



Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

M³: MUJER, MILITAR Y MADRE

**Un análisis de la maternidad en las
Fuerzas Armadas Españolas desde la
fenomenología hermenéutica**

Tesis Doctoral presentada por

D^a SHEIMA HOSSAIN LÓPEZ

Directora:

DRA. DOLORES RUÍZ BERDÚN (Universidad de Alcalá)

Co-directora:

DRA. GILL THOMSON (University of Central Lancashire)

Alcalá de Henares, 2021



M³: MUJER, MILITAR Y MADRE



Universidad
de Alcalá



ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS.....	7
ÍNDICE DE TABLAS	9
AGRADECIMIENTOS.....	11
RESUMEN.....	14
INTRODUCCIÓN	18
Hoja de ruta.....	19
ESTADO DEL ARTE.....	21
A PROPÓSITO DE LA INVESTIGADORA	25
MARCO CONCEPTUAL.....	32
CAPÍTULO I: GÉNERO	32
EVOLUCIÓN CONCEPTUAL	32
El segundo sexo: pre-conceptualizando el género.....	33
Kate Millett: Política sexual y patriarcado	35
Gayle Rubin y el sistema sexo/género	36
Nacemos de mujer. Adrienne Rich.....	38
Nancy Chodorow. The Reproduction of Mothering.....	39
Joan Scott y el género como categoría de análisis.....	40
El enfoque postmoderno. Revisión de género y patriarcado	41
El concepto de género en las Teorías Queer: La propuesta de Butler.....	42
INSTITUCIONES TRADICIONALMENTE MASCULINAS: PUNTOS CLAVE EN RELACIÓN CON EL GÉNERO.....	46
Las minorías y el concepto de masa crítica	48
CAPÍTULO II: LA MUJER EN LAS FUERZAS ARMADAS ESPAÑOLAS	54
INCORPORACIÓN E INTEGRACIÓN	54
Desarrollo normativo	54
Otras medidas relacionadas con la incorporación de la mujer a las FAS.....	63
El Observatorio Militar para la Igualdad	64
Centros de Educación Infantil	66
Adecuación de los alojamientos destinados a las mujeres.....	68
Los órganos de evaluación	69
El acoso sexual en el régimen disciplinario	72
Un asunto controvertido: Las pruebas físicas	74

Proporción actual de mujeres en el ejército	75
CAPÍTULO III: LAS MATERNIDADES	78
LA MATERNIDAD COMO CONSTRUCTO SOCIAL	78
Significados, imaginarios y roles de las madres	78
Maternidad y trabajo. El peso de la doble jornada	84
El desarrollo laboral y el retraso en la edad de maternidad	92
LA MATERNIDAD NORMATIVA	95
Evolución de la normativa de protección a la maternidad	95
La Regulación del Aborto en España	112
LA MATERNIDAD BIOLÓGICA	115
Edad fértil	115
El ciclo menstrual	116
Fecundación	118
La fecundación in vitro	120
Implantación	121
Determinación del embarazo.....	122
Placenta: funciones y desarrollo	123
Desarrollo embrionario y fetal	125
Crecimiento	126
Diferenciación sexual	128
Cambios fisiológicos en la mujer durante el embarazo	132
Regulación endocrina durante el embarazo	133
El sistema reproductor durante el embarazo	141
Modificaciones del sistema nervioso en la mujer embarazada	147
Ganancia ponderal	148
La adaptación musculoesquelética durante el embarazo.....	152
Cambios en el sistema cardiovascular.....	160
Modificaciones del sistema respiratorio	164
Cambios renales	166
Cambios cutáneos	170
Actividad física durante la gestación.....	173
Nacimiento	176
Camino a un parto respetado. El plan de parto	176
Parto vaginal.....	177
La cesárea.....	186
Beneficios de la lactancia materna	189

CAPÍTULO IV: LA FENOMENOLOGÍA HERMENÉUTICA	192
Una herramienta válida para la investigación de la maternidad.	192
Conceptos clave de la filosofía de Heidegger para la investigación de la maternidad en las Fuerzas Armadas	195
OBJETIVOS	200
MATERIAL Y MÉTODO	202
DISEÑO	202
MUESTRA. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	203
CONSIDERACIONES ÉTICAS	204
RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE LAS PARTICIPANTES.....	206
Perfil de las participantes.....	207
Las entrevistas.....	209
MEDIOS Y RECURSOS MATERIALES EMPLEADOS.....	211
CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DEL ESTUDIO	212
RESULTADOS	213
DESCRIPCIÓN DE LA CATEGORIZACIÓN PRINCIPAL.....	213
<i>Anticipando el impacto de la maternidad en la carrera</i>	213
<i>Ser una embarazada en la milicia</i>	214
<i>Atención al embarazo, parto y postparto</i>	215
<i>De vuelta al servicio: la reincorporación y crianza</i>	216
<i>Propuestas de mejora</i>	217
RELACIONES Y COOCURENCIAS ENTRE CÓDIGOS	218
1. ANTICIPANDO EL IMPACTO DE LA MATERNIDAD EN LA CARRERA.....	220
1.1. ¿Qué es ser madre?.....	220
1.2. La planificación familiar	221
1.3. Cambios de destino	223
1.4. Temor ante la comunicación del embarazo	225
1.5. Conductas de riesgo potencial	226
2. SER UNA EMBARAZADA EN LA MILICIA.....	228
2.1. En busca de la aprobación.....	228
2.2. Requerimientos normativos.....	229
2.3. Ausencia de perspectivas profesionales durante el embarazo.....	230
2.4. Prejuicios	232
2.5. Logística.....	234
3. ATENCIÓN AL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO.....	239
3.1. Prestaciones durante embarazo, parto y postparto.	239

3.2. Ejercicio y ganancia de peso durante el embarazo	242
3.3. Asistencia al parto	243
3.4. Postparto y disfunciones del suelo pélvico	245
4. DE VUELTA AL SERVICIO ACTIVO	248
4.1. Lactancia.....	248
4.1.1. Estrategias de lactancia.....	248
4.1.2. Permiso de lactancia	249
4.1.3. Extracción y almacenamiento de la leche materna.	252
4.2. Agotamiento.....	256
4.3. De vuelta a la actividad física	257
4.4. El impacto de la maternidad en la profesión	260
4.5. Cambio en la percepción de riesgos.....	266
4.6. El impacto de la profesión en la maternidad	267
4.7. El cuidado de los hijos y la conciliación familiar.....	272
4.8. Las guarderías y ludotecas	278
5. PROPUESTAS DE MEJORA	281
5.1. Normativas y actitudinales.....	281
5.2. Logística e infraestructura.....	285
5.2.1. Vestuario	285
5.2.2. Instalaciones y servicios	286
DISCUSIÓN	288
1. La contradicción madre-soldado. Una explicación fenomenológica al impacto real o percibido de la maternidad en las Fuerzas Armadas.	288
2. Del perjuicio a la amenaza. El miedo como disposición afectiva en el fenómeno de la maternidad.....	291
3. Las restricciones durante el embarazo. El equilibrio riesgo-beneficio	293
4. Uniformidad, corporalidad e identidad militar	295
5. Influencia de un modelo de salud privatizado: La atención a la salud en el embarazo, parto y postparto.	299
6. La recuperación física tras el parto	310
6.1. Un reto común de las mujeres militares.....	310
6.2. Propuesta de un programa de apoyo antes, durante y después del embarazo.....	316
7. La promoción de la lactancia materna en las FAS. Beneficios individuales, sociales e institucionales.	319
7.1. Lactancia y trabajo. Peculiaridades en las FAS	319
7.2. Las salas de lactancia. Facilitadores de la continuidad de la lactancia materna.	321
8. La conciliación familiar. Un arma de doble filo.	325

Fortalezas y limitaciones	333
CONCLUSIONES	335
BIBLIOGRAFÍA.....	340
ANEXO I	366
ANEXO II	367
ANEXO III	368
ANEXO IV	369

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Problemas a afrontar por mujeres en minoría dentro de una organización.	50
Figura 2. Evolución del porcentaje total de mujeres en las Fuerzas Armadas.....	60
Figura 3. Cometidos de las Unidades de Protección frente al Acoso (UPA).	73
Figura 4. Desarrollo del ciclo menstrual.....	118
Figura 5. Circulación placentaria y fetal.....	125
Figura 6. Diferenciación sexual del cerebro. Modelo de Mosaico.....	132
Figura 7. Incremento semanal de peso esperado.....	150
Figura 8. Distribución de la ganancia ponderal total.....	151
Figura 9. Factores asociados al dolor vertebral y pélvico durante el embarazo.....	154
Figura 10. Amniotomías en España. 2010-2018.....	180
Figura 11. Recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal durante la fase de dilatación.....	181
Figura 12. Descenso y expulsión del feto por el canal del parto.....	182
Figura 13. Posibles complicaciones del uso de ventosas y fórceps.	185
Figura 14. Proceso de reclutamiento de la muestra.	206
Figura 15. Mapeo principal de relaciones de códigos.....	219
Figura 16. Mapeo del tema “Anticipando el impacto de la maternidad en la carrera”	227
Figura 17. Mapeo del tema “Ser una embarazada en la milicia”	238
Figura 18. Mapeo del tema “Atención al embarazo, parto y postparto”	247
Figura 19. Mapeo del tema “Anticipando el impacto de la maternidad en la carrera”	280
Figura 20. Proporción de colectivos adscritos a cada modalidad asistencial	301
Figura 21. Evolución de las tasas de cesáreas en España, en hospitales públicos y en hospitales privados (1997-2018). Extraído de Recio Alcalde y Arranz Muñoz, 2020.....	305
Figura 22. Propuesta de un plan de entrenamiento físico, orientación nutricional y motivación para la gestante en las FAS.....	317

Figura 23. Tipo de lactancia según clase social basada en la ocupación de la persona de referencia (2017) 319

Figura 24. Requisitos de una sala de lactancia materna. Elaboración propia..... 323

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Centros de Educación Infantil en disponibles en instalaciones militares.....	67
Tabla 2. Número de mujeres por empleo militar.....	76
Tabla 3. Parámetros respiratorios y gasométricos básicos durante el embarazo	166
Tabla 4. Recomendaciones EAPN en la asistencia a la fase expulsiva del parto.....	184
Tabla 5. Descripción de la muestra (I).....	207
Tabla 6. Descripción de la muestra (II).....	208
Tabla 7. Duración y fecha de las entrevistas	210
Tabla 8. Cronograma de ejecución del estudio.....	212
Tabla 9. Anticipando el impacto de la maternidad en la carrera	213
Tabla 10. Ser una embarazada en la milicia	214
Tabla 11. Atención al embarazo, parto y postparto.....	215
Tabla 12. De vuelta al servicio activo: la reincorporación y crianza	216
Tabla 13. De vuelta al servicio activo: la reincorporación y crianza (continuación)	217
Tabla 14. Propuestas de mejora.....	218
Tabla 15. Ejercicio físico durante el embarazo y ganancia ponderal	242
Tabla 16. Modalidades asistenciales del Instituto Social de las Fuerzas Armadas	300
Tabla 17. Variaciones en la tasa de cesáreas. Consecuencias y factores relacionados	307
Tabla 18. Competencias de las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología	309
Tabla 19. Beneficios de la promoción de la lactancia y la extracción de leche materna en las FAS	324

*«Nunca dejes que nadie diga que no puedes hacer algo
y, menos aún, si la razón por la que lo dicen es que seas mujer»*

A.M.S. Hossain (Mi padre)

AGRADECIMIENTOS

Nunca creí que realmente llegaría el momento de redactar estas líneas y ahora, frente a esta pantalla en blanco, me faltan las palabras y me sobran las lágrimas.

Sería imposible agradecer a todas las personas y circunstancias que han cruzado por mi vida su contribución en unas pocas palabras. En cambio, puedo asegurar que, de una u otra manera, todas están presentes en el episodio que hoy, lejos de acabar, empieza. GRACIAS.

Sin embargo, esta tesis es, en mayor medida, responsabilidad de unas cuantas personas que no puedo dejar de mencionar:

Gracias a mis niños. Espero sepáis perdonar las horas robadas a los juegos, los cuentos o al parque, consagradas a esta investigación. Sé que algún día entenderéis que, desde la primera letra, formabais parte de ella.

A mi marido, Max, por acompañarme. Porque confrontar mi maternidad, desde el género, ha supuesto confrontar su paternidad también. Gracias por tu valentía.

A mi padre por su sacrificio y su valor. Espero seguir cumpliendo mi promesa.

A mi madre, por su ejemplo. Por mostrarme que ningún molde es tan fuerte para que no pueda romperse.

Al resto de mi familia, aun cuando algunos no hayan comprendido la necesidad de los esfuerzos y las renunciadas.

A Lola, la Dra. Ruiz Berdún, por su dirección, su paciencia y su dedicación. Por implicarse e implicarme, por confiar en mí. Gracias.

A Luis, mi jefe, mi mentor, mi amigo y mi confidente. Siempre mi referencia académica y militar. Gracias.

A Gill, por dejarse a arrastrar a un contexto tan ajeno al suyo y ayudarme a comprender a Heidegger en su complejidad.

A Alan, por lo que fue y por lo que no pudo ser. Y porque, sin saberlo, es fuente de inspiración.

A las mujeres que participaron en este estudio, cuyas voces merecen ser escuchadas. Nunca podría devolveros todo lo que me habéis dado. Gracias, gracias, gracias.

A las mujeres militares, madres o no, por vuestra dedicación.

A las Fuerzas Armadas, a sus mujeres y hombres. Por la abnegación y el sacrificio con los que os entregáis cada día a vuestra labor

«El sexo hace posible que las mujeres tengan hijos.

El género es el que asegura que sean ellas las que tengan que cuidarlos»

Gerda Lerner «La creación del patriarcado»

RESUMEN

Como en otros espacios históricamente varoniles, la incorporación de las mujeres a las Fuerzas Armadas ha supuesto, más que un proceso de integración, una asimilación forzosa de los valores institucionales de tradición masculina. Esta masculinización de las mujeres militares ha limitado el impacto que su presencia hubiera podido ejercer en la redefinición de una nueva cultura castrense que conserva prácticamente intacta su esencia.

Por ello, el tradicional antagonismo entre dos conceptos, mujer-madre y hombre soldado, brinda un punto de partida único para un análisis de género de la situación de las mujeres en las Fuerzas Armadas.

En este marco, la presente tesis doctoral ofrece una explicación fenomenológica, acorde a los postulados de Heidegger, del impacto de la maternidad en la salud, el bienestar y desarrollo, tanto personal como profesional, de las mujeres militares. Dicho enfoque ha permitido que fueran las propias madres, a través de sus narrativas, las que esbozaran el camino a seguir hacia un análisis profundo de la maternidad en las Fuerzas Armadas.

Metodología. Se realizó un estudio cualitativo y transversal mediante entrevistas individuales que posteriormente fueron analizadas empleando el enfoque interpretativo de la fenomenología hermenéutica. Todas las entrevistas se realizaron por videoconferencia, siendo grabadas para su posterior transcripción y análisis con MAXQDA v.2018.

Resultados. Durante el análisis de las entrevistas emergieron cinco temas principales: Anticipando el impacto de la maternidad en la carrera; Ser una embarazada en la milicia; Atención al embarazo, parto o postparto; De vuelta al servicio: reincorporación y crianza; Propuestas de mejora.

Conclusiones. Tras el análisis de las narraciones de mujeres incluidas en este estudio, se puede afirmar que la maternidad es un proceso de transformación personal, con gran impacto en la esfera profesional. Las mujeres describían una limitación en su desarrollo profesional que relacionaban, principalmente, con las restricciones impuestas durante el embarazo, el periodo de obligada ausencia tras el parto y la dificultad que implica combinar dos roles de gran demanda. Algunas mujeres consideraban que este efecto se prolongaría en el tiempo, de manera directa o indirecta, debido a las oportunidades laborales perdidas, bien por renunciaciones voluntarias bien por decisión del mando, y a las inferiores calificaciones obtenidas en los informes de evaluación personal durante este periodo.

Las mujeres anticipaban este impacto y se preparaban para minimizarlo a través de conductas, no siempre apropiadas, y que oscilaban desde la solicitud de cambios de destino al disimulo del embarazo frente a los superiores, cuando este se producía bajo circunstancias que podían comprometer sus logros o su prestigio profesional.

Simultáneamente, las mujeres señalaban un efecto inverso, en que la forma de vida y las obligaciones como militares marcaban la manera de disfrutar de su maternidad.

Un estilo de crianza en el que se integran los valores militares y se anima a los hijos a participar de la institución, como estrategia para afrontar ausencias y sacrificios personales de madres, padres e hijas/os.

ABSTRACT

The entry of females into the Armed Forces has meant the assimilation of institutional values of masculine tradition, rather than a process of integration. The masculinization of military women has stopped females from influencing the military culture, which preserves its essence practically intact.

Therefore, the traditional antagonism between two concepts, woman-mother and man-soldier, provides a unique starting point for a gender analysis of the situation of women in the Armed Forces.

Within this framework, this doctoral thesis offers a phenomenological explanation, following Heidegger's postulates, of the impact of motherhood on the health, well-being and development, both personal and professional, of military women. This approach has allowed the mothers themselves to point out the way towards an in-depth analysis of motherhood in the Armed Forces.

Methodology. A qualitative, cross-sectional study was conducted through individual interviews that were subsequently analysed using the interpretive approach of hermeneutic phenomenology. All interviews were conducted by videoconference, being recorded for subsequent transcription and analysis with MAXQDA v.2018.

Results. Five main themes emerged during the analysis of the interviews: Anticipating the impact of motherhood on career; Being a pregnant woman in the military; Pregnancy, childbirth or postpartum care; Back to service: reincorporation and upbringing; Proposals for improvement.

Conclusions. After analysing the narratives of the women included in this study, it can be affirmed that motherhood is a process of personal transformation, with a great impact on the professional sphere. The women described a limitation in their professional development that they deemed as strongly linked to the restrictions imposed during pregnancy, the period of mandatory absence after childbirth and the difficulty of coping with two highly demanding roles. Some women considered that this effect would be prolonged over time, either directly or indirectly, due to missed job opportunities, either by voluntary resignation or by management decision, and to the lower ratings obtained in personal evaluation reports during this period.

Women anticipated that impact and prepared a plan to minimise it by modulating their behaviours: from requesting a change of assignment to concealing the pregnancy from superiors when it occurred under circumstances that could compromise their achievements or professional prestige.

Simultaneously, the women remarked an inverse effect, in which the way of life and the obligations as servicewomen marked the way of enjoying their maternity. A parenting style in which children are encouraged to share military values is commonly applied as a strategy to cope with absences and personal sacrifices of mothers, fathers and children.

INTRODUCCIÓN

La maternidad, que es simultáneamente y nunca de manera aislada, biológica, sociocultural, política y religiosa, transita, en un momento u otro, la vida de las mujeres que desean, rechazan, deciden, aplazan, cuestionan, consiguen o renuncian a ser madres. Pero también es eje fundamental del constructo cultural de género que ha sostenido, por siglos, la división sexual del trabajo. Por tanto, la maternidad es, en sí misma, parte de la base ideológica que ha privado, o priva, a las mujeres de acceder a los espacios reservados a los hombres, incluidos, los ejércitos.

Por ello, de alguna manera, teóricas y activistas han considerado la maternidad como el principal lastre del avance social de las mujeres y es curioso que, en consecuencia, se haya desterrado a las madres de las áreas de interés del feminismo, en lugar de afanarse en prodigar lecturas que valoren la maternidad sin poner, única e inescapablemente, a las mujeres al servicio de esta. En palabras de Patricia Merino, «puesto que la maternidad ha sido el hecho biosocial sobre el que el patriarcado se ha apoyado para articular la dominación -y esto efectivamente ha sido y sigue siendo así- el feminismo clásico ha venido considerando la maternidad como algo con lo que ninguna feminista se identificaría, y un asunto al que, en cualquier caso, se debe evitar dar centralidad» (Merino 2017).

En las Fuerzas Armadas (FAS), hasta que las mujeres se acreditaron como miembros de pleno derecho de la institución militar, tradicionalmente masculina y patriarcal, ésta sólo las contemplaba como madres, hijas, hermanas o consortes de los soldados;

cuidadoras de la familia que el militar dejaba atrás cada vez que partía a cumplir con su deber.

Desde esta perspectiva, la maternidad de las mujeres militares revela una imagen paradójica, que confronta dos ideas históricamente contrapuestas: la mujer-madre y el hombre-guerrero.

Diversas publicaciones habían revisado previamente los procesos de integración de las mujeres en las FAS españolas y un estudio, de manera brillante, analizó la situación de las familias militares de las que participan también las mujeres (Gómez Escarda 2013). Sin embargo, ninguna investigación, hasta la fecha, había puesto el foco en la maternidad en las FAS, ni había hecho protagonistas a las madres militares de nuestro país.

La presente tesis doctoral pretende analizar, desde la perspectiva de la fenomenología hermenéutica, la experiencia de mujeres españolas que se convirtieron en madres mientras servían de manera activa en las FAS.

Hoja de ruta

Tras un breve repaso al estado del arte, en relación con la maternidad en las Fuerzas Armadas, se introduce una autobiografía de la autora de esta investigación doctoral. Posteriormente, las páginas dedicadas al marco conceptual pretenden acompañar al lector en un recorrido por las bases que fundamentan esta investigación.

En primera instancia, se explora el concepto «género», clave para entender en la situación de las mujeres como grupo minoritario en un entorno hegemónicamente masculino.

El segundo capítulo, prosiguiendo con el esbozo del contexto del estudio, revisa el proceso de integración de la mujer en las FAS españolas, finalizando con la descripción de la distribución actual en el seno de la institución.

A continuación, ya en el capítulo tercero, se presenta la maternidad en sus múltiples dimensiones, comenzando por la social y terminando en una pormenorizada descripción de base biológica de los procesos de gestación, parto, postparto y lactancia.

El último capítulo de este marco conceptual, el número cuatro, pretende familiarizar al lector con la fenomenología hermenéutica de Martin Heidegger, base filosófica de la metodología del presente estudio. Dada la complejidad del pensamiento del filósofo alemán, esta revisión pretende ser más amable que exhaustiva, haciendo relativamente accesibles los conceptos necesarios para acometer el análisis propuesto.

