P_76354.pdf)

AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios). (2022). Sibilla Diario: prospecto del medicamento (Versión 1.0). CIMA- Centro de Información Online de Medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. [https://cima.aemps.es/cima/dohtml/p/78334/Prospecto\\_78334.html](https://cima.aemps.es/cima/dohtml/p/78334/Prospecto_78334.html)

Aspilcueta-Gho, D. (2013). Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 30(3), 6-480. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a18v30n3>

Campas, P., Bouyer, J., Fernandez, H. (2017). Embarazo ectópico. *EMC- Tratado de Medicina*, 21(3), 1-5. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541017860359>

Cárdenas, R., Pardo, J. (2022). Efectos secundarios neuropsicológicos de los anticonceptivos hormonales combinados para el tratamiento de síntomas leves. Valoración bioética de su adecuación. *Cuadernos de Bioética*, 33(109), 335-348. <http://aebioetica.org/revistas/2022/33/109/335.pdf>

Cobo, R. (2014). *Aproximaciones a la teoría crítica feminista*. CLADEM

Clausó, A. (1993). Análisis documental: el análisis formal. *Revista General de Información y Documentación*, 3(1), 11-19. <https://revistas.ucm.es/index.php/RGID/article/view/RGID9393120011A/11739>

De Miguel, A. (2020). *Neoliberalismo sexual. El mito de la libre elección*. Ediciones Cátedra.

Díaz, G. (1996). Historia de la anticoncepción. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 11(2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251995000200015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000200015)

Federici, S. (2004). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Traficantes de sueños. [https://docs.google.com/file/d/0B\\_S368-A106mZmU4RXdlRkw5OWc/edit?resourcekey=0-0XfeBf9wzKxPkhOqTxnUw](https://docs.google.com/file/d/0B_S368-A106mZmU4RXdlRkw5OWc/edit?resourcekey=0-0XfeBf9wzKxPkhOqTxnUw)

Gobierno de España. (2007). Real Decreto 1401/2007, de 7 de noviembre <https://www.boe.es/boe/dias/2007/11/07/pdfs/A45652-45698.pdf>

González-Hernando, C., Souza-de Almeida, M., Martín-Villamor, P., Cao-Torija, J., Castro-Alija, M. (2013). La píldora anticonceptiva a debate. *Enfermería Universitaria*, 10(3), 98-104. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-la-pildora-anticonceptiva-debate>  
[S1665706313726356#:~:text=El%20Colegio%20Americano%20de%20Obstetras%20y%20Ginec%C3%B3logos%20de, donde%202.5%20millones%20de%20mujeres%20consumen%20la%20p%C3%ADdora](https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-la-pildora-anticonceptiva-debate)

Granados, J. (15 junio de 2020). ¿Vasectomía o Ligadura de Trompas? *Revista Level*. <https://www.revistalevel.com.co/contenido/vasectomia-o-ligadura-de-trompas>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. P. (2014). Metodología de la investigación. McGraw Hill Education.

Lazo, L. (2019). Historia del condón y otros métodos anticonceptivos. *Revista Médica Electrónica*, 41(2), 1-10. [https://www.researchgate.net/publication/333659526\\_Historia\\_del\\_condon\\_y\\_otros\\_metodos\\_anticonceptivos?enrichId=rgreq-3efc4c3a1a7305c23459e94d7641ccea-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMzMzY1OTUyNjUzNjc3MDA3NjAyNjg4MjBAMTU1OTk1MDE2NTg1MQ%3D%3D&el=1\\_x\\_3&esc=publicationCoverPdf](https://www.researchgate.net/publication/333659526_Historia_del_condon_y_otros_metodos_anticonceptivos?enrichId=rgreq-3efc4c3a1a7305c23459e94d7641ccea-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMzMzY1OTUyNjUzNjc3MDA3NjAyNjg4MjBAMTU1OTk1MDE2NTg1MQ%3D%3D&el=1_x_3&esc=publicationCoverPdf)

Lugones, M., Quintana, T. (1996). Orígenes de la anticoncepción. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 12(4). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251996000400012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000400012)

McCann, H., Carrol, G., Duguid, B., Gehred, K., Kirillova, L., Kramer, Ann, Smith, M., Weber, S., Mangan, L. (2020). *El Libro del feminismo*. Akal

Millán, A. (16 de marzo de 2021). Por qué no existe una píldora anticonceptiva para el hombre. *BBC News*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-56380751>

Ministerio de Sanidad (19 abril de 2022). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021  
[https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020\\_21/INFORME\\_ANUAL\\_2020\\_21.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf)