Las secciones posteriores presentan, sucesivamente y acorde a la distribución clásica de una memoria de tesis, los objetivos, material y método, los resultados¹, la discusión y, finalmente, las conclusiones de este estudio.

¹ Los resultados se ilustran mediante algunos de los testimonios literales de las participantes que soportan el hallazgo. Para una mayor claridad, el lector los encontrará destacados en párrafos desplazados del resto del texto, con fuente reducida y en cursiva.

ESTADO DEL ARTE

La maternidad en el ámbito de las Fuerzas Armadas españolas es un terreno escasamente explorado. En el ámbito internacional ha sido incluido, habitualmente de manera indirecta, dentro de investigaciones orientadas al análisis de cuestiones como la planificación familiar y la anticoncepción, el rendimiento físico o el desarrollo profesional o personal de las/os militares y sus familias.

Los estudios en relación con planificación familiar, tanto en veteranas como en mujeres en servicio activo, han sido fundamentalmente dirigidos al uso de métodos anticonceptivos y a las consecuencias de embarazos no deseados (Borrero et al. 2017; Double et al. 2021; Fitzgerald et al. 2013; Goyal, Borrero, y Bimia Schwarz 2012; Lawrence-Wood et al. 2016).

También, dada la trascendencia de la dimensión física para la profesión militar, la recuperación tras el embarazo ha dado lugar a múltiples investigaciones, centradas, fundamentalmente, en la detección de barreras y facilitadores para la mejora del rendimiento de las madres en las pruebas periódicas de aptitud física (Armitage y Smart 2012; Chauhan et al. 2013; DeGroot et al. 2021; Greer et al. 2012; Miller, Kutcher, y Adams 2017; Rogers et al. 2020; Saligheh, McNamara, y Rooney 2016; Shelton y Lee 2018; Weina 2006) y en los riesgos de lesión y enfermedad para la salud de las madres durante el primer año postparto (Cordell et al. 2020).

La salud mental de las militares en relación con la maternidad, ha sido estudiada por Kristin M. Mattocks *et al.* en población veterana y desde la perspectiva de la psiquiatría. Así los datos de estos estudios muestran que 33% de militares veteranas requirieron asistencia psiquiátrica durante el embarazo (Mattocks et al. 2019), siendo los

diagnósticos más frecuentes la «depresión, trastorno de estrés postraumático, ansiedad, esquizofrenia, trastorno bipolar y abuso/dependencia del alcohol» (Mattocks et al. 2010).

Respecto a la carrera y promoción profesional dentro de las Fuerzas Armadas, Amy M. Nesbitt y Adrienne F. Evertson, estudiaron la presencia de un techo de cristal que impedía la evolución profesional de las mujeres oficiales en la armada (US Navy) y ejército del aire americanos (USAF). Las autoras, relacionaron este techo, entre otros factores, con la erosión ocasionada por la doble jornada asociada, por un lado, al desempeño de su rol como militares y, por otro, al de madres y cuidadoras principales; que fuerza a las mujeres, en algún punto de su vida, a descartar uno de ellos, habitualmente, su carrera (Nesbitt y Evertson 2004).

Estas dificultades, que se repiten en todos los niveles de la jerarquía militar, en ocasiones, son derivadas de la estructura de los propios procesos de promoción. Así lo demuestra un artículo, bajo el ilustrativo título «Pregnancy or promotion», publicado más recientemente y que resalta la práctica imposibilidad para las suboficiales americanas de promocionar si tienen hijos; debido a que el cronograma de los procedimientos de ascenso los hace incompatibles con los lapsos mínimos de tiempo que requiere una gestación y el correspondiente permiso por maternidad (Dunn 2020).

Es crucial no perder de vista el impacto que estas dificultades para conciliar la vida personal con las crecientes demandas asociadas al desarrollo profesional y el fallo de las estrategias de afrontamiento, tienen sobre la salud y el bienestar de las madres militares; especialmente a aquellas al frente de familias monomarentales en las que no

existe posibilidad de compartir las cargas físicas, emocionales y/o económicas de la doble jornada (Skomorovsky et al. 2019).

En España, María Gómez Escarda desarrolló en torno a las familias militares una investigación doctoral que, obviamente, incluía a las madres si bien como parte integrante del sistema familiar (Gómez Escarda 2013).

Esta investigadora sí ha abordado, posteriormente, los conflictos de roles entre profesión y familia y que relacionó con el fenómeno de «suelo pegajoso»; en virtud del cual los profesionales, mayoritariamente las mujeres, limitan su proyección profesional, de manera voluntaria u obligada, en favor de atender otras facetas de su vida, fundamentalmente, la familia (Gómez Escarda, Hormigos Ruiz, y Pérez Redondo 2016).

Los autores, destacan la existencia de un desfase cultural que implica que los avances en igualdad, que permiten a las mujeres, hoy día, tener un rol activo en las FAS, no son proporcionales a los progresos en corresponsabilidad dentro de la familia; motivo por el cual ellas continúan asumiendo (y priorizando) el papel de cuidadoras. Afirman los resultados de esta investigación que «parte de los entrevistados muestran aún cierta mentalidad tradicional, defendiendo el rol de madre cuidadora impuesto desde fuera o autoimpuesto por las propias mujeres como resultado de su proceso de socialización» (Gómez Escarda et al. 2016). En este sentido, Yolanda Agudo consideraba que, efectivamente, las mujeres militares presentaban una mayor sensibilidad en relación con el impacto de su ausencia en la vida familiar en relación con sus pares varones (Agudo Arroyo 2014).

Consuelo Del Val Cid, a este respecto, había resaltado «los diferentes patrones seguidos por mujeres y hombres en distintas profesiones, donde la maternidad sigue suponiendo un obstáculo, al no poder contar con una cobertura institucional y familiar adecuada para poder compatibilizar el ámbito público y el privado de la existencia». La autora hacía esta afirmación en el contexto de un proyecto denominado «La integración de la mujer en las Fuerzas Armadas: efectos organizativos y percepción social» que, entre otros hallazgos, establecía la correlación entre la condición de madre y la menor participación de mujeres en misiones internacionales. Sus resultados revelaron que el 82% de las mujeres, de tropa y marinería profesional de los tres ejércitos, que habían participado en misiones internacionales, no tenía hijos. Lo que para su autora suponía una «apabullante mayoría», especialmente si se contrastaba con los integrantes masculinos de los contingentes que mayoritariamente eran padres (Del Val Cid 2009).

Si bien la investigación señalaba este menor interés de las madres por participar en misiones fuera del territorio nacional, no resolvía si, en sentido inverso, el deseo de participar en estos despliegues limitaba, en forma alguna, los proyectos de maternidad de las mujeres militares (Del Val Cid 2009).

Mucho queda, por tanto, que indagar sobre la maternidad en las mujeres militares españolas. Un fenómeno esencialmente femenino en un contexto hegemónicamente masculino que, hasta ahora, se ha abordado más como una limitación al desempeño militar que como el evento transformador que, para una mujer, supone convertirse en madre.

A PROPÓSITO DE LA INVESTIGADORA

La investigación fenomenológica, desde la perspectiva de Husserl, requiere al investigador, ser consciente de sus ideas previas y sus prejuicios, para ser capaz de abstraerse y trascender a estos (Willis 2001). Sin embargo Heidegger, afirma que no es posible evadirse de la influencia de las ideas preconcebidas ni las experiencias previas, por lo que imprescindible hacerlas explícitas como parte del contexto del fenómeno de estudio (Smythe et al. 2008). Por su parte, Gadamer, discípulo de Heidegger, considera un ejercicio de enorme complejidad el conocimiento objetivo de una realidad de la que formamos parte. Dado «que siempre estamos dentro del lugar que buscamos examinar (incluso cuando lo hacemos desde fuera del espacio físico), siempre aportamos nuestros propios prejuicios sobre cualquier situación» (Smythe, Spence, y Gray 2018). En esta línea de pensamiento, Gill Thomson y Susan Crowter consideran que cuando en un estudio, ya sea cuantitativo o cualitativo, los prejuicios inherentes del investigador no son revelados de manera explícita al lector, el rigor y la fiabilidad pueden ser puestos en tela de juicio (Thomson y Crowther 2019).

Por ello, parece apropiado incluir una pequeña reseña autobiográfica de la autora de esta tesis doctoral que pueda explicar su punto de partida y posicionamiento respecto al tema de estudio.

Mi nombre es Sheima Hossain López y, como el título de la tesis, soy mujer, madre y militar. Estas circunstancias han convertido mi experiencia doctoral en un viaje íntimo y revelador, que me ha permitido reinterpretar segmentos de propia mi vida de una manera que no hubiera imaginado previamente.

Consciente de las implicaciones de mi perspectiva como militar en activo, opté por una excedencia durante la parte principal de la investigación; tratando de guardar el delicado equilibrio, que separa la empatía del sesgo, al realizar una entrevista.

Sin embargo, no podía dejar de ser madre ni de tener mi propia visión de la maternidad. Quizá fue esta la parte más difícil de controlar, para evitar proyectar mis propias vivencias en los testimonios que escuchaba o la forma en que conducía la entrevista. Me gustaría pensar que finalmente lo he logrado.

Por supuesto, no toda mi experiencia resultaba en prejuicios e ideas preconcebidas que superar; también me concedía ciertas ventajas para la aproximación al objeto del estudio. Mi bagaje como enfermera, me proporcionó herramientas para la escucha activa; y el enfoque holístico, que caracteriza esta profesión, me permitió ver más allá de la maternidad biológica. Por otro lado, ser militar me facilitaba la comprensión de los códigos y los registros de las entrevistadas que, al fin y al cabo, eran los míos propios.

Considero que mi relato no sería sincero sin incluir información de ciertas circunstancias de mi vida que me posicionan con respecto a los estereotipos y roles de género en nuestra sociedad y, condicionan, mi perspectiva sobre la evolución en la integración de la mujer en las Fuerzas Armadas.

Provengo de una familia numerosa, fruto de un enriquecedor mestizaje cultural que, sin embargo y desde joven, me hizo comprender lo que supone ser lo heterogéneo en medio de la homogeneidad. Mi madre es española y mi padre era un iraquí, de madre persa, que emigró a Europa para estudiar y se vio, en muchos aspectos, atrapado en España. Si tuviera que elegir una banda sonora para acompañar el relato de mi infancia sería la de Radio Bagdad, narrando la evolución de una guerra que separó a mi padre del resto de

su familia para siempre. Hay que decir que, al menos en un par de ocasiones, pudo mi padre haber vuelto a su patria, y llevarnos con él. Pero en un acto de sacrificio y generosidad, que nunca podré agradecer lo suficiente, se negó a desarraigar a su progenie para plantarla en una tierra hostil y beligerante donde, en especial las mujeres, no seríamos capaces de enraizar. A cambio sólo puso una condición: «Nunca dejes que nadie te diga que no puedes hacer algo y, aún menos, si la razón por la que lo dicen es que seas mujer». Y sellada esta promesa con un beso, renunció a su pasado para que nosotras no renunciáramos a nuestro futuro.

Por su parte mi madre, Pilar, procede de una familia tradicional de provincias, que la mandó interna a la capital, para ser educada en una institución católica. Nada podía presagiar que se declararía en rebeldía, contra sus orígenes, tan pronto como se emparejó y, posteriormente, se casó con mi padre. Trabajadora activa desde los 16 años, mantuvo su actividad laboral de forma prácticamente ininterrumpida, mientras su salud lo permitió.

Mi padre, que viajaba de manera constante y permanecía mucho tiempo fuera de casa, cayó enfermo cuando yo tenía 13 años. Así una cardiopatía se llevó su salud y su energía, pero nos devolvió a mi padre a casa, convirtiendo a mi madre en proveedora principal y única de la familia. Esto puso a mi padre al frente de las tareas cotidianas del hogar, mientras mi madre trabajaba, ofreciéndonos a mis hermanas, a mi hermano y a mí un modelo de contrato que no veíamos en ningún otro matrimonio alrededor.

Esta situación, tampoco se prolongó mucho y, siete años después, mi madre quedó viuda con solo 42 años. Para aquel entonces, yo ya había ingresado en las Fuerzas Armadas como militar de tropa y vivía, de manera independiente en Zaragoza, donde se ubicaba

la Unidad de mi primer destino: el Regimiento de Ingenieros y Especialidades de Ingenieros N^o12. Allí aterrizamos, en el año 1996, las primeras 8 soldados zapadoras entre cientos de compañeros, tanto profesionales como de remplazo, y un grupo de mandos que no sabían muy bien como tratarnos.

Para ser honesta, no pretendía yo ser pionera de nada. Solo tenía un motivo para estar allí: aliviar las cargas económicas que mi familia, con un único sueldo, no podía afrontar. La paga de soldado, 83.000 pesetas, no permitía una vida holgada, pero sufragaba un alquiler compartido y la cuota de una escuela para preparar mi ingreso en la Academia General Militar; donde aspiraba a convertirme en Oficial del Ejército de Tierra. Sin embargo, no me presenté al examen. En el año 1998, motivada por la muerte de mi padre y la situación que atravesaba mi familia, abandoné primero la escuela y luego el servicio activo y comencé mis estudios universitarios en la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital La Paz, adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid; que sufragué con trabajos en hostelería, robándole horas al sueño.

Una vez egresada en 2001, y en unas circunstancias mucho mejores, retomé mis proyectos castrenses, compaginando la preparación para el acceso al Cuerpo Militar de Sanidad con sucesivos contratos como enfermera de neonatología del mismo hospital donde había estudiado. Supongo que tuve suerte, aunque no negaré que fue un año de grandes sacrificios. El caso es que, en el verano de 2002, superé el proceso selectivo que me permitía reingresar en las Fuerzas Armadas, esta vez como oficial enfermero (así, en masculino). Un año después y tras un periplo por las diferentes Academias Militares, fui destinada como Alférez Enfermero a la I Bandera de Paracaidistas (BPAC I) “Roger de Flor”.

Los cinco años que allí estuve, de 1998 a 2003, demandaron todo mi tiempo y mi energía, pero me proporcionaron a cambio un conocimiento más profundo de los valores de la institución militar. Poco después de mi incorporación, hice el curso de paracaidismo para cuadros de mando y al completarlo, para mi sorpresa, el suboficial mayor me informó que me había convertido en la primera oficial mujer y paracaidista de la historia de la BPAC I.

Las Fuerzas Armadas habían cambiado mucho desde mi breve experiencia como zapadora, y los despliegues internacionales no eran ya una cosa extraordinaria. Dos intensas misiones en Afganistán, me iniciaron en la actividad sanitaria de apoyo a los despliegues. Así tanto los requerimientos de la asistencia a los saltos paracaidistas como la posibilidad de proyección fuera de territorio nacional, me hicieron consciente de mis carencias profesionales en el área de la emergencia pre-hospitalaria a la que decidí consagrarme hasta alcanzar un nivel de cualificación más que aceptable.

Dicha especialización me condujo, en mayo de 2008, a un nuevo destino como miembro del Primer Batallón de Intervención (BIEM I) de la Unidad Militar de Emergencias (UME) donde estuve algo más de dos años. Nuevas demandas provocaron nuevas inquietudes, y me impliqué en todo tipo de actividades que continuaban señalando lagunas formativas que parecían no tener fin: incendios, aludes, espeleosocorro, aeroevacuación,... El tiempo pasaba y cuanto más pretendía aprender, más descubría sobre mi propia ignorancia.

En 2010, mi formación teórica como enfermera de vuelo me llevó a formar parte de la plantilla de enfermeros de vuelo del 803 Escuadrón SAR (Search and Rescue) del Ala 48. La formación práctica la adquirí, sin anestesia, durante los dos despliegues como parte

de la tripulación de HELISAF, un destacamento para la aeroevacuación táctica en Afganistán. Tras regresar del último de ellos, el Departamento de Enfermería de la Escuela Militar de Sanidad, con el que colaboraba como instructora desde el año 2009, me ofreció la posibilidad de compartir mis conocimientos y experiencia como profesora titular. Así en 2014, cambié de destino adoptando un rol muy diferente al que venía desarrollando hasta ese momento.

Es en este periodo cuando, bajo la dirección y el estímulo del Teniente Coronel y Doctor D. Luis Orbañanos Peiró, me ví envuelta en una intensa actividad investigadora y académica, obtuve los títulos de Grado y Master, y realicé varios estudios y alejándome, poco a poco, de las emergencias prehospitalarias.

También fue en esta época cuando formalicé mi relación con un oficial del Ejército del Aire, Máximo, con quien contraí matrimonio en 2014. Él contaba ya con un hijo y una hija de una relación previa y, poco después, ampliamos la familia con otros dos hijos, Adrián (2015) y Víctor (2017).

Ya en el 2018, bajo la dirección de la Dra. Dolores Ruíz Berdún, decidí comenzar la presente investigación doctoral. De la intersección entre mis propios intereses, en el campo de la enfermería militar, con la expertía de la Dra. Ruíz Berdún (Lola), matrona apasionada, surgió finalmente el proyecto que culminará, si no se oponen las circunstancias, con la defensa de esta memoria.

Con el inicio de la tesis, opté por la excedencia y me desplazé a Reino Unido donde, los requisitos formativos que exige una investigación doctoral, me impulsaron a formarme en diversos cursos y jornadas en universidades anglosajonas. Fue precisamente, en 2019, durante un curso de análisis hermenéutico cuando conocí a la Dra. Gill Thomson, en la

Universidad Central de Lancashire (Preston), quien me ofreció su guía metodológica y se incorporó como codirectora de tesis.

Ya en 2020, mi interés por la investigación cualitativa en el seno de las Fuerzas Armadas, me acercó al trabajo del Dr. Alan Finnegan, veterano enfermero militar del Ejército británico, y director del Westminster Centre for Research in Veterans and Families (Universidad de Chester). Objetivos comunes acabaron por formalizar una estancia académica en dicho centro de investigación, que la suspensión de la actividad educativa presencial, consecuencia del súbito comienzo de la pandemia de coronavirus en 2020, obligó a posponer y, finalmente, cancelar. Sin embargo, la influencia del Dr. Finnegan sigue presente en mi investigación y completa, aun de manera informal, el equipo de expertos que me ha rodeado en este tiempo y que mucho tiene que ver con el resultado de la misma.

Y esta es, a grandes rasgos, la historia que me configura como mujer intercultural; madre y madrastra, quizás tardía, de una numerosa familia; apasionada enfermera; y militar, ocasional e involuntariamente, pionera. Una historia que Lola, el género y la hermenéutica me ayudaron a releer con nuevos ojos.

MARCO CONCEPTUAL

CAPÍTULO I: GÉNERO

EVOLUCIÓN CONCEPTUAL

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), el término *género* «se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres» (Organización Mundial de la Salud 2018).

Estos atributos no se limitan a roles individuales de las personas si no que, además, integran las relaciones entre géneros y la normalización social de estas. Y, señala la O.M.S., son dependientes del contexto cultural y temporal en que se desarrollan (Organización Mundial de la Salud 2018).

Esta variabilidad contextual, tanto del propio término como de sus implicaciones, ha generado no pocas controversias y desde diversas disciplinas, fundamentalmente de las ciencias sociales, muchos autores se han afanado en su revisión (Bogino Larrambebere y Fernández-Rasines 2017; Boydston 2008; Freimuth y Hornstein 1982; Gabaccia y Maynes 2013; Galindo Huertas y Herrera Giraldo 2017; Hassim 2016; Hernández Rodríguez 1999; Krylova 2016; Lundqvist 1999; Norando 2018; Osborne y Molina Petit 2008; Scott 1997, 2011; Sturman 2011). Su definición ha servido para explicar la estructura política y social construida en base al sexo que, como realidad anatómica, «históricamente no hubiese tenido ninguna significación política o cultural si no se hubiese traducido en desventaja social» (Cobo Bedia 2005).

A continuación se expone una síntesis, cronológicamente expuesta, de las ideas y autoras/es más relevantes en la evolución de este concepto y sus significados.

El segundo sexo: pre-conceptualizando el género

El término «género» fue acuñado por la antropóloga Gayle Rubin en el año 1975 (Cobo Bedia 2005). Sin embargo, la primera obra de referencia en relación con el género, «El Segundo Sexo», fue redactada de forma previa a la generalización del propio concepto y ha sido considerada como uno de los principales antecedentes del mismo (Osborne y Molina Petit 2008). Escrito en el año 1949 por la filósofa existencialista francesa Simone de Beauvoir (De Beauvoir 2019), este trabajo «utiliza la categoría de género *avant la lettre*, a la que distingue del dato biológico del sexo» (Osborne y Molina Petit 2008). Además, la autora, se anticipó en otros aspectos que más tarde se desarrollarían en el seno del feminismo académico como, por ejemplo, la negación de la existencia del instinto maternal (Castellanos Llanos 2008).

La obra, escrita en un personalísimo estilo, que entremezcla de forma sublime las argucias literarias de la novela de ficción con el ensayo filosófico ha sido clasificada, por Olga Grau, dentro del género reflexivo (Grau Duhart 2013). Y, si bien no faltan voces críticas que cuestionan el valor filosófico de «El segundo sexo» (Grimwood 2008), otras investigaciones alaban la calidad y la pertinencia que, aún hoy, conserva la obra, aunque no deban «sustraerse al ambiente intelectual del momento histórico en que fue escrito» (Castellanos Llanos 2008).

Con respecto a este ensayo, Raquel Osborne y Cristina Molina, opinan que «de un golpe, descalifica toda interpretación de la condición femenina como una natural consecuencia de la biología» (Osborne y Molina Petit 2008). Lo cual, según Rosa Cobo, es harto complicado puesto que este tipo de construcciones sociales, que hallan su fuente de legitimación en la naturaleza, son las que con más dificultad se desarticulan dado su carácter “fijo e inmutable sobre el que nada puede la voluntad humana» (Cobo Bedia 2005).

En su obra, De Beauvoir, analiza las relaciones establecidas a lo largo de la historia entre hombres y mujeres y desmenuza las teorías tradicionalmente aplicadas con base en la biología, el psicoanálisis o el materialismo histórico (De Beauvoir 2019). La autora, recogiendo los postulados de Hegel, describe como la mujer es relegada a constituirse en lo *Otro* como medio de legitimación de lo masculino (De Beauvoir 2019). Dado que, como analiza Castellanos, «la vida humana, que es siempre lucha, acción y movimiento, requiere que el sujeto se afirme a sí mismo mediante la confrontación con otro, un ser semejante pero diferente, que lo limita y lo niega, pero que le es indispensable» (Castellanos Llanos 2008). Para Simone De Beauvoir, la mujer representa mejor que nadie ese ser semejante pero diferente, que el varón necesita para legitimarse (De Beauvoir 2019). Por otro lado, la filósofa francesa determina que, históricamente, la condición de la mujer se ha caracterizado por la inmanencia y la inesencialidad, frente a la trascendencia masculina (De Beauvoir 2019). Esta inmanencia se ha materializado, a lo largo de los tiempos, en funciones «repetitivas y subordinadas» relativas a la reproducción de la especie y al cuidado (Taylor Allen 2014) de una manera «servil y pasiva» (Castellanos Llanos 2008); y niega a la mujer la libertad de la que sí disfrutaban los sujetos trascendentes, es decir, los hombres (Grimwood 2008).

Kate Millett: Política sexual y patriarcado

La obra original de Millett, *Sexual Politics*, que hacía pública su tesis doctoral, fue editada en 1969 y traducida al español, en Méjico, en 1995 (Kate Millett 1969). Millett, considerando la política como «el conjunto de relaciones y compromisos estructurados de acuerdo con el poder, en virtud de los cuales un grupo de personas queda bajo el control de otro grupo», entiende que precisamente este es el tipo de vinculación que, a lo largo de los tiempos, se ha establecido entre hombres y mujeres. Así, el sexo se revela como una categoría social inseparable de la política (Kate Millett 1969). Desde esta perspectiva, el control que el hombre ejerce sobre la mujer se manifiesta, incluso, en las formas más íntimas de relación (Kate Millett 1969). Este «dominio sexual» se significa como una relación de poder intrínseca a la cultura de una sociedad que, por extensión, ha puesto bajo el control de los hombres todas las instituciones (Kate Millett 1969). De esta manera, dice Millett, dado que «la esencia de la política radica en el poder, el impacto de ese privilegio es infalible» y permite la perpetuación del patriarcado (Kate Millett 1969). El patriarcado es, para la filósofa americana, universal y capaz de adecuarse a los diferentes sistemas de gobierno, por tanto, ni siquiera una revolución socialista lograría erradicarlo, puesto que, además, no es un producto del régimen capitalista (Amorós 1994).

El patriarcado, como sistema de dominación, asegura la prevalencia de los hombres sobre las mujeres, según Cobo, a través de «el poder de la heterodesignación sobre los dominados, el de la autodesignación sobre sí mismos y el de la designación sobre las realidades prácticas y simbólicas sobre las que se asienta su dominio» (Cobo Bedia 2008).

Gayle Rubin y el sistema sexo/género

En 1975, la antropóloga estadounidense Gayle Rubin publicó *The traffic in Women*, ensayo considerado por Teresa de Lauretis como la obra de mayor influencia sobre los estudios de género (De Lauretis 2015). En ella, este concepto se describe como una «división socialmente impuesta» (Gayle Rubin 1986). Tras analizar la obra de Engels, *El Origen de la familia, la propiedad privada y el Estado* (Engels 1884), Rubin establece lo que denomina «sistema sexo/género» como «una serie de acuerdos por los que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana» (Gayle Rubin 1986). Para la elección de este término, «sistema sexo/género», Rubin rechaza explícitamente alternativas como «patriarcado» o «modo de reproducción» (Gayle Rubin 1986). La autora considera que estos términos, pueden resultar confusos, y recrear ciertas analogías, poco adecuadas, del tipo reproducción-modos de producción o patriarcado-capitalismo (Gayle Rubin 1986). Sin embargo, considera más conveniente el «sistema sexo/género» pues supone un «término neutro» (.../...) que indica que «la opresión no es inevitable, sino que es producto de las relaciones sociales específicas que lo organizan» (Gayle Rubin 1986).

Bogino y Fernández-Rasines interpretan este concepto como la «referencia a un aspecto específico de la vida social que permite estudiar los modos en que la materia bruta del sexo es convertida, por las relaciones sociales de desigualdad, en un sistema de prohibiciones, obligaciones y derechos diferenciales para hombres y mujeres» que [...] «establece normas sociales, prácticas cotidianas y representaciones, incluida la división sexual del trabajo y las identidades subjetivas» (Bogino Larrambebere y Fernández-Rasines 2017). Rubín ve originarse este sistema en las relaciones de parentesco, que se

establecen en el hogar, como una imposición social (Gayle Rubin 1986). Ante esta afirmación, Joan Scott discrepó, a posteriori, afirmando que las relaciones de parentesco no son el origen único del género, sino que en la construcción del concepto participan la política y la economía (Scott 1997).

Releyendo a Rubín, Bogino indica que para esta autora el género no se limita a la identificación inequívoca de un sujeto con un sexo, sino que además obliga a la heterosexualidad al «orientar el deseo sexual hacia el otro sexo» por aplicación de los cánones de parentesco (Bogino Larrambebere y Fernández-Rasines 2017). En este artículo, tanto el deseo sexual como el género son considerados por Rubín como «modalidades del mismo proceso social subyacente» (Gayle Rubin 1986). Sin embargo, tiempo después esta misma autora, rectificando su postura y en oposición al feminismo del momento, afirmó que, estando íntimamente relacionados, ambos conceptos no son «la misma cosa, y constituyen la base de dos áreas distintas de la práctica social» (Rubin 1989). Insistiendo en la necesidad de un análisis de género y sexualidad (entendido como deseo sexual) de forma diferenciada a fin de poder reflejar, fielmente, la entidad propia de cada uno de ellos (Rubin 1989). Esta diferenciación sigue siendo, para Lauretis, fundamental para la comprensión de los procesos sociales (De Lauretis 2015).

Nacemos de mujer. Adrienne Rich

Publicada por primera vez en 1976, esta obra, es sin duda un referente para comprender el concepto de género y sus raíces, a través de un ensayo en que el análisis antropológico de la maternidad se funde con el relato de la experiencia personal de la autora (Rich 1976).

Adrienne Rich, a diferencia de Gayle Rubin, sí parte del concepto de patriarcado como herramienta de sometimiento universal de las mujeres (Rich 2019):

El patriarcado consiste en el poder de los padres: un sistema familiar y social, ideológico y político con el que los hombres –a través de la fuerza, la presión directa, los rituales, la tradición, la ley o el lenguaje, las costumbres, la etiqueta, la educación y la división del trabajo- determinan cuál es o no el papel que las mujeres deben interpretar con el fin de estar sometidas al varón en toda circunstancia.[...] El poder de los padres ha sido difícil de aprehender porque todo lo penetra, incluso el lenguaje con que tratamos de describirlo. Es difuso y concreto, simbólico y literal, universal y expresado con variaciones locales que oscurecen su universalidad.

Desde la perspectiva de Rich se ha domesticado la maternidad, en beneficio del patriarcado, despojándola de su significado y fuerza original para crear «imágenes arquetípicas de la madre que refuerzan el conservadurismo de la maternidad, transformándola en una energía que permite la renovación del poder masculino» (Rich 2019). Una maternidad idealizada y desprovista de las contradicciones y ambigüedades que la propia experiencia alberga (Cuenca Tudela 1996). Así, «la fuente principal de opresión y desigualdad es la responsabilidad exclusiva de las mujeres en relación al cuidado de los hijos y la esfera doméstica» (Solé y Parellá 2008).

Frente a la alienación de las mujeres, la propuesta de Adrienne Rich, «es un cambio radical para que cada mujer (sea madre o no, sea soltera o casada, heterosexual o lesbiana, etc.) se realice ante todo como una persona» (Cuenca Tudela 1996), sin reducir su participación social a la función reproductiva que el patriarcado les reserva.

Nancy Chodorow. The Reproduction of Mothering

En 1978, la socióloga, antropóloga y psicoanalista estadounidense Nancy Chodorow publicó *The reproduction of mothering* (Chodorow 1978). Esta obra, considerada un alegato feminista de género y sexualidad, analiza desde la perspectiva del psicoanálisis y la sociología «la reproducción de las asimetrías de género en las sociedades modernas» (Elliot 2009).

El libro indaga sobre aquellos rasgos de la personalidad que son considerados específicamente femeninos, estudiando, además, cómo la mayoría de mujeres llegan a asumir como propia la heterosexualidad y a sentir la necesidad de ser madres (Metzl 2003). Asimismo, explica la manera en que el patrón de dominación masculino puede ser comprendido y modificado (Metzl 2003).

Chodorow defiende que tanto el género como la perpetuación de los roles de género están íntimamente relacionados como las relaciones establecidas entre las madres y sus hijos (Elliot 2009). Así, mientras al niño se transfiere una identidad de género cuyo núcleo «funciona como una fuerza psicológica en la perpetuación del patriarcado», la niña se constituye en una continuación de su propia madre que, con mucha dificultad, llega a constituirse como ente autónomo (Elliot 2009).

En el prefacio a la segunda edición de esta obra, en 1999, Chodorow indica que este comportamiento de las madres se origina debido a que éstas «experimentan a sus hijas como si en cierto sentido, fueran como ellas mismas; y a sus hijos como si en cierto modo, fueran diferentes», lo que supone el origen de los modelos de desigualdad de género. Ante esta evidencia, la autora señala que la transformación de esta realidad pasa por compartir el cuidado de los hijos (Chodorow 1999).

Joan Scott y el género como categoría de análisis

En 1984, Joan Scott, tras un análisis pormenorizado de la significación y la aplicación del concepto de *género* utilizado hasta ese momento, principalmente por sociólogos, antropólogos e historiadores, redefine el término para tratar de convertirlo en una «categoría válida para el análisis histórico» (Scott 1997). Así su definición se basa en dos proposiciones concretas divididas, posteriormente, en diversos subelementos:

- 1) «El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos» (Scott 1997).
- 2) «El género es una forma primaria de relaciones significantes de poder», es decir, «[...] el género es el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder» (Scott 1997).

Como elemento integrante de las relaciones sociales originadas en las diferencias entre sexos, según Scott, el género consta de cuatro subelementos que operan de forma conjunta, aunque no simultánea, y que, a la sazón, son «los símbolos culturalmente

disponibles», los «conceptos normativos», «instituciones y organizaciones sociales» y la «identidad subjetiva» (Scott 1997).

Esta construcción del término género como categoría analítica es, para Bogino y Fernández Rasines, fundamental ya que «lo ubica en el centro de la percepción simbólica y la organización concreta de la vida social, creando referencias que establecen distribuciones de poder, es decir, control o acceso diferencial sobre los recursos materiales y simbólicos, que generan desigualdades entre los sujetos sociales» (Bogino Larrambebere y Fernández-Rasines 2017).

El enfoque postmoderno. Revisión de género y patriarcado

El pensamiento postmoderno huye de las conceptualizaciones universales, en tanto reevalúa la «diferencia» como una entidad con valor propio. Entiende que la universalidad elimina estas diferencias y homogeneiza a los sujetos, asumiendo una naturaleza humana común que subyace, como «algo dado», a las personas (Cobo Bedia 2000). En cambio, según Rosa Cobo, «proponen la contraimagen de una subjetividad fragmentada, poniendo de manifiesto la idea de que la identidad implica diferencia» (Cobo Bedia 2000).

En palabras de Ana de Miguel, revisando la obra de Celia Amorós, el planteamiento de un patriarcado universal se revela como inadecuado precisamente por «esencialista, ahistórico y totalizador» (De Miguel 2001).

Desde esta perspectiva, el postmodernismo, replantea el concepto de género desde una perspectiva ni dualista, ni opositora, que permite aflorar muchas otras posibilidades y diferencias (Cobo Bedia 2000).

En este contexto, la obra de Michel Foucault ha influido de manera importante en la antropología de género que, a su vez, ha servido de herramienta de difusión del pensamiento del filósofo francés fundamentalmente a través de la teoría Queer y los estudios sobre intersexualidad de Judith Butler (González Vázquez 2009).

Para Foucault, el ser humano es no sexuado (Elliot 2009). Por el contrario, el sexo es resultado de un discurso mediante el que el sujeto se convierte en «portador de un sexo natural o esencial» (Elliot 2009). Así describe Foucault el carácter teórico del sexo (Foucault 1990):

No debemos cometer el error de pensar que el sexo es una agencia autónoma que produce efectos secundarios sobre la extensión completa de su superficie de contacto con el poder. Por el contrario, el sexo es el elemento más especulativo, el más ideal y el más interno en un desarrollo de la sexualidad, organizado por el poder en su control sobre los cuerpos y su materialidad, sus fuerzas, energías, sensaciones y placeres.

De esta manera, Foucault defendió que la sexualidad, lejos de ser un instinto natural, se construye discursivamente, al igual que la identidad sexual y de género (Eichner 2009).

El concepto de género en las Teorías Queer: La propuesta de Butler.

El concepto de Teoría Queer que, de acuerdo con Angela Sierra, aparece por primera vez de forma explícita en un artículo de Teresa de Lauretis en 1991 (Sierra Gonzalez 2008), había surgido un año antes en un taller organizado por dicha filósofa en la Universidad de California (De Lauretis 2015). Sin embargo, el libro *El género en*

disputa, *Gender trouble* (Butler 2007), publicado por la filósofa americana Judith Butler, se ha venido a considerar texto inicial de dicha teoría (Fonseca Hernández y Quintero Soto 2009; Sierra Gonzalez 2008). Su concepción de género contempla éste como consecuencia de un sistema impositivo que se adueña de los valores culturales de los sexos y da lugar a una imitación reiterativa de prácticas cotidianas; el género es, básicamente, identificación (Fonseca Hernández y Quintero Soto 2009) o, como diría Lauretis, «apropiación»; en tanto el sujeto asume como propio el género que su medio social le atribuye (De Lauretis 2015). Desde su punto de vista, «no habría, por tanto, un sexo natural, material y prediscursivo, sino tan solo su significación social y cultural en tanto que género» (Peres Díaz 2016) y las ideas preconcebidas de base biológica y/o que soportaban el modelo heterosexual resultarían inconsistentes (Sierra Gonzalez 2008).

Butler propone investigar los vínculos entre sexualidad y género, ya que considera la homosexualidad y la heterosexualidad como constructos sociales, como también lo son la feminidad y la masculinidad (Osborne y Molina Petit 2008). En contra de esta dualidad forzada, masculino-femenino/hombre-mujer, Butler entiende que nuevas configuraciones de género, enriquecerían el feminismo ya que suponen la eliminación de las restricciones del «significado de género y de identidad de género a categorías simples que no abarcan la realidad verdaderamente existente y que, además, promueven la homofobia» (Osborne y Molina Petit 2008). En coherencia con este discurso, y en oposición al clásico dualismo de corte biologicista, la intersexualidad se ha revelado como una «herramienta de crítica, subversión y deconstrucción de las categorías» (González Vázquez 2009).

En 2004, Butler publica *Undoing Gender* donde plantea que entender el género, forma cultural de configurar el cuerpo como categoría histórica, supone aceptar su redefinición continua y dependiente del marco temporal y cultural, sin el que «anatomía y sexo» no existen (Butler 2004). Así, «el sexo supuestamente natural sólo es accesible desde el género cultural» (Posada Kubissa 2015).

Si bien las ideas transgresoras y no restrictivas del género, presentadas por la teoría Queer, han tenido importante repercusión en la conceptualización del género (Peres Díaz 2016), otros autores parecen seguir planteando este concepto en clave binaria (Osborne y Molina Petit 2008). Para Lauretis es importante diferenciar la identidad de género de la «categoría social de género» (De Lauretis 2015). Así, citando al psicoanalista Laplanche, indica que «el género es múltiple, ya que diferentes identificaciones de género pueden coexistir en una misma persona, pero la categoría social del género es binaria, hombre o mujer, porque el género es asignado en base al sexo anatómico o, mejor dicho, a la percepción que los adultos tienen de ello que, a su vez, se basa en la visibilidad del órgano genital externo» (De Lauretis 2015). En coherencia con esta idea, para Osborne y Molina, el concepto de género como categoría social «se refiere a la operación y el resultado de asignar una serie de características, expectativas y espacios —tanto físicos como simbólicos— al macho y a la hembra humanos, de modo que quedan definidos como hombres y mujeres» (Osborne y Molina Petit 2008). Para estas autoras, dichas particularidades atribuidas a lo masculino versus lo femenino, están sujetas a una variabilidad dependiente del contexto social en el que se desarrollan, si bien consideran que siempre está presente una relación jerárquica entre ambos de manera que los espacios y valores atribuidos al hombre tienen siempre superior prioridad (Osborne y Molina Petit 2008).

INSTITUCIONES TRADICIONALMENTE MASCULINAS: PUNTOS CLAVE EN RELACIÓN CON EL GÉNERO.

En tanto se pueden obtener conclusiones aplicables a la evolución de la presencia profesional de las mujeres en las Fuerzas Armadas, resulta de interés revisar la situación en otras instituciones tradicionalmente masculinas como pueda ser la Universidad que, en España, no permitió el acceso a la mujer hasta 1912 (Agudo Arroyo y Sanchez de Madariaga 2011), o la política, en tanto se puede observar cómo el incremento la presencia de éstas descubre situaciones y dificultades que enfrentan de forma colectiva o individual.

Cristina Palomar indicaba que «en las instituciones universitarias y académicas prevalecen situaciones que tienen que ver con una desigualdad real de género, por ejemplo, la bajísima proporción de mujeres en puestos de decisión, la segregación ocupacional de género, la discriminación abierta o encubierta, el acoso sexual y la ausencia de acciones positivas que permitieran disminuir la brecha de desigualdad» (Palomar Vereza 2005a). En esta esfera, señala la autora la importancia de la *Declaración mundial sobre la educación superior en el siglo XXI: Visión y acción*, en la que se enmarca como meta prioritaria el fomento activo de la promoción en el mundo académico de las mujeres a través de herramientas de «sensibilización, el diseño curricular, la investigación y difusión, la cultura institucional y la coordinación interinstitucional» (Palomar Vereza 2005a).

En este ámbito, el informe *She figures 2021*, de la Dirección General de Investigación e Innovación de la Unión Europea, señala que las mujeres siguen infrarrepresentadas en la academia, suponiendo el 42.3% de los recursos humanos de estas instituciones y tan

solo el 23.6% del personal en puestos de decisión (Directorate General for Research and Innovation. European Union. 2021). Sanders *et al.* determinaron que, en instituciones con una mayor proporción de mujeres, aquellas que llegaban a obtener plaza como catedráticas percibían que este proceso había sido más fácil, lo que relacionaban con un ambiente más cordial y amigable hacia las mujeres (Sanders, Willemsen, y Millar 2009). En el caso de España, Pons relaciona, además, la significación que la asimetría del reparto de tareas de cuidado familiar, aún en vigor, tiene sobre el acceso a este tipo de puestos. Así, afirma que «sólo un 38% de las catedráticas tiene familia, frente a un 63% de los varones y que un profesor con hijos e hijas tiene una probabilidad cuatro veces mayor de ser promocionado a catedrático que una mujer con similares características» (Pons Peregort et al. 2013).

Es en el terreno de las carreras técnicas y de la ingeniería dónde el sector femenino está menos representado, especialmente en los más altos niveles de la investigación² donde suponían, en el año 2014, sólo un 13% del personal (Directorate General for Research and Innovation. European Union. 2016).

En cuanto a autoría de publicaciones científicas, una edición previa del citado informe *She figures* (2015) destacaba que la brecha de género era menor en países de Europa del Este que en países como Alemania, España, Francia, Italia o el Reino Unido. En el caso concreto de España, el ratio mujer-hombre en autorías de trabajos científicos publicados en el periodo 2011-2013 fue de 0.3 para el ámbito de las Ciencias y las Ingenierías, 0.5 para las Ciencias Médicas, 0.6 para las Ciencias Sociales y las

² Nivel A

Humanidades y, el más paritario, 0.8 se encontró el campo de la Agricultura (Directorate General for Research and Innovation. European Union. 2016).

Fuera del mundo académico, y a propósito de un entorno masculinizado como la arquitectura, Agudo y Madariaga afirman que se mantiene cierto reparto de tareas por género, donde, «triumfa el modelo masculino por su competitividad en un mundo donde se valoran el poder y la autoridad, mientras que las arquitectas tienden a refugiarse en tareas menos serias, distintas a las de la construcción y más relacionadas con el diseño y el arte» (Agudo Arroyo y Sanchez de Madariaga 2011). Como resultado el trabajo de las mujeres en este ámbito se encuentra infravalorado de manera que «el menor reconocimiento no se relaciona necesariamente con un menor esfuerzo pero sí con la racionalidad frente a la agresividad» (Agudo Arroyo y Sanchez de Madariaga 2011).

Por otro lado, en el campo de la política, donde parece perpetuarse una influencia de los estereotipos de género en la estructura diferencial de las profesiones y en las trayectorias profesionales de aquellos que las ejercen (Longo 2009) las mujeres se encuentran situadas, según Dahlerup, entre dos posiciones opuestas (Dahlerup 1993):

- 1) La de probar que, a pesar de ser mujeres, son exactamente iguales a (tan capaces como) los políticos; la cual proviene de la comunidad masculina, así como de otras mujeres.
- 2) La de probar que el hecho de que haya más mujeres en la política implica una diferencia.

Las minorías y el concepto de masa crítica

En situaciones de convivencia de pequeños grupos minoritarios con grandes colectivos dominantes, como pueda ser el caso de las mujeres en las Fuerzas Armadas, «la teoría de las minorías establece que el grupo dominante a menudo tendrá una opinión estereotipada de los individuos que conforman el grupo minoritario, y que no será capaz o no querrá ver las características individuales» (Dahlerup 1993). Esta mayoría preponderante es la que impone las normas y los códigos en la cultura del grupo lo que puede restringir el desarrollo de las minorías. Como ocurre, de acuerdo a Agudo y Madariaga, en el caso expuesto anteriormente de las mujeres dedicadas a la arquitectura donde «los códigos masculinos son dominantes en la cultura de la Arquitectura, limitando el desarrollo profesional de las mujeres. Una cultura organizada, diseñada en términos masculinos, pese a la mayor presencia de mujeres, a la que siguen sin acostumbrarse colegas, compañeros, constructores y clientes» (Agudo Arroyo y Sanchez de Madariaga 2011).