Ministerio de Sanidad y Política Social (s.f.). *Métodos anticonceptivos de uso regular*  
[https://www.sanidad.gob.es/novedades/docs/090911\\_metodosAnticonc.pdf](https://www.sanidad.gob.es/novedades/docs/090911_metodosAnticonc.pdf)

Murillo, L. (18 mayo de 2014). El cuerpo de la mujer es la última frontera del capitalismo. *elDiario.es*. [https://www.eldiario.es/euskadi/euskadi/cuerpo-mujer-ultima-frontera-capitalismo\\_1\\_4879508.html](https://www.eldiario.es/euskadi/euskadi/cuerpo-mujer-ultima-frontera-capitalismo_1_4879508.html)

Oakley, A. (1984) *The Captured Womb*. Oxford: Basil Blackwell

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102\\_spa.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf;sequence=1)

Ortiz-Gómez, T., Ignaciuk, A. (2019). Investigar y comunicar la historia de la anticoncepción. *Revista Internacional de Estudios Feministas*, 4(1), 64-85.  
[https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/26968/Atl%C3%A1nticas\\_4\\_2019\\_4.pdf#:~:text=El%20fabuloso%20archivo%20de%20historia,de%20la%20anticoncepci%C3%B3n%20del%20Margaret%20Sanger](https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/26968/Atl%C3%A1nticas_4_2019_4.pdf#:~:text=El%20fabuloso%20archivo%20de%20historia,de%20la%20anticoncepci%C3%B3n%20del%20Margaret%20Sanger)

Pinillas, L. (2022). *Anticonceptivos masculinos en el control de la fertilidad* (Trabajo de máster, Universidad de Oviedo).  
[https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/63497/tfm\\_LauraPinillasGonz%C3%A1lez.pdf?sequence=4](https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/63497/tfm_LauraPinillasGonz%C3%A1lez.pdf?sequence=4)

Preciado, B. (2008). *Texto Yonki*.  
<https://libroschorcha.files.wordpress.com/2018/05/testo-yonqui-beatriz-preciado.pdf>

Ruiz. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto.

Seaman, B. (1987). *The Dangers of Oral Contraception*. En *Seizing Our Bodies*. Nueva York: Vintage

Sociedad Española de Contracepción (2022). *Encuesta de Anticoncepción en España 2022. Hábitos de la población femenina en relación al uso de métodos anticonceptivos*. <https://hosting.sec.es/descargas/Encuesta2022.pdf>

Sociedad Española de Contracepción. (5 mayo de 2023) *La píldora masculina que promete revolucionar los métodos anticonceptivos*. <https://sec.es/la-pildora-masculina-que-promete-revolucionar-los-metodos-anticonceptivos/>

## 7. ANEXOS:

### Anexo 1

*Métodos anticonceptivos mencionados por el Ministerio de Sanidad y Política Social*

## 1 MÉTODOS DE BARRERA

**Eficacia media-alta. Protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS). No requieren control sanitario.**

- **PRESERVATIVO MASCULINO O CONDÓN:** Es una funda de látex o de otro derivado plástico que se coloca sobre el pene en erección desde antes de la penetración. Impide el paso de los espermatozoides. Es de un solo uso, y por tanto no debe ser reutilizado. **Protege de las ITS.**



- **PRESERVATIVO FEMENINO:** Es una funda, similar al preservativo masculino pero de mayor tamaño, que se coloca recubriendo las paredes de la vagina y la vulva para impedir el paso de los espermatozoides al interior del útero. Es de un solo uso, y por tanto no debe ser reutilizado. **Protege de las ITS.**



- **DIAFRAGMA:** Es una caperuza que se coloca en el fondo de la vagina, cubriendo completamente el cuello del útero. Impide el paso de los espermatozoides al interior del útero. Es reutilizable.



**CAPUCHON CERVICAL:** es una versión más evolucionada del diafragma, recubre el cuello uterino y es de un solo uso por lo que no debe ser reutilizado. Tanto el diafragma como el capuchón cervical deben usarse con espermicidas. **Protegen parcialmente de las ITS.**

## 2 MÉTODOS HORMONALES

Eficacia alta-muy alta. No protegen de las ITS. Requieren control sanitario.