En la Figura 1. se reproducen las dificultades identificadas por Dahlerup que, con frecuencia, afrontan las mujeres en situación de minoría. La autora indica, que «es típico que muchas mujeres crean que sus problemas son consecuencia de deficiencias individuales, y no los vean como consecuencia de la estructura interna de la organización» (Dahlerup 1993).

- Alta visibilidad
- Estereotipamiento de las mujeres
- Las mujeres se convierten en símbolos de todo su sexo
- Conflictos de papeles
- Carencia de autoridad legítima
- Sobreadaptación
- Carencia de aliados en la organización
- Que no se consideren sus obligaciones familiares, sus licencias por maternidad, etcétera, en la organización
- Hostigamiento sexual
- Tensión psíquica
- Baja eficiencia
- Baja tasa de ascenso
- Alta tasa de deserción
- Una mujer debe ser dos veces mejor que los hombres para ser aceptada; pero si es demasiado competente, se vuelve una amenaza
- Exclusión de la red informal

Figura 1. Problemas a afrontar por mujeres en minoría dentro de una organización.

Fuente: Dahlerup, 1993

En la misma línea, Agudo y Madariaga, afirman que las mujeres situadas en minoría en un ámbito de dominio masculino, «sólo ante situaciones de discriminación explícita perciben la desigualdad de la que son víctimas» aun cuando, estos patrones se repiten y las autoras coinciden en identificar muchos de los hándicaps señalados por Dahlerup (Agudo Arroyo y Sanchez de Madariaga 2011).

Frente a estas situaciones, se ha descrito cómo a medida que las minorías aumentan su proporción dentro de una institución son capaces de generar cambios en la cultura de la organización (Kanter 1977; Norris y Lovenduski 2001). Para explicar este fenómeno es preciso introducir en el concepto de *masa crítica*. Proveniente de la física nuclear, el término «masa crítica» se refiere a cantidad mínima de material fisionable requerida para que se mantenga una reacción en cadena (Pohlhammer 1987).

Este concepto fue adaptado al área de las investigaciones sociológicas por la americana Rosabeth Moss Kanter (1977) para explicar la dinámica con la que se desenvuelven las minorías de mujeres en el seno de grandes corporaciones de predominio masculino (Kanter 1977). Posteriormente, ha sido aplicado con frecuencia en el estudio de las estructuras políticas, aunque también en otros en que las mujeres constituyen una minoría como las carreras técnicas, el ámbito científico o, incluso, la construcción (Albert López-Ibor, Escot Mangas, y Fernandez Cornejo 2010; Beckwith 2007; Childs y Krook 2005, 2008; Chinchilla, Jiménez, y Grau 2017; Cordero 2009; Dahlerup 1993; Golik 2013; Marcenario Gutierrez 2008; Pons Peregort et al. 2013).

Norris explica cómo, en diferentes ámbitos, los grupos minoritarios se acogen a las normas y comportamientos del grupo dominante hasta que el grupo alcanza cierta magnitud, esto es la «masa crítica», momento en que «habrá un cambio cualitativo en la naturaleza de las interacciones del grupo» y la minoría comenzará a transformar «la cultura institucional, las normas y los valores» (Studlar y Mcallister 2002).

Así, aunque se tiende a creer que la mayor presencia de personal femenino en estos ámbitos puede favorecer la igualdad (Pons Peregort et al. 2013), diversos autores han tratado de cifrar la proporción que debe alcanzar una minoría en una organización para lograr cambios en esta. Si bien Kanter señaló que una minoría de 15-20% sería capaz de constituirse en masa crítica (Kanter 1977) otros autores han elevado esta cifra a un 30% (Centola et al. 2018) o incluso 35% (Langford, D., Hancock, M.R., Fellows, R. and Gale 2003) necesario para lograr cambios organizativos trascendentes. Sin embargo, esta mayor presencia no se refiere, únicamente, al incremento en la proporción de mujeres en una organización sino también a «un cambio cualitativo en las relaciones de poder

que permite , por primera vez, a la minoría utilizar los recursos de la organización o de la institución para mejorar su propia situación y la del grupo al que pertenece» (Dahlerup 1993). Para Dahlerup, el volumen preciso a alcanzar por un grupo minoritario, para conseguir cambiar la estructura de una organización, depende del apoyo externo que este colectivo reciba, así como de la organización concreta que esté analizando (Dahlerup 1993).

Por su parte, Centola *et al.* han subrayado que el tamaño de la masa crítica puede, además, diferir en función de las condiciones de cohesión social del grupo (Centola et al. 2018). Sin embargo, otros autores consideran la «masa crítica» un prerequisite que no garantiza el cambio, si no se dan las circunstancias apropiadas o si existen factores que limitan la cohesión de la minoría (Etzkowitz, Kemelgor, y Uzzi 2000). Pons identifica esta situación como «paradoja de la masa crítica», presente en distintos campos de la ciencia que estando altamente feminizados, «tienen los mismos patrones de discriminación que otros campos con un claro predominio masculino» (Pons Peregort et al. 2013).

Es necesario subrayar que esta teoría cuenta con diversos detractores. Así, Studlar y Mcallister señalan dos carencias importantes en este marco conceptual: en primer lugar, la falta de consenso sobre la proporción de minoría necesaria para constituir la denominada *masa crítica*; y en segundo, la falta de evidencia empírica de la validez del modelo (Studlar y Mcallister 2002). Por su parte, Child y Krook consideran que, aun siendo aplicable a corporaciones comerciales, como planteó Kanter, puede ser menos adecuada para otros ámbitos (Childs y Krook 2005).

Sin embargo, la teoría de masa crítica ya ha sido aplicada al ámbito de este estudio, las FAS españolas, en un informe publicado por el Instituto Delàs en relación con la situación

minoritaria de las mujeres en esta institución, haciendo un paralelismo entre militarismo y patriarcado. Este informe, denominado «Aculturación y purplewashing». Un estudio de las mujeres símbolo», describe el «purplewashing» en las FAS como una estrategia «para transmitir una falsa imagen de igualdad y modernidad en las Fuerzas Armadas» a través de un proceso que convierte a las mujeres «en mujeres símbolo y las obliga a verse envueltas en un difícil equilibrio entre su identidad como grupo minoritario y sus anhelos para integrarse en una institución de la que voluntariamente han querido formar parte» (Bagur y Ribes 2019).

CAPÍTULO II: LA MUJER EN LAS FUERZAS ARMADAS ESPAÑOLAS

INCORPORACIÓN E INTEGRACIÓN

Desarrollo normativo

El artículo 11 del Fuero de los Españoles, de 1945, reconocía el derecho de todo ciudadano español al desempeño de funciones y cargos públicos «según su mérito y capacidad» (Jefatura del Estado 1945). Asimismo, el artículo 24 de la misma ley, promulgaba para todas las personas el derecho al trabajo y a una ocupación «socialmente útil» (Jefatura del Estado 1945). Sin embargo, fue la Ley 56/1961 de 22 de julio, sobre derechos políticos profesionales y de trabajo de la mujer la que se ocupó de eliminar, precisamente apelando a los artículos anteriormente expuestos, «las restricciones y discriminaciones basadas en situaciones sociológicas que pertenecen al pasado y que no se compaginan ni con la formación y capacidad de la mujer española ni con su promoción evidente a puestos y tareas de trabajo y responsabilidad» (Jefatura del Estado 1961). Así, desde ese momento, se reconoce explícitamente la posibilidad de incorporación de la mujer a cualquier puesto de la función pública, salvo a aquellos que suponían excesivo esfuerzo y que se veían limitados tanto por los acuerdos internacionales suscritos por España como por «la pura naturaleza». Entre otros, los Institutos y Cuerpos Armados así como los Ejércitos de Tierra, Aire y la Marina, «salvo que por disposición especial expresa» se permitiera el acceso a servicios concretos (Jefatura del Estado 1961). Sin embargo, con la sanción en las Cortes de la Constitución en vigor, a finales de 1978, la Ley 56/1961 queda derogada en aplicación del artículo 14 de «Igualdad de derechos sin discriminación por razón de sexo» y del artículo 30 que

considera derecho y deber de todo español la defensa del país (Cortes Generales 1978). Consecuentemente, una década después, el Real Decreto Ley 1/1988 de 22 de febrero abrió la puerta a la incorporación de la mujer a las Fuerzas Armadas (FAS) españolas (Jefatura del Estado 1988).

Por supuesto, las mujeres españolas ya habían participado del oficio militar pero no de manera profesional. Cabe destacar su presencia como miembros del Cuerpo de Damas Enfermeras del Cruz Roja, creado en 1917, y del Cuerpo Especial de Damas Auxiliares de Sanidad Militar que, creado 1941, se mantuvo activo hasta la promulgación de la Ley 17/1999 (Alvarez Luquero 2010; Gomez Escarda y Sepúlveda Muñoz 2009; González Yanes 2014).

Para recabar la opinión suscitada por el alistamiento de las mujeres en las FAS, en el mes de diciembre de 1987 (antes la publicación del citado RDL 1/1988), el Centro de Investigaciones Sociológicas (C.I.S.) se había encargado de realizar un estudio, a partir de un cuestionario confeccionado por la Unidad de Estudios Sociales de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Defensa (Gil Muñoz 2009). Se realizaron 2500 entrevistas en 48 provincias del país, en un total de 148 municipios. Los datos se estratificaron por localización geográfica y tamaño de los municipios y, se analizaron teniendo en cuenta numerosas variables demográficas. Los resultados mostraban, de acuerdo con Gil Muñoz, que la población femenina no acogía con mucho entusiasmo la posibilidad de incorporarse a filas ni de manera obligatoria ni de manera profesional. Y aunque, con carácter general, los españoles estaban mayoritariamente en contra de un servicio militar obligatorio para ellas, la opinión estaba muy repartida en cuando a la incorporación profesional las mujeres a las FAS. Eran los jóvenes universitarios los más

favorables, frente a los jubilados que se posicionaban en contra y los parados, a los que resultaba indiferente esta posibilidad. Por otro lado, las personas menores de 40 años y con estudios superiores manifestaban su postura en pro de la igualdad dentro de la institución militar, apoyando la integración de la mujer en cualquier tipo de puesto y unidad y su acceso a todos los empleos. Sin embargo, una proporción mayoritaria de la población total creía que las mujeres debían alistarse en puestos de apoyo o en unidades exclusivamente femeninas (Gil Muñoz 2009).

Ese mismo año, sólo unos meses antes de la realización de este estudio, una mujer llamada Ana Bibiana Moreno había presentado una solicitud para participar en los procesos selectivos correspondientes al ingreso en XLIII Promoción de Oficiales del Ejército del Aire (Fernández Vargas 2009). Su instancia fue rechazada por la Dirección de Enseñanza del Ejército del Aire con la justificación de que no era posible «legalmente, admitir su petición». La interesada presentó un recurso ante la Audiencia Territorial de Madrid, entendiéndose amparada por el citado artículo 14 de la Constitución Española. La Audiencia le dio la razón pero, sin embargo, no le concedió la posibilidad de presentarse a las pruebas entendiendo que debía regularse este proceso de forma normativa (Zuloaga 1988).

Finalmente, el Real Decreto Ley (R.D.L.) 1/1988 permitió el acceso de la mujer a las FAS y, dando cabida a ciertas limitaciones «derivadas de sus condiciones fisiológicas para la provisión y desempeño de determinados destinos». Estas restricciones funcionales se mantuvieron más de una década, a pesar de que la Ley de Personal de 1989 equiparaba las formas de accesos a Centros Docentes Militares para aspirantes de ambos sexos (Jefatura del Estado 1989). De hecho, en 1992 y en el camino hacia la profesionalización

de las Fuerzas Armadas, se aprobó, por Real Decreto, el Reglamento de Tropa y Marinería que en su artículo 25 mantenía la exclusión de la mujer de puestos operativos³ (Ministerio de Defensa 1992) y que no fue derogado hasta el año 2000 (Ministerio de Defensa 2000).

La primera convocatoria que, en 1988, permitió el concurso de mujeres a 156 plazas ofertadas, exigía que estas ostentaran determinadas titulaciones previas⁴. De los 922 aspirantes 289 eran mujeres que, mayoritariamente, 161, se adscribían a la rama sanitaria. En esta convocatoria accedieron un 20% de las aspirantes. Sin embargo, la presencia femenina en las convocatorias publicadas a partir de 1989 para plazas de Enseñanza Superior de Cuerpos Generales no tuvo tanto éxito. En ellas, la proporción de mujeres aspirantes no fue superior al 2.5%. Ninguna mujer superó este proceso selectivo en 1989 y sólo dos lo hicieron en 1990⁵ (Fernández Vargas 2009).

La llegada de la mujer a las Fuerzas Armadas, impulsó importantes cambios en la institución que ha debido adecuarse tanto a su presencia como a los cambios que se han producido en los modelos familiares predominantes previamente en las FAS (Gómez Escarda 2013). Así, la progresiva incorporación de la mujer se ha acompañado, como se va a mostrar, de la publicación de medidas de conciliación que tratan de incluir esta nueva realidad en la regulación normativa (Gómez Escarda 2013).

³ «Artículo 25. Destinos del personal femenino.

El personal femenino de tropa y marinería profesionales podrá optar a todos los destinos de su empleo militar excepto los de tipo táctico u operativo en unidades de La Legión, de operaciones especiales, paracaidistas y cazadores paracaidistas. Tampoco podrán formar parte de las fuerzas de desembarco, de las dotaciones de submarinos ni de buques menores en los que sus condiciones estructurales no permitan el alojamiento en condiciones adecuadas»

⁴ Tales como licenciaturas/diplomaturas en medicina, enfermería, veterinaria, farmacia, odontología, derecho, economía, ingeniería o música.

⁵ Accedieron a la enseñanza superior del Ejército de Tierra y de la Armada.

Además, el alistamiento de las mujeres ha estado fuertemente ligado a la profesionalización de las FAS. A este respecto, Martín Martínez, siendo miembro del Observatorio de la Mujer, enumeró las diversas causas que a lo largo de la historia habían causado el rechazo a la incorporación de la mujer en los ejércitos, entre las que recoge causas tácticas, biológicas y fisiológicas, la menor capacidad física de la mujer y la tradición (Martín Martínez 2009). Así, y en relación con el peso que estos factores aún conservan sobre la incorporación de las mujeres a las Fuerzas Armadas de diferentes países planteaba la siguiente cuestión respecto al reclutamiento y profesionalización: «¿pueden permitirse los ejércitos prescindir de la mitad de sus potenciales miembros?» (Martín Martínez 2009).

En el caso de España, tanto la integración definitiva de la mujer en las Fuerzas Armadas como la consolidación de la profesionalización se produjeron, de forma simultánea, en virtud de la Ley 17/1999 de 18 de mayo, de Régimen del Personal de las Fuerzas Armadas, que ponía fecha al fin del Servicio Militar Obligatorio (Jefatura del Estado 1999a). Esta norma, equiparó definitivamente la situación de mujeres y hombres con respecto a escalas y destinos (Jefatura del Estado 1999a) pero, como dijo Martín, «no basta con remover cualesquiera prohibiciones o restricciones legales existentes para poder afirmar que las mujeres acceden a la profesión militar en condiciones de igualdad, sino que es necesario, generalmente, avanzar un paso más» (Martín Martínez 2009).

En esta norma, se esbozaron por primera vez algunas medidas de protección a la maternidad. Dichas pautas comprendían: la reserva de plaza por dos convocatorias de los procesos selectivos en caso de embarazo o parto de una aspirante; el permiso por maternidad y paternidad, en las mismas condiciones que el resto de Administraciones

Públicas; y la posibilidad del cambio temporal de puesto orgánico, si se considerara necesario y «por prescripción facultativa», durante el embarazo (Jefatura del Estado 1999a).

En ese momento, más de 10 años después de la llegada de las primeras mujeres, el porcentaje miembros femeninos las FAS ascendía a un 6.6%. De acuerdo con el trabajo de Frieyro de Lara (2004), entre las causas del menor ingreso de mujeres en las FAS, en los primeros años, había que señalar que ellas concursaban, principalmente, en oposiciones de mayor dificultad para las que ni contaban, ni podían contar con los puntos otorgados por la realización del Servicio Militar Obligatorio a sus colegas masculinos (Frieyro de Lara 2009). Aunque parece que el mayor hándicap, se encontraba en las pruebas físicas de acceso (Frieyro de Lara 2004, 2009).

Cómo puede apreciarse en la Figura 2., la proporción de personal femenino se duplicó en el plazo de 5-6 años, manteniéndose prácticamente estable hasta la fecha (Observatorio Militar para la Igualdad 2020). La apertura de las FAS a los ciudadanos de países vinculados históricamente a España (Ministerio de Defensa 2002), en el año 2002, supuso, según Valentina Fernández Vargas, «un nuevo paso adelante en la incorporación de las mujeres a las Fuerzas Armadas» si bien esta medida respondía más a necesidades de reclutamiento que a demandas sociales de igualdad (Fernández Vargas 2009).

Fue ya en 2004 cuando se publicó una primera Orden Ministerial (O.M.) por la que se normalizaban los permisos por guarda legal y por lactancia para los Militares Profesionales (Ministerio de Defensa 2004) en base a lo regulado para otros ámbitos de la función pública por la Ley 30/1984 (Jefatura del Estado 1984). Esta O.M. posibilitaba

la reducción de jornada para militares con familiares a cargo o hijas/os menores de 6 años, así como establecía el permiso de lactancia para «la militar» madre con hijos menores de 9 meses⁶, aunque añadía «este derecho podrá ser ejercido por el padre o la madre, en caso de que ambos trabajen» (Ministerio de Defensa 2004).

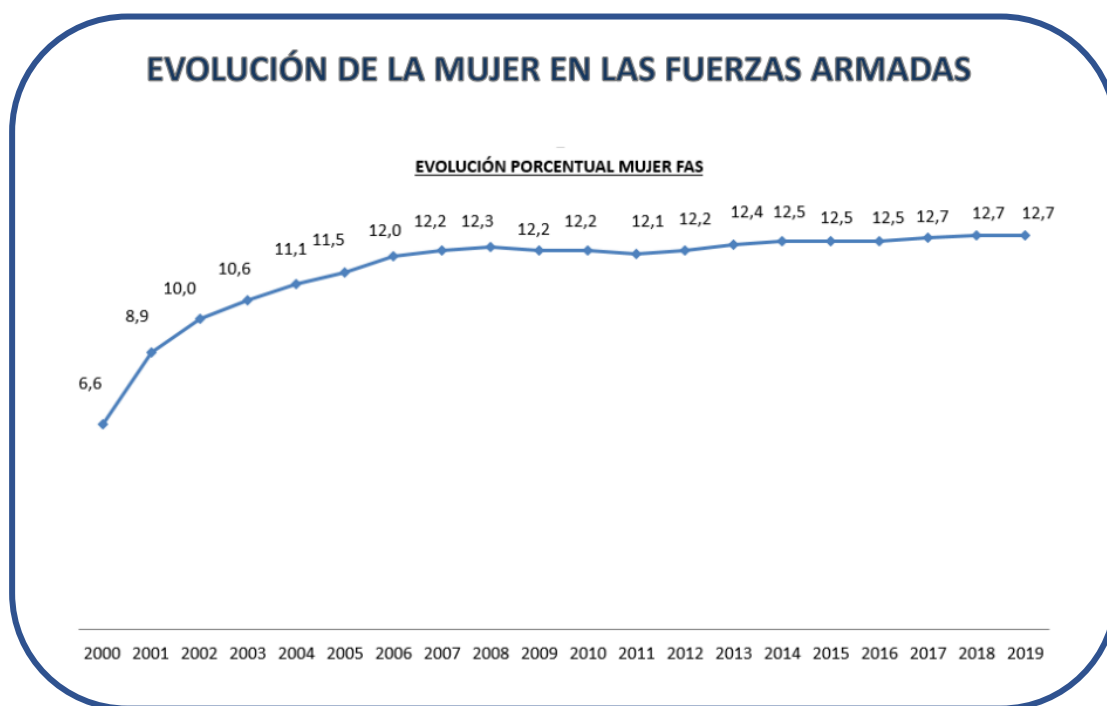


Figura 2. Evolución del porcentaje total de mujeres en las Fuerzas Armadas. Extraída de: Informe anual 2019 de evolución de la mujer y el hombre en las Fuerzas Armadas (Observatorio Militar para la Igualdad 2020). Datos: 31 de diciembre de 2019

Sin embargo, esta regulación tuvo una vida muy corta ya que, dos años después, fue publicada la Orden Ministerial 121/2006 que la derogaba (Ministerio de Defensa 2006). La nueva norma, que además regulaba otros horarios y permisos, contemplaba nuevas opciones para los militares como la posibilidad de flexibilizar la jornada laboral, sin reducirla, para el cuidado de personas a cargo o la reducción de jornada por violencia

⁶ A modo de curiosidad en el mismo Boletín Oficial de Defensa se recogían cuatro órdenes ministeriales correlativas regulando la uniformidad de las mujeres gestantes de los ejércitos, la Armada y los Cuerpos Comunes de la Defensa (Orden Ministerial 103/2004; 104/2004, 105/2004, 106/2004)

de género. Además, reconocía el derecho al permiso por lactancia para «el militar», padre o madre, hasta que el menor tuviera 12 meses y permitía reducciones de jornada para el cuidado de hijos hasta 12 años (Ministerio de Defensa 2006).

Es necesario puntualizar que la primera normativa, relativa a los efectivos militares, que recoge de forma expresa la igualdad de género, fue la siguiente Ley de personal, publicada en 2007 que recoge en su artículo 6 la «Igualdad de género y conciliación de la vida profesional, personal y familiar» (Jefatura del Estado 2007). Dicho artículo prevé aplicar «las normas y criterios relativos a la igualdad, la prevención de la violencia de género y la conciliación de la vida profesional, personal y familiar establecidos para el personal al servicio de la Administración General del Estado (...) con las adaptaciones y desarrollos que sean necesarios», así como desarrollar medidas de interés específico en el ámbito de las FAS (Jefatura del Estado 2007). Unos años después, el artículo 4 de la Ley Orgánica 9/2011, que regula los «derechos y deberes de los miembros de las Fuerzas Armadas» recoge el Principio de Igualdad, de manera que esta sea «real y efectiva impidiendo cualquier situación de discriminación, especialmente en el acceso, la prestación del servicio, la formación y la carrera militar» (Ministerio de Defensa 2011a).

Estas previsiones se han ido concretando en normas de inferior categoría, como el Real Decreto 456/2011 por el que se aprueba el Reglamento de destinos del personal militar profesional y que recoge la posibilidad de un cambio de destino temporal por circunstancias «excepcionales» en las que, entre otras, incluye embarazo, lactancia, violencia de género y conciliación de la vida profesional, personal y familiar (Jefatura del Estado 2011). Además, en los años 2011 y 2012, se publicaron sendas modificaciones de la O.M. 121/2006 ampliando el permiso de paternidad a 4 semanas, como estaba

previsto para toda la función pública (Ministerio de Defensa 2011b), y creando un nuevo permiso por «cuidado de hijo menor afectado por cáncer u otra enfermedad grave» (Ministerio de Defensa 2012).

Ya en el año 2015, se actualizó la citada normativa de permisos, mediante la Orden DEF 253/2015, que regula en sus capítulos III y IV, respectivamente aquellos concedidos «por motivos de conciliación de la vida personal, familiar y profesional y por razón de violencia de género» y reducciones de jornada (Ministerio de Defensa 2015a). Esta norma introdujo, como novedades, la posibilidad del disfrute del permiso de paternidad después del correspondiente a la madre y la creación de permisos específicos destinados a la asistencia de técnicas de reproducción asistida (Ministerio de Defensa 2015a).

Posteriormente, tras observar un incremento de matrimonios entre militares y de núcleos monoparentales, que dificultaba significativamente la conciliación de la vida familiar (Gómez Escarda 2013:97; Observatorio de la vida militar 2015), se desarrollaron proyectos de modificación de la reglamentación relativa a destinos de este personal que fueron publicados en Boletín Oficial de Defensa en 2017 (Ministerio de Defensa 2017a). Esta nueva normativa incluye la posibilidad cuando una pareja de hecho o matrimonio, ambos militares, solicite vacante en un mismo plazo y una misma provincia, puedan condicionar sus peticiones a que el cambio de destino sea concedido a ambos o a ninguno (Ministerio de Defensa 2017b). Además, se limita la posibilidad que los progenitores de menores de 12 años, siendo pareja legal y ambos militares, puedan ser trasladados con «carácter forzoso» a otra provincia (Ministerio de Defensa 2017b).

En esta línea de sensibilidad hacia las realidades familiares de la sociedad actual se realizó, en 2019, una última enmienda a la normativa de vacaciones, permisos y

reducciones de jornada que recoge diversas medidas fundamentalmente relativas a permisos y reducciones de jornada, dirigidas a mejorar la conciliación familiar de parejas de militares, familias monoparentales o militares divorciados con custodia compartida (Ministerio de Defensa 2019b). Además, esta Orden Ministerial, actualmente en vigor, incluye «nuevos permisos recogidos en la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, como el de gestación retribuida desde las 37 semanas de embarazo y la ampliación del de paternidad» (Ministerio de Defensa 2019b). Esta última en respuesta a las dos ampliaciones consecutivas del permiso de paternidad que se realizaron en 2018. Por un lado, en aplicación de la Ley 6/2018, de Presupuestos Generales del Estado, se amplió a 5 semanas (Jefatura del Estado 2018). Por otro, se aprobó, por resolución de 22 de Noviembre, prolongar este permiso a 16 semanas en base al acuerdo alcanzado, a finales del mes de octubre en la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado (Ministerio de Política Territorial Y Función Pública 2018; Ministerio de Política Territorial y Función Pública 2018).

Otras medidas relacionadas con la incorporación de la mujer a las FAS

Durante este tiempo se ha tratado, además, de estimular tanto la integración como la permanencia de la mujer en las Fuerzas Armadas a través de otras medidas como las recogidas en la Orden DEF/524/2005 que incluían (Ministerio de Defensa 2005):

- La creación del Centro de estudio sobre la situación de la mujer en las Fuerzas Armadas (Observatorio de la Mujer en las FAS).

- La Instalación de Centros de Educación Infantil de Primer Ciclo en establecimientos militares.
- La adecuación de los alojamientos destinados a las mujeres.
- La inclusión de las mujeres en los órganos de evaluación «siempre que existan mujeres con el empleo requerido para formar parte de los citados órganos».
- La inclusión del acoso sexual en el régimen disciplinario (Ministerio de Defensa 2005).

El Observatorio Militar para la Igualdad

Así pues, de acuerdo a la citada Orden DEF, el Observatorio de la Mujer en las FAS fue creado en 2005 con el fin estudiar la «situación de integración y permanencia» de la mujer en las Fuerzas Armadas, empezando por los procesos de selección. Además, se encomendaba a dicho centro la elaboración de una investigación en relación con el rol y la contribución de la mujer en las FAS, así como del impacto de género que su incorporación suponía en la esfera militar (Ministerio de Defensa 2005).

Sin embargo, en 2011, emulando la transformación del antiguo Comité de Mujeres en las Fuerzas de la OTAN (CWINF) en el Comité OTAN de Perspectivas de Género (NCGP), este observatorio cambió su denominación por la de «Observatorio militar para la igualdad entre mujeres y hombres en las Fuerzas Armadas» (más comúnmente conocido por Observatorio militar para la igualdad); centrando, con este cambio, sus objetivos en torno a las diferencias que el género puede suponer en el ámbito de las FAS (Ministerio de Defensa 2011c).

Así, de acuerdo a la Orden Ministerial correspondiente, el Observatorio militar para la igualdad «analiza, debate y hace propuestas» acerca del impacto que, sobre ambos géneros, tiene el desarrollo de todas las etapas de la vida militar. Además, se interesa por todas las cuestiones relacionadas con la conciliación de las demandas profesionales con la vida personal y familiar. Este centro es, además, el garante de la perspectiva de género en los estudios estadísticos del Ministerio de Defensa. Por otro lado, este organismo valora las contribuciones que, desde la Organización de Naciones Unidas (ONU), la Unión Europea (UE) y el NCGP, se realizan bajo el prisma del género, en materia de paz y seguridad y que sean de aplicación en las FAS españolas (Ministerio de Defensa 2011c).

En 2018, al regular la nueva estructura del Ministerio de Defensa, se modificó la dependencia del Observatorio de Igualdad, pasando este a depender orgánicamente, y sin intermediarios, de la Subsecretaría de Defensa (Ministerio de Defensa 2019a).

Posteriormente, en 2019, se publicó una Orden Ministerial «por la que se regula la estructura y funcionamiento del Observatorio Militar para la igualdad entre mujeres y hombres en las Fuerzas Armadas» que pretende (Ministerio de Defensa 2019a):

- Asegurar la presencia en dicho organismo de vocales pertenecientes a todas las escalas y Ejércitos (Ministerio de Defensa 2019a).
- Fomentar una mayor implicación individual de estos vocales: «pudiendo realizar propuestas, elaborar los informes que determine el Observatorio Militar para la Igualdad y, bajo la coordinación de la Secretaría Permanente de Igualdad, colaborar en la difusión de las políticas de igualdad» (Ministerio de Defensa 2019a).

Centros de Educación Infantil

En la actualidad, el Ministerio de Defensa cuenta con 25 Centros de Educación Infantil (CEI) del Primer Ciclo distribuidos, por ejército, como se muestra en la Tabla X. Los centros se gestionan, en la actualidad, a través de una empresa privada tras concederse esta explotación por concurso público por más de 18 millones de euros (Ministerio de Hacienda 2017).

El acceso a dichos centros está regulado por normativa específica (Ministerio de Defensa 2007, 2008b, 2008a), que concede la preferencia al personal militar con destinos asignados en las distintas unidades alojadas en las bases, acuartelamiento o establecimientos donde se ubica el CEI, o adscritas al mismo.

En contra de la creencia generalizada (Gómez Escarda 2013), en ninguna de las instrucciones publicadas en *Boletín Oficial de Defensa* se ha priorizado la adjudicación de plazas a los hijos de mujeres militares (Ministerio de Defensa 2007, 2008a, 2008b). Sin embargo, sí se variaron los criterios de puntuación en 2008 para contemplar la situación en que los dos progenitores fueran militares, con el objetivo de facilitar la conciliación de la vida laboral y familiar de estos profesionales (Ministerio de Defensa 2008a).

Ejército de Tierra	Ejército del Aire	Armada	Órgano Central
Botoa (Badajoz) -CEI "General Menacho"	B.A. Albacete	Grumete-Ferrol	Guardia Real (El Pardo)
Campamento (Madrid) - CEI "Alfonso X"	B.A. Gando	Grumete-Rota	Sede Central Ministerio de Defensa
Cerro Muriano (Córdoba) - CEI "Cerro Muriano"	A. G.A. San Javier	Grumete-Madrid	
Colmenar Viejo (Madrid) - CEI "Coronel Maté"	B.A. Alcantarilla	Grumete-Cartagena	
Melilla - CEI "Melilla"	B.A. Son San Joan	Grumete-Las Palmas	
Viator (Almería) - CEI "Álvarez De Sotomayor"	B.A. Torrejón	Grumete-San Fernando	
Villaverde (Madrid) - CEI "Santa Teresa"	B.A. Zaragoza		
Paracuellos de Jarama (Madrid) - CEI "Príncipe"	Cuartel General del Ejército del Aire		
Zaragoza- Base San Jorge			

Tabla 1. Centros de Educación Infantil en disponibles en instalaciones militares.
Elaboración propia

Adecuación de los alojamientos destinados a las mujeres

La preocupación en relación con las condiciones de vida de las mujeres en las instalaciones militares se había revelado como un asunto clave en la encuesta realizada de forma previa a su incorporación. Esta mostraba como el 71% de los encuestados creía que la infraestructura militar no presentaba las condiciones adecuadas para la convivencia entre hombres y mujeres; considerando, además, de forma mayoritaria (65%) que este asunto supondría una fuente de conflictos (Gomez Escarda y Sepúlveda Muñoz 2009).

De hecho, hasta el año 1999, la propia normativa atribuía a estos problemas logísticos las restricciones aplicadas a las mujeres para integrarse en las tripulaciones de cierto tipo de barcos y de submarinos «en los que sus condiciones estructurales no permitan el alojamiento en condiciones adecuadas» (Ministerio de Defensa 1992).

Sin embargo, el «Plan Global Calidad de Vida» que supone la mejora progresiva de las instalaciones de bases y acuartelamientos, así como la renovación de la flota naval, optimizando sus condiciones de habitabilidad, han contribuido a la eliminación paulatina de estas barreras logísticas a la integración de las mujeres (Observatorio de la vida militar 2015).

Los órganos de evaluación

En el ámbito del Ministerio de Defensa y de acuerdo a la normativa vigente se consideran órganos de evaluación los siguientes (Ministerio de Defensa 2009):

- a) Los Consejos Superiores del Ejército de Tierra, de la Armada y del Ejército del Aire, que realizarán las evaluaciones para el ascenso al empleo de general de brigada o las que afecten a oficiales generales.
- b) La junta de evaluación para determinar la insuficiencia de facultades profesionales.
- c) La junta de evaluación para determinar la insuficiencia de condiciones psicofísicas.
- d) Las juntas de evaluación para el ascenso, cuyo número máximo será de una por empleo y escala.
- e) Las juntas de evaluación para la selección de asistentes a determinados cursos de actualización, cuyo número máximo será de una por curso.
- f) La junta de evaluación para determinar la idoneidad de quienes tengan suscrito un compromiso de larga duración para acceder a la condición de militar de carrera.
- g) Las juntas de evaluación en unidades y las juntas unificadas de evaluación de unidades para las demás evaluaciones⁷

Las juntas previstas para evaluar la insuficiencia de condiciones psicofísicas y de facultades profesionales (b y c), así como la junta de evaluación para el ascenso tienen carácter permanente, mientras las demás se constituyen de manera eventual para los

⁷ Extraído del Art. 5.2. del Real Decreto 168/2009, de 13 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de evaluaciones y ascensos en las Fuerzas Armadas y sobre el acceso a la condición de militar de carrera de militares de tropa y marinería.

diferentes procesos a los que asisten. Los órganos responsables de estas son los Mandos de Personal (MAPER) en el caso de los Ejércitos y de la Armada, mientras que para los Cuerpos Comunes de la Defensa es la Dirección General de Personal (DIGENPER) del Ministerio de Defensa⁸ (Ministerio de Defensa 2009).

Como se ha mencionado previamente, la Orden DEF/524/2005, previó la inclusión de las mujeres en los órganos de evaluación, con la precaución de que así sería «siempre que existan mujeres con el empleo requerido para formar parte de los citados órganos» (Ministerio de Defensa 2005). En este sentido, «el argumento temporal es habitualmente recurrente para justificar la asimetría actual en cuanto a la distribución por sexo en la jerarquía profesional» (Agudo Arroyo 2014). Para Frutos Balibrea, esta idea está arraigada entre la población general que asume que es el tiempo y no otra causa la que provoca la ausencia de mujeres en los puestos de poder en las Fuerzas Armadas y que, «no existen mecanismos de exclusión para las mujeres a la hora de llegar a ocupar puestos de representación en los organismos de la Defensa» (Frutos Balibrea 2009).

Con la inclusión de mujeres en las juntas de evaluación, se pretenden evitar situaciones en las que, como menciona Frutos, «normalmente los tribunales o juntas de evaluación están constituidas sólo por hombres y ante dos currícula semejantes de mujer y hombre, la experiencia muestra que suele saldarse con la preferencia del varón» (Frutos Balibrea 2009). Para esta autora, a pesar de la normalización preponderante en las FAS, donde los requisitos para el ascenso parecen neutrales, «se pueden presentar dilemas a la hora

⁸ Debido a que este personal constituye un contingente que, pudiendo desarrollar su función en cualquiera de los Ejércitos, el Órgano Central del Ministerio o en la Guardia Civil, no pertenece a ninguno de ellos.

de la elección de una candidata o de un candidato, ya que los códigos de género actúan también en la institución militar» (Frutos Balibrea 2009). Plantea Frutos, que la constitución de juntas de evaluación paritarias podría despejar las dudas a este respecto y que, tal como presenta su estudio, más de un 90%, sin diferencias significativas entre sexos, está «de acuerdo en que las juntas de evaluación para la promoción y el ascenso profesional deberían estar compuestas de forma paritaria» (Frutos Balibrea 2009) .

A este respecto, y en relación con la composición de las juntas el RD168/2009 reitera en esencia lo recogido en la Orden DEF DEF/524/2005: «las juntas deberán contar con vocales de ambos sexos siempre que lo permita la existencia de mujeres con empleo apropiado a la composición de cada junta, adecuándose en lo posible a la aplicación equilibrada del criterio de género» (Ministerio de Defensa 2009).

De la misma manera, la normativa aplicable a la confección de los denominados informes personales de calificación (IPEC), mediante los que los militares son evaluados anualmente, recoge la necesidad de que la junta, conformada por tres calificadores se adecúe «a la aplicación equilibrada del criterio de género» (Ministerio de Defensa 2010). Estos informes son de trascendental importancia pues constituyen la información base a utilizar, por ejemplo, por las juntas de evaluación para el ascenso (Ministerio de Defensa 2010).

Recientemente, la Orden DEF/111/2019 que, entre otras cuestiones, amplía las funciones de la Secretaría Permanente de Igualdad, ha designado a dicha secretaría como garante de la «composición equilibrada entre hombres y mujeres» en los órganos de evaluación y en los tribunales designados para los procesos selectivos de acceso a las FAS (Ministerio de Defensa 2019a).

El acoso sexual en el régimen disciplinario

La posición institucional de las FAS ante el acoso sexual y por razón de sexo es de «tolerancia cero». Así, en el actual régimen disciplinario, en vigor desde 2015, se incluye como falta muy grave, cuando no delito (Jefatura del Estado 2014):

Realizar, ordenar o tolerar actos que afecten a la libertad sexual de las personas o impliquen acoso tanto sexual y por razón de sexo como profesional u otros que, de cualquier modo y de forma reiterada, atenten contra la intimidad, la dignidad personal o en el trabajo, o supongan discriminación por razón de nacimiento, origen racial o étnico, género o sexo, orientación e identidad sexual, religión, convicciones, opinión, discapacidad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social⁹.

Sobre esta base normativa se ha constituido un «Protocolo de actuación frente al acoso sexual y por razón de sexo en las Fuerzas Armadas» y la consecuente creación de una red de Unidades de Protección frente al Acoso (U.P.A.) cuya misión fundamental es facilitar apoyo y asesoramiento a la víctima, de estos tipos de acoso, de manera integral (Ministerio de Defensa 2015b). Por ello, y en aras de garantizar la autonomía de actuación de las UPA, se han constituido como unidades ajenas a la cadena orgánica de mando que realizan las labores de información, comunicación, asesoramiento, seguimiento y control, recogidas en la Figura 3.

Además, desde el Observatorio para la Igualdad entre Mujeres y Hombres en las Fuerzas Armadas, se ha procedido a la elaboración y distribución de dos guías informativas

⁹ Texto del Artículo 8, apartado 12.

orientadas hacia el modo más adecuado de proceder ante un caso de acoso y que están destinadas una a las víctimas de acoso, y la otra, a sus mandos (Observatorio para la Igualdad entre Mujeres y Hombres en las Fuerzas Armadas 2015b, 2015a).

Cometidos de las Unidades de Protección frente al Acoso (U.P.A.) en las FAS

- Realizará campañas de sensibilización y difusión del Protocolo en las unidades mediante sesiones informativas que se incluirán en el plan divulgativo anual de conferencias.
- Distribuirá el Protocolo a las Oficinas de Apoyo al Personal y Puntos de Información existentes en todas las unidades para que pueda ser consultado y para su inclusión en el Manual de información general y servicios de las unidades.
- Distribuirá en las unidades la guía práctica para la víctima de acoso, el manual de buenas prácticas para el Mando ante las situaciones de acoso y los folletos informativos que elabore el Observatorio Militar de Igualdad.
- Servirá de canal de información sobre atención de carácter médico y psicológico y asesoramiento profesional, social y jurídico para la posible víctima o cualquier persona que tenga conocimiento de situaciones susceptibles de ser consideradas de acoso sexual o por razón de sexo, informándole de las vías disciplinaria y penal, mediante atención telefónica, correo electrónico, entrevistas personales o cualquier otro medio de comunicación por el que se opte.
- Cuando tenga conocimiento de cualquier situación de acoso, lo comunicará a la autoridad disciplinaria con competencia para que valore el inicio de la vía disciplinaria o penal.
- Propondrá las medidas inmediatas de protección a la víctima, como pueda ser la gestión de las solicitudes voluntarias de la víctima de cambio de puesto o destino.
- Comunicará a la víctima cuanta información solicite así como las vías que puede utilizar y los apoyos que puede recibir realizando una labor de atención de carácter psicológico y médico, y asesoramiento profesional, social y jurídico.
- Realizará una labor de seguimiento y control de cada uno de los casos y cuando sea necesario de acompañamiento de la víctima.
- Elaborará la memoria anual donde se recopilará los datos estadísticos desagregados por sexo y la programación anual de sus actividades.
- Propondrá al Observatorio Militar de Igualdad las modificaciones al Protocolo que considere convenientes como consecuencia del seguimiento de los casos y aplicación del mismo.

Figura 3. Cometidos de las Unidades de Protección frente al Acoso (UPA).

Fuente: Protocolo de actuación frente al acoso sexual y por razón de sexo en las FAS (Ministerio de Defensa 2015b)

Esta última pretende apoyar a los mandos de las unidades a «generar un entorno laboral libre de acoso y respetuoso con la dignidad de las personas, a reconocer y prevenir las situaciones de acoso y a realizar las actuaciones precisas en caso de que éste haya ocurrido» (Observatorio para la Igualdad entre Mujeres y Hombres en las Fuerzas Armadas 2015b).

Un asunto controvertido: Las pruebas físicas

Como ya se ha mencionado, tradicionalmente se ha considerado que existe una limitación física para el acceso de la mujer a las Fuerzas Armadas lo que ha supuesto un escollo importante y ha generado, con el paso de los años, un doble baremo en las pruebas físicas de acceso que durante el periodo de instrucción se ha constituido en un hándicap para las mujeres (Frieyro de Lara 2004; Gomez Escarda y Sepúlveda Muñoz 2009). Son estas pruebas las que suponen quizá uno de los más polémicos asuntos a abordar. Según Martín, «esta cuestión no es pacífica ni siquiera entre los miembros de la OTAN, entre los cuales los criterios de reclutamiento no son uniformes a este respecto» (Martín Martínez 2009). Para Turrillas, se trata de una fuente permanente de conflicto debido a que la aplicación de diferentes baremos «no son acciones discriminatorias transitorias, hasta alcanzar un nivel de igualdad, sino una situación permanente» (Turrillas 2009).

De acuerdo con Frieyro, desde el año 2001 el Ministerio de Defensa, motivado por la escasa captación y la tasa de suspensos entre las mujeres, rebajó las exigencias de las marcas y los tiempos que se requerían para el acceso. Sin embargo, de acuerdo a la autora, aunque se consiguió «aumentar el porcentaje de ingresos pero también [se

umentó] el de abandonos a lo largo de los dos meses que dura la formación militar, un tiempo en el que los aspirantes son sometidos a un entrenamiento físico que no se corresponde con lo que les exigieron para entrar en el ejército» (Frieyro de Lara 2009).

En cualquier caso, y dejando a un lado los estándares de acceso, la influencia de la maternidad sobre el rendimiento físico de las mujeres militares en general y en las pruebas periódicas de aptitud física en particular, es un terreno aún sin explorar en las FAS españolas.