- **PÍLDORA COMBINADA:** Existen diferentes tipos, que varían según las dosis, la combinación de las hormonas que contienen y la forma de presentación. Se toma a la misma hora, diariamente durante 21 ó 28 días e impide la ovulación.
- **PÍLDORA DE GESTÁGENO:** Contiene solamente un tipo de hormona. Se toma todos los días a la misma hora, sin descanso.
- **ANILLO VAGINAL:** Es un aro que se introduce en la vagina, como un tampón. Contiene hormonas similares a las de la píldora combinada que se van liberando y son absorbidas por la mucosa vaginal. Se usa tres semanas y la cuarta se descansa.
- **PARCHE CUTÁNEO:** Es un parche pequeño que se coloca sobre la piel, que absorbe las hormonas que va liberando. Se usa uno por semana, durante tres semanas y la cuarta se descansa. Debe colocarse en una zona del cuerpo sin cremas para que no se despegue y nunca en la mamas.
- **ANTICONCEPTIVO HORMONAL INYECTABLE:** Es de administración trimestral y contiene una única hormona.
- **IMPLANTE SUBDÉRMICO:** Son una o dos varillas que liberan una hormona. Se coloca en el antebrazo mediante una mínima incisión indolora y tiene una duración de 3 o 5 años.



### **3 DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)**

**Eficacia muy alta (DIU hormonal) Eficacia alta (DIU cobre).**  
**No protege de las ITS. Requiere control sanitario.**

El DIU es un objeto pequeño formado por plástico generalmente en forma de T; unos llevan cobre y otros un pequeño depósito hormonal. Se coloca dentro del útero. Actúa de distintas formas dificultando la progresión de los espermatozoides. La duración eficaz del DIU hormonal es de cinco años. La duración eficaz del DIU de cobre en las mujeres jóvenes es de al menos 5 años y en las mayores de 40 es eficaz hasta la menopausia.



### **4 BLOQUEO DE TROMPAS Y VASECTOMÍA**

**Métodos definitivos. Eficacia muy alta. No protegen de las ITS.**

Consisten en cerrar el lugar de paso de los óvulos (ligadura o bloqueo de trompas en la mujer) y de los espermatozoides (vasectomía en el hombre). Son métodos permanentes. El bloqueo de las trompas puede hacerse mediante intervención quirúrgica o a través de la vagina y el útero.



### **5 DOBLE MÉTODO o DOBLE PROTECCIÓN**

**Eficacia muy alta. Protege de las ITS.**

Consiste en la utilización de preservativo por el hombre y de un método de alta eficacia por la mujer. Así se consigue una eficacia muy elevada asociada a la protección de las ITS.

## Anexo 2

### Guion de la entrevista

<b>Bloque I. Variables sociodemográficas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Edad:</li><li>• Nivel de estudios:</li><li>• Profesión:</li><li>• Orientación sexual:</li><li>• ¿Cuál es tu situación sentimental actual?:</li></ul>
<b>Bloque II. Métodos anticonceptivos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Qué opinión tienes acerca de los métodos anticonceptivos?</li><li>• ¿Qué consecuencias consideras que conlleva el no utilizar métodos anticonceptivos?</li><li>• ¿Qué consecuencias consideras que tiene la utilización de métodos anticonceptivos?</li><li>• ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?</li><li>• ¿Utilizas o has utilizado alguno de estos métodos anticonceptivo?<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Si responden sí:</b><ul style="list-style-type: none"><li>▪ ¿Cuál?</li><li>▪ ¿Desde hace cuánto tiempo?</li><li>▪ ¿Por qué razón/es empezaste a usarlo?</li><li>▪ ¿Y por qué ese y no otro?</li><li>▪ ¿Dónde te informaste sobre este método?</li><li>▪ ¿Qué consideras que es lo mejor de ese anticonceptivo? ¿Y lo peor?</li><li>▪ ¿Podrías contarme alguna experiencia positiva o negativa que hayas tenido a causa de algún método anticonceptivo?</li></ul></li></ul></li></ul> <p><i>Para usuarias de la píldora:</i></p> <p>¿Te la recetó un especialista? ¿Te preguntó por tu salud? ¿Te avisó de los posibles efectos secundarios? ¿Consideras que acudes más al médico al consumir la píldora?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Si responden no:</b><ul style="list-style-type: none"><li>▪ ¿Por qué no?</li></ul></li></ul> <p><i>(Si alguna deja ha dejado de usar algún anticonceptivo preguntar por qué)</i></p>
<b>Bloque III. Opiniones</b>
<p><i>(Usen o no anticonceptivos)</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Personalmente ¿Te has cuestionado el uso de métodos anticonceptivos? ¿En qué situación y por qué?</li><li>• Cuando vas a mantener una relación sexual. ¿Quién compra o paga los métodos anticonceptivos?</li><li>• ¿Socialmente a quien consideras que se le atribuye la responsabilidad de la anticoncepción? ¿Y por qué? ¿Estás de acuerdo con esta percepción?</li></ul>