Proporción actual de mujeres en el ejército

Según datos del Observatorio militar para la igualdad, con fecha 1 de enero de 2021, había 15584 mujeres en las FAS; lo que supone un 12,84% de su capital humano lo que no ha supuesto grandes variaciones desde el año 2006 (12%). El Ejército de Tierra (E.T.) cuenta, de acuerdo a estos datos, con un 11,63% de personal femenino mientras esta proporción aumenta en el caso de la Armada y el Ejército del Aire, con un 13,17% y un 14,14% respectivamente. Sin embargo, la proporción es muy superior (33%) en el caso de los Cuerpos Comunes de la Defensa¹⁰ y dentro de estos es la especialidad fundamental de Enfermería la que cuenta con una proporción mayor de Oficiales

¹⁰ Los Cuerpos Comunes de la Defensa, se encuentran integrados por personal del Cuerpo Militar de Sanidad (Medicina, Enfermería, Veterinaria, Farmacia, Odontología y Psicología), el Cuerpo Jurídico Militar, el cuerpo Militar de Intervención y el Cuerpo de Músicas Militares. Este último es el único Cuerpo Común, en el momento actual, con Escala de Oficiales y Suboficiales pues el resto constan sólo de personal con grado universitario y categoría de Oficial.

femeninas con un 39,33 % de mujeres (302) frente a un 60,66% de hombres (460)¹¹(Observatorio Militar para la Igualdad 2021).

Respecto a la distribución de efectivos por empleo, la Tabla 2. muestra de acuerdo a los datos publicados por el OMI (31/12/2020), si bien desde esa fecha han tenido lugar

Categoría	% Mujeres	Empleo	Nivel OTAN	Número
Oficiales Generales	0,4	General de Brigada	OF-6	1
Oficiales	10,1	Coronel	OF-5	26
		Teniente Coronel/Capitán de Fragata	OF-4	205
		Comandante/Capitán de Corbeta	OF-3	268
		Capitán/Teniente de Navío	OF-2	606
		Teniente/Alférez de Navío	OF-1	441
Suboficiales	5,8	Suboficial Mayor	OR-9	1
		Subteniente		4
		Brigada	OR-8	146
		Sargento 1º	OR-7	685
		Sargento	OR-6	708
Tropa y marinería	15,8	Cabo Mayor	OR-5	10
		Cabo 1º	OR-4	1636
		Cabo	OR-3	4276
		Soldado/Marinero/Soldado de primera	OR-1/OR-2	6216

Tabla 2. Número de mujeres por empleo militar

Elaboración propia. Fuente: Informe anual 2020 (Observatorio Militar para la Igualdad 2021).

Datos: 31 de diciembre de 2020

¹¹ A fecha 31/12/2020, dato facilitado por la Sección de Enfermería de la Inspección General de Sanidad de la Defensa.

varios ascensos, con lo que las cifras pueden haber variado ligeramente, si bien la proporción no se ha alterado significativamente. En ella, puede observarse que el mayor número de efectivos femeninos, así como la mayor proporción de estos, se encuentra englobada en la categoría profesional de tropa y marinería.

A la luz de los datos anteriores, se puede afirmar que, si bien la presencia de la mujer ha aumentado progresivamente, sigue constituyendo un grupo minoritario en conjunto y que su distribución en la jerarquía vertical de la institución militar la sitúa todavía lejos de las posiciones de poder.

CAPÍTULO III: LAS MATERNIDADES

LA MATERNIDAD COMO CONSTRUCTO SOCIAL

Significados, imaginarios y roles de las madres

Diferentes análisis, han sugerido que han sido las condiciones biológicas de la mujer las que han justificado su designación como responsable de la reproducción social, en el marco del sistema sexo-género con la consiguiente «sobrecarga en las responsabilidades de las mujeres como las únicas encargadas del cuidado y bienestar de los hijos» (Castilla 2005). Esta responsabilidad social, en el marco de la familia nuclear tradicional, podría haberse entendido como una herramienta de poder femenino y, sin embargo, ha confinado mayoritariamente a las mujeres en el ámbito de lo doméstico (Gamboa Solís y Orozco Guzmán 2012). Citando a Cid¹², Solé y Parellá, afirman rotundamente que «el modelo patriarcal imperante se ha servido de la capacidad biológica para procrear que tienen las mujeres, para fundamentar la unidimensionalidad del ser femenino y la permanente identificación entre feminidad y maternidad» (Solé y Parellá 2008). Dice Cristina Palomar, a este respecto, que «la maternidad no es un *hecho natural*, sino una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia» (Palomar Vereá 2005b). En el mismo sentido, para María Cándida Alamillos Guardiola, más allá del proceso biológico reproductivo, la maternidad es un constructo social, fuertemente condicionado por su tradición histórica y

¹² Cid López, R. M. (2002), «La maternidad y la figura de la madre en la Roma Antigua». En A. I. BLANCO et al. (coord.), *Nuevas visiones de la Maternidad*, León, Universidad de León

sociocultural, que ha supuesto una herramienta más de control del hombre sobre el género femenino (Alamillos Guardiola 2016). Desde la perspectiva de Patricia Merino «tanto la [maternidad] tradicional *-el ángel del hogar-*, como la laboral *-la superwoman-*, que son las que encajan en las actuales estructuras socioeconómicas, son maternidades alienantes» (Merino 2017).

Beatriz Campos afirma que entre el hecho exclusivamente biológico de la maternidad y el concepto social de ser madre «median toda una serie de significados sociales, culturales, políticos, económicos, ideológicos y simbólicos que han ido variando a lo largo de la historia»; lo que ilustra como hechos individuales trascienden y se convierten en sociales (Campos 2011). «La identidad de las mujeres», dice Teresa González Pérez, «se ha construido desde la maternidad y su naturaleza biológica, lo que les ha conferido un rol determinado en la sociedad, adjudicándoles el espacio privado y la familia como proyecto de vida, si bien caracterizado por la invisibilidad social» (González Pérez 2008). La maternidad, señala la autora, es un constructo humano, carente de carácter esencial, y, por tanto, un concepto plenamente cultural. Sin embargo, puntualiza, aunque el mandato cultural de la maternidad actúa sobre todo el colectivo femenino de una sociedad concreta, este «adquiere connotaciones distintas dependiendo del estrato social y cultural donde (una mujer) se encuentra incardinada» (González Pérez 2008).

Para Eugenia Zicavo, a través del estudio de la maternidad se puede observar como las estructuras y mandatos, que el género impone, se replican en diferentes espacios y momentos de la historia, como ocurre con la división del trabajo doméstico, o incluso percibir los «sentimientos socialmente esperables asociados a las tareas de crianza y

cuidado de los hijos, así como la presunción de una sexualidad heterosexual para el conjunto de mujeres-madres» (Zicavo 2013).

En España, donde las raíces judeo-cristianas han tenido una fuerte influencia, el catolicismo asocia la imagen de madre a las ideas de «abnegación, amor incondicional y sufrimiento» (Alamillos Guardiola 2016). La Virgen María, por un lado, supone un ideal inalcanzable para el resto de las mujeres desde el momento que aúna virginidad y maternidad y, por otro, su culto, lejos de contribuir a ensalzar el valor de la mujer, la ha relegado a un valor relativo respecto a su papel de madre y «ha consolidado el ideal femenino de la maternidad, como madre piadosa, abnegada, modesta, silenciosa» (González Pérez 2008). Esta imagen tradicional ha sabido adaptarse y sobrevivir a los avances científicos, a los cambios socioculturales, e incluso a la incorporación de la mujer al mercado laboral, a través de una idealización de la maternidad como estado de «realización de la mujer» (Alamillos Guardiola 2016; Badinter 2017), cuyo más alto grado es la maternidad biológica (Alamillos Guardiola 2016; Campos 2011).

Ya desde las perspectivas pronatalistas, previas al *babyboom*, se sostenía que «la valía social de una mujer está inexorablemente unida a su capacidad de conseguir la maternidad biológica; la maternidad es un elemento definitorio de una verdadera mujer» (Campos 2011). Se identifica la «maternidad con la feminidad, donde el deseo del hijo o de la hija se conceptualiza como aquello que puede hacer feliz a la mujer o, en extremo, lo más importante que puede hacerla feliz» (Campos 2011). La maternidad se presenta como algo elegido y, precisamente esta voluntariedad, es la que obliga al cumplimiento de «estándares de calidad» que consolidan a la mujer como una «buena madre» (Alamillos Guardiola 2016). «Cuanto más se haya interiorizado el ideal de buena

madre», según Elisabeth Badinter, «el espectro de mala madre se le impone con mayor crueldad» (Badinter 2017). Una *buena madre* debe serlo permanentemente, con una disponibilidad completa y presta a priorizar en todo momento este rol que voluntariamente se impone, opina la autora. Sobre la madre recae la responsabilidad del pleno desarrollo de sus hijos, so pena que atender cualquier asunto pueda producir menoscabo en el porvenir de estos (Badinter 2017) mediante una «dedicación exclusiva e intransferible» (Medina Bravo, Figueras Maz, y Gómez Puertas 2014). Pilar Medina *et al*, advierten que la crianza se ha convertido en «un ejercicio de responsabilidad materna, dirigido a conseguir la maduración óptima de los recursos potenciales de su hijo, así como la superación (también óptima) de sus defectos» (Medina Bravo *et al*. 2014). De esta manera, dice Campos, mientras la realidad arroja evidencias de una desvalorización de la maternidad, se ha producido «un doble juego de valoración (e incluso exaltación) retórica» de ésta (Campos 2011).

El imaginario construido en torno a la maternidad, de «amor, bondad abnegación y entrega» (González Pérez 2008), «es transhistórico y transcultural, se conecta con argumentos biologicistas y mitológicos» y, se fundamenta en dos ideas fuerza que han venido a considerarse como parte de la esencia de ser madre: el amor maternal y el instinto maternal (Palomar Vereá 2005b). Considera Cristina Palomar que «cualquier fenómeno que parezca contradecir la existencia de los elementos mencionados, es silenciado o calificado como anormal, desviado o enfermo» (Palomar Vereá 2005b). Mientras, Eugenia Zicavo plantea la paradoja de que, en el imaginario vigente, el «instinto maternal» goce de ese carácter esencial, mientras la importancia del «instinto paterno» sea prácticamente inexistente (Zicavo 2013).

Simone de Beauvoir ya había cuestionado la existencia del instinto maternal (De Beauvoir 2019) y, posteriormente, se ha convertido en un tema recurrente en la obra de Badinter (Badinter 1981, 2017) que lo considera un concepto «trasnochado», asociado a la tendencia naturalista de las últimas décadas, que «elogia el masoquismo y el sacrificio femeninos» (Badinter 2017) y que «constituye el peor peligro para la emancipación de las mujeres y la igualdad de sexos» a través de la manipulación de la voluntad de estas en base a su sentimiento de culpa (Badinter 2017).

Esta culpabilidad ha sido señalada por diversos autores, especialmente vinculada al estudio de la maternidad en mujeres que trabajan fuera del hogar (Gallego Morón y Montes López 2018; Krylova 2016; Lazarre 2018; Medina Bravo et al. 2014) sin que, para la mayoría, halle su correspondencia en sus compañeros varones (Covarrubias Terán 2012; Zicavo 2013). Sin embargo, Gabriela Gonçalves, en un estudio cuantitativo realizado en Portugal determinó que, entre padres y madres trabajadores a tiempo completo, la culpabilidad era experimentada con la misma frecuencia y sin diferencias estadísticas, si bien reconoce que la vivencia, cualitativamente, puede ser diferente para estas últimas (Gonçalves et al. 2018). Las mujeres, dice Eugenia Zicavo, tienen que navegar entre sentimientos enfrentados al afrontar cuestiones que puedan relacionarse, de una u otra manera, con su maternidad, «como si debido a sus otros intereses no fueran a estar *a la altura* de lo que implica ejercer como madres que se precien» (Zicavo 2013).

Para María A. Covarrubias, la culpa se asocia a un acto reflexivo de responsabilidad frente al silogismo social que equipara el concepto de mujer al de madre, es decir, al «mito social de naturalidad de la maternidad, de asumir el cuidado de hijos e hijas como

rol tradicional» y que se constituye en fuente de «micromachismos» (Covarrubias Terán 2012).

De acuerdo con Medina *et al.*, la idealización de la maternidad, con un peso específico que la distingue de la parentalidad en general, supone una suerte de «trampa de culpa sutil para muchas mujeres que quieran desempeñarse en el espacio público-profesional, a la vez que quieran ser madres» (Medina Bravo et al. 2014). Este mito social de la maternidad, parte de tres premisas falsas, ya identificadas por Oakley¹³, que Solé y Parellá recogen así en su artículo: «todas las mujeres quieren ser madres; todas las madres necesitan a sus hijos; y todos los hijos necesitan a sus madres » (Solé y Parellá 2008).

Diversos autores plantean que la emergente variabilidad de modelos familiares, frente al modelo clásico de familia nuclear, puede ayudar al destierro de este mito. Para Alamillos «la variabilidad familiar actual coloca a las sociedades ante un futuro incierto, pero las dota con la esperanza de hacerlas más igualitarias con relación al género». A este respecto, Gamboa y Orozco, sostienen que estas nuevas configuraciones familiares, como las homoparentales, demuestran «el carácter transbiológico de la maternidad, es decir, su mediación simbólica a través de la cultura, y el hecho de que ser madre no tiene nada que ver con algo natural inherente a la mujer, o con un comportamiento instintivo exclusivo de las mujeres» (Gamboa Solís y Orozco Guzmán 2012). Para Martín, estos cambios en las estructuras familiares imponen incluso una «renovación del léxico de parentesco» que, mediante el uso de nuevos conceptos como el de «parentalidad», trascienda los límites biológicos y aun jurídicos de la maternidad- paternidad clásica para

¹³ Citando a OAKLEY, A. (1984), *Taking It Like a Woman*, London, Fontana.

definir a los actores responsables del cuidado y socialización de los y las menores (Martin 2005). Sin embargo, Imaz opina que «a pesar del entusiasmo que han despertado estas nuevas formas de parentalidad, persiste la preocupación y también la denuncia de las contradicciones culturales que la maternidad hace emerger, y que se traduce en constricciones en diversos ámbitos en la vida cotidiana de las mujeres» (Imaz 2016). Para esta autora la «permisividad respecto a la diversidad familiar» está más relacionada con los nuevos roles desempeñados por las mujeres en la sociedad, más igualitarios con respecto al hombre, que con «una revisión o crítica a la institución familiar en sí» (Imaz 2016).

Maternidad y trabajo. El peso de la doble jornada.

El concepto de trabajo afectivo o inmaterial pretende hacer visible una carga de trabajo, esencialmente realizado por mujeres, en el ámbito privado y que es necesario para la supervivencia de las sociedades (Zicavo 2013). Para Eugenia Zicavo, el trabajo doméstico, «se ejecuta dentro del ámbito familiar, convirtiendo a la familia en unidad económica de la sociedad en tanto asegura la reproducción de la fuerza» (Zicavo 2013). Sin embargo, el desempeño simultáneo de un trabajo remunerado en la esfera pública, por parte de la mujer, ya sea por inquietud personal o por imperativo económico, ha planteado la necesidad de repartir las labores domésticas entre los miembros de la familia o, más frecuentemente, de asumir una doble jornada por parte de las mujeres (Covarrubias Terán 2012; Solé y Parellá 2008). La cuestión, como señalan Solé y Parellá, es que «si bien las mujeres han conseguido la igualdad en relación a los hombres en lo

que se refiere a su incorporación en la vida pública; este cambio no se ha visto acompañado de la penetración del hombre en el ámbito del hogar» (Solé y Parellá 2008).

Malathi Apparala *et al.* (2003) realizaron un estudio a partir de datos obtenidos en el Eurobarómetro, relativos a 10000 encuestados en 13 países europeos, entre ellos España, para valorar las actitudes más o menos igualitarias en relación con la participación en las labores domésticas y el cuidado de los hijos. En él concluyeron que eran las mujeres, jóvenes y con ideas políticas menos conservadoras las que ostentaban actitudes más igualitarias. Por el contrario, otros factores como un menor producto interior bruto del país de pertenencia o la existencia de una ideología religiosa (específicamente, la ideología católica) parecían relacionarse con la predisposición hacia conductas menos equitativas (Apparala, Relfman, y Munsch 2003).

En un contexto más actual, la publicación del Instituto Nacional de Estadística, *Mujeres y hombres en España 2020*, muestra datos interesantes al respecto. Así, dice este informe, las mujeres trabajadoras consagran cuatro horas diarias al cuidado y educación de los hijos/nietos frente a las dos horas dedicadas de media por el colectivo trabajador masculino. En cuanto a las tareas domésticas, los hombres trabajadores destinan a su realización una hora diaria, mientras las mujeres emplean el doble. Literalmente, se observa una doble jornada en el caso de las madres que, teniendo una pareja trabajadora, dedican 37,5 horas semanales al trabajo no remunerado frente a las 20,8 que dedican los hombres en la misma situación (Instituto Nacional de Estadística 2021). Alamillos, por otro lado, destacaba que la maternidad produce una reducción en la tasa de empleo (remunerado) de las mujeres y una mayor proporción de trabajo a jornada parcial (Alamillos Guardiola 2016).

Más allá de las cifras, para las mujeres, asumir este trabajo doméstico añadido al desempeño remunerado de una profesión no supone, únicamente, mayor carga física, se trata además de un enfrentamiento entre las tareas tradicionalmente asignadas a su rol como mujer-esposa y las elegidas en base a una identidad alejada de este, lo que genera «contradicciones aún no saldadas», especialmente en mujeres con carreras profesionales satisfactorias, donde la maternidad ostenta un peso específico (Zicavo 2013). Esto se debe, para Solé y Parellá, a que «los cambios estructurales que han permitido a la mujer incorporarse a la esfera pública no se corresponden con cambios simbólicos alrededor de la maternidad ideal, puesto que sigue vigente la inercia del modelo tradicional de la maternidad intensiva» (Solé y Parellá 2008). El vigor del modelo tradicional se asienta, para Almudena De Linos, en un mecanismo, tanto implícito como explícito, de transferencia madre-hija que produce una persistencia del mismo siempre que: resulte adaptable a la realidad social de la hija y se relacione con una imagen positiva de su vivencia de la infancia (De Linos Escario 2018).

Zicavo trató de analizar los dilemas que la maternidad implicaba para mujeres trabajadoras de clase media en la Ciudad de Buenos Aires. La autora, a través del uso de grupos focales y entrevistas en profundidad, desentraña los diferentes sentimientos que emergen cuando mujeres independientes, con un nivel medio o alto de formación y un desarrollo laboral satisfactorio se enfrentan a la maternidad. En esta situación, la mujer se coloca frente a la disyuntiva entre un imperativo clásico: volver al hogar, subyugando sus anhelos profesionales al ejercicio de «buena madre»; y el de una nueva obligación, derivada del constructo actual de mujer moderna: «el de no convertirse sólo en madres», que parece haber pasado de ser una opción a ser interpretado como un nuevo mandato (Zicavo 2013).

En un ámbito muy diferente, Covarrubias, se preguntó por el tipo de reflexiones que las mujeres trabajadoras, de zonas rurales en el centro de Chile, hacían con respecto a su maternidad. Así mismo trató de averiguar los significados y las vivencias que las personas, hombre o mujeres, tenían respecto a las «las expectativas de roles de género en el vínculo familia y trabajo» (Covarrubias Terán 2012). A través de entrevistas en profundidad se exploraron como ejes principales: desarrollo personal y profesional, formación de pareja, constitución de la familia, y maternidad, trabajo y familia. Entre sus hallazgos resulta importante mencionar que las mujeres vinculaban a un acto de responsabilidad el abandono del trabajo fuera del hogar «en pro de proporcionar una formación y educación de calidad para sus hijo/as, redundando potencialmente en un óptimo desarrollo físico, moral y afectivo». Este abandono daba respuesta, además, al conflicto de rol establecido entre sus demandas como trabajadoras, amas de casa y madres en el que «la madre se ha apropiado de valores de un rol social *del deber ser como madre* que implica que para una mujer-madre, un trabajo remunerado es opcional y que no se constituye en una característica de sí misma como persona productiva» (Covarrubias Terán 2012). Para analizar estos hallazgos y frente a los postulados de Brody (Arendell y Brody 2001), que sugería que las mujeres dan más importancia a la esfera familiar mientras para los hombres adquiere mayor significación el logro laboral, la autora defiende que resulta más apropiado «ubicar la práctica de cada agente (persona), sus condiciones, metas, deseos, así como los afectos interrelacionados en la misma» que tipificarlos como hombres-instrumentales y mujeres-emocionales (Covarrubias Terán 2012).

Las actitudes de priorización de la maternidad como acto de responsabilidad se repiten en sociedades y culturas muy distintas. Un estudio de metodología mixta (cuali-

cuantitativa), desarrollado en Japón, exploró las convicciones que un grupo de 116 madres, de clase social media, tenía en relación con la prioridad de su rol maternal. La investigación concluyó que un 86% estaba completamente de acuerdo en que el estilo de crianza influía en el futuro de sus hijos y un 75% coincidía en afirmar que las mujeres debían permanecer en casa, al menos, los primeros 3 años de la vida de sus hijos. Además, un 60% consideraba que las mujeres debían anteponer la crianza de sus hijos a su empleo y la mayoría se sentía recompensada por el esfuerzo que suponía. Sólo un tercio de ellas reconocía que tener hijos limitaba su libertad (Holloway et al. 2006). En este punto es necesario contextualizar que Japón, siendo un país vanguardista en muchos aspectos, es también un país con fuertes valores tradicionales ligados a los vínculos familiares; donde los discursos públicos critican con frecuencia el egoísmo de las mujeres que retrasan o incluso renuncian a la maternidad. Como ejemplo, el que fuera Primer Ministro entre 2000 y 2001, Yoshirō Mori, planteó la posibilidad de condicionar el cobro de prestaciones sociales por jubilación, al cumplimiento de la *responsabilidad cívica* de la reproducción/crianza por parte de las mujeres (Holloway et al. 2006).

En España, Solé y Parellá, llevaron a cabo un estudio cualitativo, a través de grupos focales, en relación con la vivencia de la maternidad por parte de mujeres con carreras profesionales «exitosas»¹⁴ (Solé y Parellá 2008). Entre ellas, afloraba el orgullo por la calidad de su desempeño y por el modelo igualitario que ofrecían a su descendencia, si bien continuaba presente cierto grado de culpabilidad/responsabilidad hacia la

¹⁴ Entendiendo, las autoras, como exitoso el modelo *masculino* de carrera profesional, es decir, carreras, con importante componente vocacional, que exigen un elevado nivel de competencia profesional y dedicación plena y que, habitualmente, son retribuidos con abultadas remuneraciones aportando además un estatus social alto.

repercusión negativa que pudiera tener, sobre sus hijos, su forma de vida alejada del modelo tradicional de madre. Para las autoras, emerge aquí el desequilibrio que supone «el intento de reconciliar la ideología con las prácticas cotidianas». Las autoras objetivaron como estas mujeres, que muchas veces precisan de un apoyo externo (profesional o familiar) para el cuidado de los hijos, aún viven esta situación como la delegación de una obligación que les corresponde a ellas de manera casi exclusiva. Por ello, ante el conflicto de desarrollo profesional entre su pareja y ellas, son con frecuencia las que reducen su actividad fuera del hogar, aun cuando esto les suponga una intensa insatisfacción personal. Además, opinan, estas mujeres viven en una permanente contradicción: por un lado, reclaman el reparto de tareas reproductivas y domésticas; por otro, no les resulta difícil compartir estas labores y menosprecian las capacidades de sus pares varones para realizarlas. Las autoras concluyen que la «carencia de correspondencia entre determinadas prescripciones ideológicas y la vivencia de la maternidad no sólo genera culpabilidad, sino también insatisfacción, estrés, renunciaciones y sacrificios» (Solé y Parellá 2008).

Estas mismas vivencias de frustración y culpabilidad, generadas por las diversas fórmulas de conciliar vida familiar y laboral se objetivan en otros estudios realizados en España (Agudo Arroyo y Sanchez de Madariaga 2011; De Linos Escario 2018) donde, para Imaz, la gran revolución que en las últimas décadas ha experimentado la sociedad, abierta a la diversidad y pluralidad de formas familiares no ha desembocado, sin embargo, en una actitud crítica hacia la institución familiar, que sigue ostentando un elevado valor de acuerdo con los datos disponibles (Imaz 2016). Para esta autora, aun cuando las mujeres españolas buscan fórmulas para conciliar su maternidad con su realidad social/laboral y no se reconocen en el modelo maternal de sus progenitoras,

que consideran frustrante para su desarrollo personal, subyace el ideal de la maternidad intensiva como forma de crianza más recomendable para los niños (Imaz 2016). Esto implica que, planteada la maternidad, se genere un conflicto donde «coexistan la reivindicación y el sentimiento de culpa y que, junto a la reclamación de su autonomía como individuos, irrumpa el deseo de cumplir con los mandatos de la buena madre» (Imaz 2016).

También en las FAS, «el rol de madre cuidadora impuesto desde fuera o autoimpuesto por las propias mujeres, como resultado de su proceso de socialización» parece la causa del afloramiento de esta mentalidad tradicional que, en contraposición a sus avances dentro de la institución militar, ocasiona que las mujeres continúen asumiendo el papel de cuidadoras en la familia y siendo mayoritariamente las víctimas del «suelo pegajoso» (Gómez Escarda et al. 2016). Así, cómo Yolanda Agudo ha señalado, las militares presentan una mayor sensibilidad de en relación con el impacto de su ausencia en la vida familiar (Agudo Arroyo 2014); íntimamente relacionada con la falta de corresponsabilidad, entre mujeres y hombres, aún presente en la sociedad española (Gómez Escarda et al. 2016).

En el ámbito castrense, la condición de voluntariedad que rodea la maternidad, sumada a la libre elección de incorporarse a una profesión que exige altos niveles de dedicación y competencia, se ha constituido en argumento para exigir la absoluta consagración de las mujeres a ambos. Por ello, según Nesbitt, la misma autoexigencia que las mujeres militares tienden a aplicar a su desarrollo profesional, y que contribuye a su habitual excelente desempeño, se extiende al ámbito de lo privado; lo que contribuye a sus

sentimientos de frustración cuando se ven obligadas a elegir entre uno de los dos roles, lo que con frecuencia ocurre a lo largo de su carrera (Nesbitt y Evertson 2004).

Diversos autores han estudiado el impacto que la percepción del conflicto maternidad-carrera tiene, desde fases muy tempranas, en las aspiraciones profesionales de las mujeres. En esta línea, Anders, concluyó que tras graduarse las mujeres desestimaban la posibilidad de dedicar su vida a la carrera académica, debido que percibían la maternidad como un factor que lo influiría negativamente (Anders 2004).

Finalmente, Albert *et al.* observaron, en una muestra de estudiantes universitarios, las autolimitaciones que estos preveían imponerse en su desarrollo profesional por razones de conciliación de la vida familiar en función de su género. Para ello utilizaron la clasificación de Hakim (Hakim 1998) en la que se definen tres perfiles de carrera (Centrado en el trabajo; adaptativo; centrado en el hogar) en función, principalmente, de la priorización entre familia y trabajo que hacen las personas y a su predisposición a mantener-abandonar el trabajo remunerado fuera del hogar. Albert *et al.*, concluyeron que sus ideas preconcebidas en relación con la conciliación familiar determinaban drásticamente su predisposición a priorizar su carrera profesional o, por el contrario, relegarla un segundo plano. Así, si las mujeres no coartaran sus carreras por motivos de conciliación familiar se elevaría la proporción de aquellas “centradas en el trabajo” un 120%, pasando del 26,53% a situarse en un 58,39”. En el caso de los hombres, la proporción «con perfil profesional pasaría del 61,16% al 29,63% si los hombres se auto-limitasen igual que lo hacen las mujeres» para ocuparse de las obligaciones familiares (Albert López-Ibor *et al.* 2010).

El desarrollo laboral y el retraso en la edad de maternidad

Las contradicciones ideológicas expuestas en el apartado anterior, no sólo se plasman en las dificultades que la mujer ha encontrado a la hora de materializar su desarrollo en el mercado laboral, sino que, en sentido inverso, pueden condicionar sus decisiones en torno a la maternidad.

Ya en 1981, Booth y Duvall, se preguntaron si existía realmente una relación entre la situación laboral de las mujeres y la fertilidad, pues varios estudios realizados hasta ese momento parecían indicar que la implicación de las mujeres en el trabajo asalariado fuera de casa tenía efectos negativos sobre los indicadores de fertilidad (Booth y Duvall 1981). Sin embargo, destacaban los autores que estos hallazgos se habían encontrado en determinado subgrupo de mujeres (blancas, casadas, de países desarrollados) y que las cifras no eran tan claras para mujeres de otras razas, y/o ubicadas en países en vías de desarrollo. Por ello, los autores sospecharon que en la relación trabajo-fertilidad podían mediar otros factores relacionados con el género, como es el grado de satisfacción con los roles de esposa o de madre, que pudieran empujar a la mujer a una mayor implicación en el mundo laboral como forma de huir de una situación doméstica indeseada. De esta manera, efectivamente, hallaron que el grado de satisfacción con sus roles dentro del núcleo familiar tenía un efecto directo en la relación trabajo-fertilidad. De esta manera, se observaba una relación negativa entre fertilidad y desarrollo laboral, en el caso de mujeres trabajadoras que se mostraban insatisfechas con su rol como madres y/o esposas. Este efecto que, además, era ligeramente mayor en aquellas de convicciones más tradicionales, sin embargo, no se objetivaba en el caso de mujeres que calificaban de «exitosas» sus relaciones domésticas. De ello extrajeron que no se podía

relacionar directamente trabajo y fertilidad, sin considerar la influencia que ejercía la satisfacción personal de las mujeres en otros ámbitos. Los autores, sin concluir firmemente a cerca de las causas de este fenómeno, especularon con la posibilidad de que creencias más tradicionales se relacionaban con la idea de que, para una mujer, crianza y carrera profesional implicaban roles incompatibles (Booth y Duvall 1981).

Alamillos afirma que «la incorporación de la mujer a un mundo hecho por y para hombres, donde no existen condiciones laborales que favorezcan la maternidad y conciliación de la vida familiar, hace que la mujer posponga la maternidad hasta poder disponer de condiciones óptimas para ello» (Alamillos Guardiola 2016). Esto da lugar al aumento de la edad media de la primera maternidad (Alamillos Guardiola 2016), que puede constatarse a través de una consulta a los datos del Instituto Nacional de Estadística (Instituto Nacional de Estadística 2020b). Así se observa, que la edad media a la que las mujeres españolas tienen su primer hijo se ha incrementado a lo largo de los 15 años transcurridos entre 2002 y 2020 ha pasado de 29.52 años a 32.84. Esta estadística también recoge una importante disminución de las tasas nacionales de fertilidad y de natalidad, que en 2002 y 2020 se situaban, respectivamente, en 37.22 y 29.80 nacimientos por cada 1000 mujeres (Instituto Nacional de Estadística 2020b).

Esta disminución, en la natalidad no supone un problema alarmante ni mucho menos constituye una «epidemia» (Alamillos Guardiola 2016; Campos 2011), sin embargo, si es una cuestión que ha suscitado una creciente atención (Campos 2011; Imaz 2016) y en la que podrían mediar intereses económicos (Alamillos Guardiola 2016).

Sin embargo, Alamillos reclama la atención sobre la inexistencia de dato alguno relativo a la fertilidad masculina o la media de edad de los hombres que son padres por primera vez. Para esta autora, este hecho corrobora la hipótesis de que «todavía se centra la maternidad en la mujer, adjudicándole mayor importancia a la parte femenina de la reproducción, cuando el varón, posiblemente tiene los mismos problemas». La autora defiende que el condicionante biológico de la edad influye sobre hombres y mujeres, pero que la facilidad de acceso a los datos de la maternidad y su uso estadístico han contribuido a relacionar infertilidad con condiciones biológicas de la madre, restando importancia a las del padre, y colocando la carga social de la reproducción en los hombros de las mujeres (Alamillos Guardiola 2016).

LA MATERNIDAD NORMATIVA

Evolución de la normativa de protección a la maternidad

En relación con la regulación normativa de la protección a la maternidad, cabe destacar que ciertos autores la consideran como uno de los principales obstáculos que la mujer ha encontrado para su pleno desarrollo personal. Así Eduardo Caamaño afirma que (Caamaño Rojo 2010):

La legislación laboral, nacida como respuesta a la problemática social de comienzos del siglo XX, fue estructurando un modelo de protección de la mujer que terminó por marginarla paulatinamente del mercado de trabajo y, a la vez, fue consolidando un pacto de producción y reproducción a partir del arquetipo de hombre proveedor y mujer cuidadora.

Para Beatriz Campos, este tipo de normativas, a la vez que transmiten una protección y promoción de la natalidad, suponen «la apropiación de la maternidad por parte del patriarcado crea una identidad homogénea para todas las mujeres y difumina sus posibilidades de emancipación» (Campos 2011). La autora argumenta que la implantación de un modelo normativo de la maternidad, elimina «las diferencias individuales de las mujeres y no se permite contemplar las distintas posibilidades de maternidad, su variabilidad y sus paradojas», sino que, por el contrario, «lleva a identificaciones esencializantes como las del instinto maternal biológico».

Por su parte, Noelia Igareda afirma que el interés estatal surgió de una «ideología higienista y pronatalista», basada en intereses demográficos (Igareda González 2009). Según la autora, tras la Revolución Industrial, los estados buscaban fórmulas que

permitieran a las mujeres acceder y mantenerse en el mercado laboral como mano de obra imprescindible, a la vez que cumplían con su rol como reproductoras y cuidadoras principales (Igareda González 2009).

En España, la ley de 13 de marzo de 1900 regulaba que las mujeres no podían trabajar hasta, al menos, 3 semanas después del parto y que tenían derecho, durante el periodo de lactancia a una hora libre para «dar el pecho a sus hijos» (Ministerio de la Gobernación 1900). Unos años después, el Boletín del Instituto de Reformas Sociales (nº 26, 1906) recogía la propuesta, surgida del Congreso de la Unión General de Trabajadores, para la reforma de dicha Ley que ampliaría la duración del permiso postparto. Para ello, dicho Instituto, presentaba una amplia revisión de la legislación internacional al respecto aportando, además, la opinión de reputados expertos médicos. De esta manera, exponiendo el trabajo durante el embarazo y el periodo inmediato al parto como causa de una mayor morbilidad ginecológica, así como de un aumento de la mortalidad perinatal, consideraban estos hechos una causa de preocupación social, que más allá de la clase trabajadora que la padecía, «afecta a todas, interesadas en la conservación de la raza» (Instituto de Reformas Sociales 1906). Así pues, la maternidad se convertía en un bien especialmente protegido, principalmente, por la supervivencia y reproducción de la especie y de la mano de obra necesaria para la sociedad (Instituto de Reformas Sociales 1906). Enfatizaba además, este informe, los riesgos de la lactancia artificial para los lactantes cifrando en un 38.4%, las muertes infantiles debidas a «la mala alimentación a la cual están sometidos, y sobre todo, a la falta de pecho materno» dentro del primer año de vida (Instituto de Reformas Sociales 1906).

El hecho es que la normativa fue finalmente modificada en 1907, quedando como sigue (Ministerio de la Gobernación 1907):

Art. 9 No se permitirá el trabajo a las mujeres durante un plazo de cuatro a seis semanas posteriores al alumbramiento. En ningún caso será dicho plazo inferior a cuatro semanas: será de cinco ó de seis si de una certificación facultativa resultase que la mujer no puede, sin perjuicio de su salud, reanudar el trabajo.

No se añadía articulado alguno con respecto a la lactancia materna, pero se consideraba que esta ampliación del permiso proporcionaría un plazo adecuado para que la madre hubiera consolidado la lactancia natural como forma de alimentación para su hijo (Instituto de Reformas Sociales 1906).

Esta modificación, «situaba a nuestro ordenamiento jurídico entre los más avanzados en materia social, y en concreto en relación con la protección de la maternidad» (Espuny 2007). España se equiparaba, en el descanso mínimo, a países como Austria, Bélgica o Inglaterra, que ya proporcionaban 4 semanas de descanso a las trabajadoras, si bien para poder disfrutar de las dos semanas restantes era preceptivo un informe médico. Lo contrario ocurría en países como Alemania o Suiza, con 6 y 8 semanas de descanso por norma, donde un informe facultativo era necesario para poder reducir este periodo postparto a 4 y 6 semanas, respectivamente (Instituto de Reformas Sociales 1906).

Sin embargo, dice M^a Jesús Espuny, esta reforma legal no satisfizo plenamente las reivindicaciones de las clases trabajadoras, ya que no se complementaba con medidas económicas que, mediante algún tipo de indemnización, permitieran a las mujeres y sus familias afrontar la carestía que la ausencia de su puesto les imponía (Espuny 2007). Frente a estas pretensiones, el Instituto de Reforma Social, se limitó a adquirir el

compromiso de realizar las indagaciones previas que permitieran, en un futuro, la creación de cajas de maternidad que paliaran la privación de salario a la que la ley obligaba a las trabajadoras por causa de su maternidad (Espuny 2007). En tanto, el debido reposo de la trabajadora embarazada o recién parida, regulado por la Ley de 1907, no llegaba a materializarse «pero no por ignorancia, sino por necesidad» (Cuesta 2012).

Así describía la problemática León Leal Ramos, en una columna denominada *mutualidades maternas*, el 1 de septiembre de 1923 (Leal Ramos 1923):

Si al par que la ley hubieran surgido instituciones que a la madre obrera, obligada a descansar para atender a su restablecimiento y a la crianza del recién nacido, hubieran proporcionado una compensación de los salarios perdidos en las semanas del obligado reposo, seguramente que muchas de esas encadenadas al trabajo que pusieron en peligro su existencia y comprometieron la vida del fruto de sus entrañas por reintegrarse prematuramente al taller, a la fábrica, al lavadero o a la tierra, se hubieran acogido a las prescripciones de la ley que pensó en tutelarlas.

Fue poco antes, en abril de ese mismo año 1923, cuando en España se había publicado una Real Orden para que el Instituto Nacional de Previsión procediera «con la mayor urgencia posible» al desarrollo necesario para regular el Seguro Obligatorio de Maternidad (Ruiz-Berdún y Gomis Blaco 2017). Así se garantizaba el compromiso, suscrito en 1919, tras la Primera Conferencia Internacional del Trabajo (Washington)¹⁵,

¹⁵ “En todas las empresas industriales o comerciales, públicas o privadas, o en sus dependencias, con excepción de las empresas en que sólo estén empleados los miembros de una misma familia, la mujer:

- (a) no estará autorizada para trabajar durante un período de seis semanas después del parto;
- (b) tendrá derecho a abandonar el trabajo mediante la presentación de un certificado que declare que el parto sobrevendrá probablemente en un término de seis semanas;
- (c) recibirá, durante todo el período en que permanezca ausente en virtud de los apartados a) y b), prestaciones suficientes para su manutención y la del hijo en buenas condiciones de higiene;

de conceder a las obreras un periodo de descanso durante las seis semanas previas al parto y prohibir su incorporación laboral hasta seis semanas después (Organización Internacional del Trabajo 1919; Ruiz-Berdún y Gomis Blaco 2017); y el de mantener el cobro de prestaciones durante la ausencia de la trabajadora a cuenta del Tesoro Público o de un sistema de seguro específico (Organización Internacional del Trabajo 1919). Sin embargo, la llegada en septiembre de la dictadura de Primo de Rivera «dilató sine die la aprobación de este seguro, a punto de implantarse» (Cuesta 2012), que no comenzó a funcionar de manera efectiva hasta el 1 de octubre de 1931, ya en tiempos de la Segunda República, a pesar de haberse sancionado en marzo de 1929 (Ruiz-Berdún y Gomis Blaco 2017). Opina Noelia Igareda que, a este respecto, la labor legislativa de este periodo en España fue reseñable, normalizándose también «el matrimonio civil, el divorcio, el reconocimiento de la igualdad entre los hijos matrimoniales y extramatrimoniales» o «la posibilidad de investigar la paternidad» (Igareda González 2009).

A este respecto, es importante recordar que la República se cimentaba en una Constitución que recogía la igualdad¹⁶ (Art.25) y el derecho al voto para todos los ciudadanos mayores de 23 años sin distinción de sexo¹⁷ (Art.36), al que contribuyó de forma épica la Diputada Clara Campoamor (Castro Torres 2013; Cortes Constituyentes

dichas prestaciones, cuyo importe exacto será fijado por la autoridad competente en cada país, serán satisfechas por el Tesoro público o se pagarán por un sistema de seguro. La mujer tendrá además derecho a la asistencia gratuita de un médico o de una comadrona. El error del médico o de la comadrona en el cálculo de la fecha del parto no podrá impedir que la mujer reciba las prestaciones a que tiene derecho, desde la fecha del certificado médico hasta la fecha en que sobrevenga el parto;

(d) tendrá derecho en todo caso, si amamanta a su hijo, a dos descansos de media hora para permitir la lactancia.”

¹⁶ Artículo 25. No podrán ser fundamento de privilegio jurídico: la naturaleza, la filiación, el sexo, la clase social, la riqueza, las ideas políticas, ni las creencias religiosas. El Estado no reconoce distinciones ni títulos nobiliarios(Cortes Constituyentes 1931).

¹⁷ Artículo 36. Los ciudadanos de uno y otro sexo, mayores de 23 años, tendrán los mismos derechos electorales conforme determinen las leyes(Cortes Constituyentes 1931).

1931). Sin embargo, en opinión de Mary Nash, «todavía funcionaban mecanismos extraoficiales de control social destinados a mantener la asimetría entre los sexos, muy pocas mujeres tenían acceso a la vida pública y política, y, pese a una legislación en contrario, la discriminación salarial y la segmentación profesional eran rasgos propios del empleo femenino» (Nash 1991).

En los años que precedieron al desarrollo del Seguro de Maternidad, el Instituto de Previsión realizó varias encuestas para conocer la opinión de todos los actores sociales implicados en ella si bien pudo constatarse «que las cuestiones de los seguros, y aún peor, las relativas a la maternidad, no debían interesar a la mayor parte de la población» (Cuesta 2012). Entre las cuestiones de interés en los respondientes a dichos cuestionarios destacaba la consideración que el Seguro hiciera de las «edades de las mujeres madres; plazos del permiso de maternidad, antes y después del alumbramiento; derechos y condiciones laborales y económicas que generaba el alumbramiento de las mujeres trabajadoras; prestaciones o subsidios que debían concederse; y condiciones de la lactancia materna» (Cuesta 2012). Con respecto a esta última cabe destacar dos propuestas que recoge la autora: Por un lado el carácter obligatorio de la lactancia materna, a vigilar por los estamentos oportunos; y, por otro, la compensación económica a través de un subsidio por lactancia natural. Ambas propuestas provocaron cuestiones sobre cómo actuar en aquellos casos en que la mujer no pudiera amamantar a su hijo a causa de «deficiencia física» debidamente acreditada por un facultativo, para las que se reclamaba cierta compensación económica destinada a alimentos sustitutorios (Cuesta 2012). Finalmente, parece que se regularon condiciones que hicieran posible la lactancia materna y cierto tipo de «premios de lactancia» (Cuesta 2012).

A este respecto, Badinter defiende que la indiscriminada defensa de la lactancia materna no ha influido positivamente en el devenir de las mujeres. Dice la autora que «este gesto milenario, lejos de ser anodino, expresa una filosofía de la maternidad que condicionó y condiciona, a día de hoy, el estatus de la mujer y su papel en la sociedad». Así, en su obra «La mujer y la madre», la autora destaca el combate ideológico que el movimiento conocido como *La leche League* ha propiciado desde su fundación allá en los años 60, basando su argumentación en cuatro pilares fundamentales que progresivamente han calado en la sociedad occidental: «La autoridad moral de la naturaleza» -como proveedora del orden natural que permite a una madre satisfacer del mejor modo las necesidades de un hijo¹⁸-, «las ventajas de la lactancia, el estatuto de la mujer y la reforma moral de la sociedad» (Badinter 2017).