- ¿Qué opinas de que la mayoría de los anticonceptivos recaigan exclusivamente en ti como mujer y no en tu pareja o parejas sexuales hombres? ¿Cómo te hace sentir esto?
- ¿Crees que el uso de métodos anticonceptivos le corresponde tanto a mujeres como a hombres?
- ¿Te has sentido presionada alguna vez a usar (o no usar) algún método anticonceptivo?
- ¿Recuerdas alguna situación que hayas vivido en la que te hayas sentido vulnerable debido a usar o no usar algún método anticonceptivo?
- ¿Qué función piensas que cumple tu pareja en la hora de buscar anticoncepción?

#### **Bloque IV. Preguntas finales acerca de la píldora anticonceptiva**

La píldora es el anticonceptivo femenino más común en las mujeres jóvenes...

- ¿Qué opinas en concreto de este fármaco?

La píldora anticonceptiva es un tema que sigue muy a debate dentro de la teoría feminista, en tu opinión...

- ¿La ves más como un elemento opresivo o como un elemento liberador para las mujeres?

### Anexo 3

#### Efectos secundarios presentados en los prospectos

Levobel diario	Sibilla
<p><b>Efectos adversos frecuentes</b> (pueden afectar hasta 1 de cada 10 personas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cefalea</li> <li>- dolor mamario incluyendo molestias y sensibilidad en las mamas</li> </ul> <p><b>Efectos adversos poco frecuentes</b> (pueden afectar hasta 1 de cada 100 personas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inflamación de los genitales (vaginitis/vulvovaginitis)</li> <li>- infecciones fúngicas de la vagina (candidiasis, infecciones vulvovaginales)</li> <li>- aumento de apetito</li> <li>- humor deprimido</li> <li>- mareo</li> <li>- migraña</li> <li>- tensión arterial alta o baja</li> <li>- dolor abdominal (incluyendo dolor en el abdomen alto y bajo, malestar/sentirse inflada)</li> <li>- náuseas, vómitos, diarrea</li> <li>- acné</li> <li>- caída del cabello (alopecia)</li> <li>- sarpullido (incluyendo la aparición de manchas en la piel)</li> <li>- picor (en algunos casos en todo el cuerpo)</li> <li>- sangrado por privación irregular incluidos los sangrados abundantes (menorragia), escasos (hipomenorrea), poco frecuentes (oligomenorrea) y la ausencia de sangrado por privación (amenorrea)</li> <li>- sangrado intermenstrual (hemorragia vaginal y metrorragia)</li> <li>- dolor menstrual (dismenorrea), dolor pélvico</li> <li>- aumento del tamaño de las mamas incluyendo la hinchazón y el edema de las mamas</li> <li>- secreción vaginal</li> <li>- quistes ováricos</li> <li>- agotamiento incluyendo la debilidad, el cansancio y la indisposición general</li> <li>- aumento de peso</li> </ul> <p><b>Efectos adversos raros</b> (pueden afectar hasta 1 de cada 1000 personas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inflamación en las trompas de Falopio o en el ovario</li> <li>- inflamación del cuello uterino (cervicitis)</li> </ul>	<p><b>Efectos adversos recuentes</b> (pueden afectar hasta 1 de cada 10 personas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambios de humor, depresión</li> <li>- Dolor de cabeza</li> <li>- Náuseas, dolor abdominal</li> <li>- Dolor en las mamas o sensibilidad</li> <li>- Aumento de peso.</li> </ul> <p><b>Efectos adversos poco frecuentes</b> (pueden afectar hasta 1 de cada 100 personas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución del interés por el sexo</li> <li>- Erupción cutánea</li> <li>- Migraña</li> <li>- Vómitos, diarrea</li> <li>- Picor o ronchas en la piel</li> <li>- Hinchazón de las mamas</li> <li>- Retención de líquidos.</li> </ul> <p><b>Efectos adversos raros</b> (pueden afectar hasta 1 de cada 1.000 personas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intolerancia a las lentes de contacto</li> <li>- Reacciones alérgicas</li> <li>- Aumento del interés por el sexo</li> <li>- Secreción mamaria o vaginal</li> <li>- Lesiones o nódulos rojos en la piel</li> <li>- Enrojecimiento o manchas en la piel</li> <li>- Pérdida de peso</li> <li>- Coágulos de sangre perjudiciales en una vena o arteria, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- en una pierna o un pie (p. ej., TVP)</li> <li>- en un pulmón (p. ej., EP)</li> <li>- infarto de miocardio</li> <li>- accidente cerebrovascular</li> <li>- mini-accidente cerebrovascular o síntomas temporales parecidos a los del accidente cerebrovascular, conocidos como accidente isquémico transitorio (AIT)</li> </ul> </li> <li>- coágulos de sangre en el hígado, el estómago/intestino, los riñones o los ojos.</li> </ul>

- inflamación del tracto urinario, inflamación de la vejiga (cistitis)
- inflamación de la mama (mastitis)
- infecciones fúngicas (p. ej., cándida), infecciones víricas, herpes labial
- gripe (influenza), bronquitis, infecciones del tracto respiratorio superior, infección paranasal (sinusitis)
- proliferación benigna en el útero (mioma)
- proliferación benigna en el tejido graso de la mama (lipoma de mama)
- anemia
- reacciones alérgicas (hipersensibilidad)
- masculinización (virilización)
- pérdida de apetito (anorexia)
- depresión, irritabilidad, trastornos mentales, agresividad
- insomnio, trastornos del sueño
- trastornos circulatorios en el cerebro o en el corazón, accidente cerebrovascular
- distonía (alteración muscular que produce, p. ej., una postura anormal)
- ojos secos o irritados
- trastornos de la visión (oscilopsia, deterioro de la vista)
- sordera súbita (pérdida de audición), deterioro del sentido del oído
- trastornos vestibulares (sensación de mareo, vértigo)
- frecuencia cardíaca acelerada
- aumento de la tensión arterial diastólica (aumento del valor mínimo de la tensión arterial)
- mareo o desmayo después de levantarse estando sentada o tumbada (hipotensión ortostática)
- sofocos
- inflamación de las venas (tromboflebitis)
- venas varicosas (varices), trastornos venosos o dolor en las venas
- asma
- aumento de la frecuencia respiratoria (hiperventilación)
- inflamación de la mucosa gástrica (gastritis), inflamación intestinal (enteritis)
- molestias estomacales (dispepsia)
- reacciones/trastornos cutáneos, incluidas reacciones alérgicas, neurodermatitis/dermatitis atópica, eczema, psoriasis
- transpiración intensa
- manchas pigmentarias de color marrón dorado (también llamadas manchas del embarazo),

especialmente en la cara (cloasma), alteraciones en la pigmentación/aumento de la pigmentación.

- piel grasa (seborrea)
- caspa
- vello corporal excesivo (hirsutismo)
- piel de naranja (celulitis)
- araña vascular (una mancha roja con extensiones rojizas que se radian hacia fuera como una tela de araña)
- dolor de espalda, dolor en el pecho
- molestias en los huesos y en los músculos, dolor muscular (mialgia), dolor en los brazos y en las piernas
- displasia cervical (crecimiento anormal de las células de la superficie del cuello uterino)
- dolor o quistes en las trompas de Falopio o en los ovarios
- quistes en las mamas, proliferaciones benignas en las mamas (mastopatía fibroquística), hinchazón de glándulas mamarias adicionales congénitas distintas de las mamas (mamas accesorias)
- dolor durante las relaciones sexuales
- secreción de las glándulas mamarias, secreción de las mamas
- trastornos de la menstruación
- edema periférico (acumulaciones de líquido en el cuerpo)
- síndrome seudogripal, inflamaciones, pirexia (fiebre)
- aumento de los niveles de triglicéridos o de colesterol en sangre (hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia)
- pérdida o variaciones de peso (aumento, disminución o fluctuación)
- coágulos de sangre perjudiciales en una vena o arteria, por ejemplo:
  - en una pierna o pie (es decir, TVP)
  - en un pulmón (es decir, EP)
  - ataque al corazón
  - ictus
  - ictus leve o síntomas temporales similares a los de un ictus, conocidos como accidente isquémico transitorio (AIT)
  - coágulos de sangre en el hígado, estómago/intestino, riñones u ojo.
  -

**Frecuencia no conocida** (no puede estimarse a partir de los datos disponibles)

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- cambios de humor</li><li>- aumento o disminución del deseo sexual (libido)</li><li>- irritación de los ojos cuando se llevan lentes de contacto</li><li>- habones (picor)</li><li>- eritema nodoso (nódulos rojizos y dolorosos en la piel)</li><li>- eritema multiforme (erupción en forma de diana rojiza o ampollas)</li><li>- secreción de las mamas</li><li>- retención de líquidos.</li></ul> |  |
|---|--|