Durante la dictadura, en España, la ideología franquista nacional-catolicista fortaleció el ideal de mujer limitado a su rol madre-esposa y, con éste, la normativa basada en la soberanía masculina donde la natalidad se promovió a través medidas como el subsidio familiar, los premios de familia numerosa o los pluses por cargas familiares (Igareda González 2009). En palabras de Mary Nash (Nash 1991):

Las mujeres quedaron politizadas a través de la noción de un destino femenino común determinado por su capacidad reproductora. La sexualidad, trabajo y educación de las mujeres se regulaban de acuerdo con esta función social, mientras que se idealizaba la maternidad y se consideraba un deber para la con la patria. La ideología franquista relegó a las mujeres a una especie diferente, identificándolas

¹⁸ En este punto además prevalece la «oposición a la época científica e industrial»(Badinter 2017).

exclusivamente como madres cuya descendencia pondría fin a la tendencia a la baja de la natalidad y evitaría así la decadencia del Estado español.

En esta línea, el Artículo 22 del Fuero de los Españoles rezaba: «El Estado reconoce y ampara a la familia como institución natural y fundamento de la sociedad, con derechos y deberes anteriores y superiores a toda Ley humana positiva. El matrimonio será uno e indisoluble; El Estado protegerá especialmente a las familias numerosas» (Jefatura del Estado 1945).

El «familiarismo»¹⁹ impregnaba las políticas sociales, en un sistema que vinculado prestaciones y trabajo, ponía al hombre como proveedor de una familia donde de forma ideal la mujer se encargaba del cuidado de los, a ser posible, numerosos hijos (León Borja 2002).

Para Margarita León Borja, los «seguros sociales no fueron en modo alguno ideados partiendo de una noción de igualdad o justicia social, sino que su razón de ser tenía más que ver con el mantenimiento de un orden social, donde la familia ejercía una función principal, que con principios realmente redistributivos» (León Borja 2002). La estructuración de las prestaciones sociales vinculadas al empleo «fueron y son obstáculos importantes para una igualdad efectiva entre varones y mujeres, con incidencia de las variables socio-económicas, edad, nivel educativo, y origen además del género» (Lombardo y León 2015). Muestra de ello es la revisión del Convenio sobre la

¹⁹ Considerado por Margarita León Borja como «un atributo de los sistemas de bienestar del sur de Europa, que asignan un máximo de obligaciones de bienestar a la unidad familiar. Esto va más allá de meras políticas familiares, ya que se trata de un componente implícito más que explícito, que opera aún en ausencia de políticas directamente dirigidas a la familia» (León Borja 2002).

Maternidad de la Organización Internacional del Trabajo, que entró en vigor el 7 de septiembre de 1955 y que España no ratificó hasta el 17 de mayo de 1965. Este convenio era más garantista desde el punto de vista de las prestaciones económicas y ampliaba el permiso maternal a 12 semanas, con la obligación de disfrutar de al menos 6 después del parto. España lo firmo excluyendo de sus beneficios a «las mujeres asalariadas que trabajan en su domicilio»²⁰ (Organización Internacional del Trabajo 1952) .

A partir del año 1975, con la llegada de un nuevo orden democrático se inicia en España la transición que, para Lombardo y León, «supuso un giro de ciento ochenta grados en materia de igualdad de género y políticas sociales» (Lombardo y León 2015). Para estas autoras la regulación normativa que la Constitución hizo del principio de igualdad²¹(Jefatura del Estado 1978), respondía a un cambio social que ya se había producido y resaltan como, entre los años 1980 y 1981, se regularon progresivamente la igualdad en las remuneraciones, el divorcio de mutuo acuerdo, la igualdad los conyuges y la de los hijos alumbrados fuera del matrimonio (Lombardo y León 2015). Esa primera legislatura de la Unión del Centro Demotrático (UCD) de Adolfo Suarez, se siguió de una victoria del Partido Socialista Obrero Español (PSOE) que acometió con energía las reformas en materia de género impulsado, de acuerdo a las autoras, «por el

²⁰ El mismo Convenio preveía esta posibilidad, puesto que su Artículo 7 establecía: Todo Miembro de la Organización Internacional del Trabajo que ratifique el presente Convenio podrá, mediante una declaración anexa a su ratificación, prever excepciones en la aplicación del Convenio con respecto a:

- (a) ciertas categorías de trabajos no industriales;
- (b) los trabajos ejecutados en las empresas agrícolas, salvo aquellos ejecutados en las plantaciones;
- (c) el trabajo doméstico asalariado efectuado en hogares privados;
- (d) las mujeres asalariadas que trabajan en su domicilio;
- (e) las empresas de transporte por mar de personas y mercancías

²¹ “Artículo 14. Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.”(Jefatura del Estado 1978)

incipiente proceso de europeización y por desarrollo del feminismo de estado» (Lombardo y León 2015). Destaca, entre ellas, la creación del Instituto de la Mujer, por medio de la Ley 16/1983, dependiente entonces del Ministerio de Cultura y con la función fundamental «de promover y fomentar las condiciones que posibiliten la igualdad social de ambos sexos y la participación de las mujeres en la vida política, cultural, económica y social» (Alcañiz 2011; Ministerio de Igualdad 2020). A la creación de este Instituto, y debido al aumento progresivo de competencias de las Comunidades Autónomas, siguieron la creación de distintas instituciones homólogas de carácter autonómico (Alcañiz 2011).

En septiembre de 1987, el Instituto de la Mujer, presentó el Primer Plan de Igualdad de Oportunidades de las Mujeres²² en línea con los programas de «Acción de la Comunidad Europea para la promoción de la igualdad de oportunidades para las mujeres» que se venían publicando desde 1982²³ (Alcañiz 2011), que recogía, entre sus 120 medidas, algunas relativas a «familia y protección social» (Ministerio de Igualdad 2020). Margarita León asegura, respecto del Instituto de la Mujer, que si bien se encontraba limitado para desarrollar políticas efectivas a través de sus planes, «la estrategia para abordar la

²² Al que sucedieron otros planes de igualdad de oportunidades correspondientes a los periodos 1993-1995, 1997-2000 y 2003-2006. A partir de la publicación en 2007 de la Ley Orgánica para la Igualdad de Derechos Efectiva entre Hombres y Mujeres, los planes pasan a considerarse estratégicos. Hasta ahora se han publicado dos Planes Estratégicos de igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres correspondientes a los periodos 2008-2011 y 2014-2016, estando en desarrollo actualmente el plan 2018-2021.

²³ Se publicaron cuatro Programas de Acción de la Comunidad Europea para la promoción de la igualdad de oportunidades para las mujeres correspondientes a los periodos 1982-1985, 1986-1990, 1991-1995 y 1996-2000. Ya en el siglo XXI, fueron sustituidos por Estrategia Marco Comunitaria sobre la igualdad entre hombres y mujeres 2001-2005, como “nuevo método de actuación política para alcanzar una igualdad de oportunidades real, con la aplicación del enfoque integrado de género” (Alcañiz 2011). Ya en 2005, fue aprobado el Plan de Trabajo para la igualdad entre hombres y mujeres, 2005-2010; abordando cómo áreas de interés: “la independencia económica para las mujeres y los hombres; la conciliación de la vida privada y la actividad profesional; el equilibrio representativo en los ámbitos de la toma de decisiones; la erradicación de todas las formas de violencia de género; la eliminación de los estereotipos sexistas; y la promoción de la igualdad de género en la política exterior” (Alcañiz 2011)

discriminación de género se formulaba a través de la individuación de derechos y la autonomía económica de las mujeres y el rechazo abierto a cualquier resonancia familiarista anterior» (León Borja 2002). Sin embargo, admite la autora, dicho «familiarismo» convive aún con las políticas sociales (León Borja 2002).

Noelia Igareda, apoya la idea de que las políticas tanto españolas como europeas en materia de trabajo y de igualdad, se han construido sobre conceptos de maternidad y paternidad basados en la distribución tradicional de roles. Así, por ejemplo, considera que la vinculación de los «sistemas de cuidado infantil» con la promoción del pleno empleo de la mujer, «presupone que las responsabilidades de cuidado de los niños/as es una responsabilidad única y exclusiva de las mujeres, por tanto, no se cuestiona su rol de cuidadoras» (Igareda González 2009). Estas políticas apoyan un modelo subyacente de maternidad intensiva (Igareda González 2009) al que, de acuerdo con Badinter, han contribuido las orientaciones ecológicas y naturalistas resurgidas en el feminismo en los años 80, así como las aportaciones que, desde las ciencias del comportamiento, han apoyado las teorías primero del apego²⁴ y luego del vínculo²⁵ (Badinter 2017).

De acuerdo con Campos, «al quedar establecidos los espacios y actividades de la maternidad normativa, vinculados al ámbito de lo privado y al cuidado de los y las demás, se reducen las opciones vitales de las mujeres y sus posibilidades identitarias quedan en gran medida dependientes de todo lo vinculado a la maternidad» (Campos 2011)“. Fue el Segundo Plan de Oportunidades 1993-1995, el que de manera innovadora señaló el impacto que la «doble carga», doméstica-laboral, implicaba en el desarrollo

²⁴ Del niño hacia la madre

²⁵ De la madre hacia el niño.

profesional de las mujeres y en sus oportunidades de progresión (Lombardo y León 2015).

Los años noventa se caracterizaron, en lo que a generación normativa se refiere, a la trasposición de las directivas europeas a la legislación española proporcionó un nuevo marco normativo con diferentes perspectivas sobre la maternidad y la conciliación familiar. Así la ley 42/1994, sobre medidas fiscales, administrativas y de orden social, trasladaba el contenido de la directiva europea 92/85/EEC²⁶, que considera que «la protección de la seguridad y de la salud de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia, no debe desfavorecer a las mujeres en el mercado de trabajo y no debe atentar contra las directivas en materia de igualdad de trato entre hombres y mujeres» (Consejo de las Comunidades Europeas 1992). Esta normativa supuso un avance sustancial para las mujeres y un cambio en la perspectiva previa desde la que el periodo de descanso preciso para recuperarse tras el parto era contemplado como un proceso análogo a una enfermedad. Así la «baja» por maternidad, pasó a contemplarse como un permiso que, además de ser ampliado a 16 semanas (Ministerio de la Presidencia 1994). Esta ampliación del permiso, que hasta ese momento suponía una «baja» de 14 semanas, se acompañó de una mejora en la prestación económica (100% de la base a reguladora) y de una reducción a la mitad del periodo mínimo de cotización previo necesario, que pasó a ser de 180 días (Lombardo y León 2015). Además, desde ese momento el estado asumiría el importe de las cotizaciones a la seguridad social durante ese periodo (Lombardo y León 2015). Para Lombardo y León,

²⁶ *Relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia*

esta ley permitió la convergencia de las perspectivas y las regulaciones españolas con la europeas (Lombardo y León 2015).

Ya en noviembre de 1999, bajo la primera legislatura del Presidente del Gobierno D. José M^a Aznar, se publica la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. Esta Ley pretende trasponer dos importantes directivas, 92/85/CEE y 96/34/CE relativas, por un lado, a la salud y la seguridad de la mujer trabajadora durante el embarazo, posparto y lactancia; y por otro, a los permisos correspondientes por maternidad/paternidad y por fuerza mayor «como medio importante para conciliar la vida profesional y familiar y promover la igualdad de oportunidades y de trato entre hombres y mujeres» (Jefatura del Estado 1999b). Se pretendía facilitar la corresponsabilidad parental al contemplar la opción de que el padre disfrutara 10 de las 16 semanas de permiso, simultáneamente o no al descanso mínimo de 6 semanas de la madre. Además, se ampliaba el permiso en caso de parto múltiple en dos semanas por hijo, a partir del segundo, se homogeneizaban los permisos por adopción para niños menores de 6 años con idéntica duración al de un nacimiento²⁷ y se preveía el derecho a la reducción de jornada (Jefatura del Estado 1999b). Para Alcañiz, esta norma supuso la base para las políticas de conciliación familiar en la legislación española (Alcañiz 2011). Sin embargo, Margarita León Borja señala que aunque la ley prevé el derecho a la reducción de la jornada de trabajo y contempla el permiso parental, la incidencia es imperceptible, en el primer caso, por la falta de garantías de seguridad en el empleo y por las consecuencias en la reducción de salario,

²⁷ Previamente, difería en caso de que el niño adoptado tuviera menos de 5 años o menos de 9 meses (Jefatura del Estado 1999b).

y en el segundo, por tratarse de un permiso vinculado y dependiente de la baja por maternidad» (León Borja 2002).

Más adelante, con la llegada del nuevo siglo, llegó el Plan de Apoyo Integral a las Familias 2001-2004 que recogía, por un lado, incentivos económicos para las empresas que emplearan mujeres y por otro la desgravación fiscal, aún en vigor, de 1200 euros anuales para las madres trabajadoras con hijos menores de tres años (León Borja 2002; Lombardo y León 2015).

Ya en el año 2004, el primer gobierno del socialista de D. José Luis Rodríguez Zapatero se constituyó de manera paritaria, como un guiño hacia el compromiso con las reivindicaciones feministas (Lombardo y León 2015). La Ley Orgánica de Violencia de Género (1/2004), la Ley 13/2005 que legalizaba el matrimonio homosexual, la Ley de Dependencia 39/2006 y, posteriormente, en 2007, la Ley Orgánica para la Promoción Efectiva de la Igualdad entre Hombres y Mujeres (LPEIHM), 3/2007, fueron publicadas en esta fase progresista (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo 2007; Jefatura del Estado 2004, 2005, 2006b).

La Ley 13/2005, que observa el derecho al matrimonio entre dos personas con independencia de su sexo y como consecuencia, todos aquellos derivados de dicho estado civil, «tanto los referidos a derechos y prestaciones sociales como la posibilidad de ser parte en procedimientos de adopción», abrió así la puerta al reconocimiento formal de nuevas formas de parentalidad (Jefatura del Estado 2005).

Por su parte, la L.O. 3/2007, destaca en su preámbulo «la dimensión transversal de la igualdad, seña de identidad del moderno derecho antidiscriminatorio», especificando que el texto es de aplicación al conjunto de la política pública española ya sea local,

autonómica o estatal (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo 2007). De hecho a través de su articulado se conmina a las diferentes administraciones públicas a integrar el principio de igualdad. En este sentido, por ejemplo, los capítulos IV y V se dirigen a las Fuerzas Armadas²⁸ y a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, respectivamente. Con respecto a la discriminación por embarazo o maternidad, el artículo 8, dice: «Constituye discriminación directa por razón de sexo todo trato desfavorable a las mujeres relacionado con el embarazo o la maternidad» (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo 2007).

En relación con los permisos por paternidad, sea biológica o por adopción, esta ley los amplía a 13 días²⁹ como «derecho individual y exclusivo del padre» (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo 2007) con el objetivo de fomentar la corresponsabilidad del padre en el cuidado de los hijos (Castro Torres 2013). Además, la norma contempla (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo 2007):

- la ampliación en dos semanas del permiso de maternidad en el caso de hijos con discapacidad, que indistintamente pueden disfrutar padre o madre;
- la posibilidad de optar a una reducción de jornada hasta que el menor de los hijos cumpliera ocho años³⁰;

²⁸ Artículo 65. Respeto del principio de igualdad. Las normas sobre personal de las Fuerzas Armadas procurarán la efectividad del principio de igualdad entre mujeres y hombres, en especial en lo que se refiere al régimen de acceso, formación, ascensos, destinos y situaciones administrativas.

Artículo 66. Aplicación de las normas referidas al personal de las Administraciones públicas. Las normas referidas al personal al servicio de las Administraciones públicas en materia de igualdad, prevención de la violencia de género y conciliación de la vida personal, familiar y profesional serán de aplicación en las Fuerzas Armadas, con las adaptaciones que resulten necesarias y en los términos establecidos en su normativa específica (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo 2007).

²⁹ Ampliables en caso de parto/adopción múltiple en dos días más por hijo, a partir del segundo (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo 2007).

³⁰ Previamente la edad máxima del hijo que justificaba la reducción de jornada era seis años.

- la posibilidad de optar a reducciones mínimas equivalentes a un octavo de la jornada;
- la duración mínima de la excedencia voluntaria por cuidado de hijos o familiares a cargo, se fija en cuatro meses.

En Octubre de 2009, se publicaba la Ley 9/2009, de 6 de octubre, de ampliación de la duración del permiso de paternidad en los casos de nacimiento, adopción o acogida que fijaba en cuatro semanas la duración del permiso de paternidad (Jefatura del estado 2009). Sin embargo, su entrada en vigor, prevista para el 1 de enero de 2011, se fue retrasando y finalmente se produjo de forma efectiva el 1 de enero del año 2017³¹ (Jefatura del estado 2009). Esta norma pretendía fomentar también «campañas de sensibilización para promover que los hombres asuman una parte igual de responsabilidades familiares» (Jefatura del estado 2009) en coherencia con la opinión de Camaño Rojo que afirma (Caamaño Rojo 2010):

Una acción normativa tendiente a redefinir la protección de la maternidad en torno al reconocimiento de la necesaria conciliación de trabajo y familia, la corresponsabilidad de los progenitores en sus deberes como proveedores y cuidadores y la materialización de la igualdad efectiva entre hombres y mujeres, pasa indefectiblemente por un proceso de cambio cultural promovido por acciones positivas del Estado que posibilite un amplio respeto a la diversidad y, sobre todo, el real reconocimiento de la mujer como una ciudadana plena en todos los ámbitos de la vida social.

³¹ Se modificó la Disposición final segunda que finalmente recoge la fecha definitiva de entrada en vigor (1 de enero de 2017).

Y es que llama la atención que a pesar de toda la normativa de protección a la maternidad y, de acuerdo a un informe de 2014 de la OIT, en España se «ha dado cuenta de tácticas de presión a trabajadoras embarazadas y madres recientes, como el acoso, para inducir las a renunciar» (Ryder 2014).

Ya estrictamente en el ámbito de la función pública, se han realizado recientemente nuevas ampliaciones del permiso de paternidad que pretenden ser ejemplo en la «implementación de medidas de corresponsabilidad». Así, a lo largo del año 2018, se produjeron dos ampliaciones consecutivas del permiso de paternidad. Por un lado, en aplicación de la Ley 6/2018, de Presupuestos Generales del Estado, se amplió a 5 semanas (Jefatura del Estado 2018). Por otro, se aprobó, por resolución de 22 de Noviembre, prolongar este permiso a 16 semanas en base al acuerdo alcanzado, a finales del mes de octubre en la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado (Ministerio de Política Territorial Y Función Pública 2018). Por tanto, en este ámbito, y dado que el permiso de maternidad permanece invariable desde el año 1994, los permisos de maternidad y paternidad son idénticos en duración e intransferibles³². La imposibilidad de transferir permisos se justifica por ser «contrario al fin último de este acuerdo, que no es otro que el fomento de la corresponsabilidad y el acabar con los factores sociales y culturales que perpetúan un modelo tradicional y

³² La distribución del permiso paternal quedaría de la siguiente manera: “Las cuatro primeras semanas sean ininterrumpidas e inmediatamente posteriores a la fecha del parto, de la decisión administrativa de guarda con fines de adopción o acogimiento, o de la resolución judicial por la que se constituya la adopción. Las doce semanas restantes no sean simultáneas, sino anteriores o sucesivas, e ininterrumpidas, a las semanas siete a dieciséis del permiso por parto, o a las semanas cinco a la dieciséis del permiso por adopción, guarda con fines de adopción o acogimiento, del otro progenitor” (Ministerio de Política Territorial Y Función Pública 2018).

discriminatorio en la asunción de roles y responsabilidades entre mujeres y hombres» (Ministerio de Política Territorial Y Función Pública 2018).

La Regulación del Aborto en España

De acuerdo con Castro, en plena Guerra Civil (1937), tiene lugar la primera normalización del aborto que se hizo dentro del territorio nacional cuando Cataluña publicó mediante Decreto del Diari Oficial, la autorización, durante los primeros tres meses de gestación, para «la interrupción artificial del embarazo, efectuada en los Hospitales, Clínicas e Instituciones Sanitarias dependientes de la Generalitat de Catalunya» motivado por «causa terapéutica, eugénica o ética». También se autorizaban abortos, superada dicha edad gestacional pero, únicamente, por causa terapéutica (Castro Torres 2013).

A nivel nacional, el aborto ha sido tipificado históricamente como delito, figurando en las diferentes versiones del Código Penal (C.P.) desde 1822, como también lo recogía el Capítulo III del C.P. de 1973 que preveía penas para las mujeres que abortaran y las personas que, ejecutando, facilitando o consintiendo el aborto, pudieran ser consideradas colaboradoras del mismo (Ministerio de Justicia 1973).

La reforma de dicho Capítulo se llevó a cabo en forma de Ley Orgánica, el 12 de julio de 1985, legalizando el aborto en caso de que se cumplieran tres supuestos: Riesgo para la madre, en caso de embarazo como resultado de violación³³ y en caso de «graves taras

³³ Dentro de las primeras doce semanas y previa denuncia de dicho delito (Jefatura del Estado 1985).

físicas o psíquicas» del feto³⁴ (Jefatura del Estado 1985). Esta regulación constituía lo que Patricia Lorenzo señala como «clásico modelo de regla-excepción, dentro del cual la regla es la ilegalidad del aborto, sólo excepcionalmente truncada por la presencia de ciertos supuestos de colisión de intereses predeterminados por el legislado» (Lorenzo Copello 2005). La jurista consideraba que este modelo generaba inseguridad jurídica tanto para la mujer como para el personal facultativo que la atendía, fomentando, por un lado, la objeción de conciencia entre los profesionales de la Sanidad Pública y, por otro lado, un desvío de las interrupciones del embarazo hacia la asistencia privada (Lorenzo Copello 2005). Por estas y otras razones, justificaba la necesidad de un cambio normativo, planteando bien la inclusión de un cuarto supuesto, «que justificara el aborto cuando el conflicto se origina en una difícil situación económico-social de la embarazada» bien el giro hacia un modelo de plazos (Lorenzo Copello 2005). Este último fue el modelo elegido para la modificación que se realizó en 2010 con la publicación de la «Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo» (Jefatura del Estado 2010). Dicha norma contempla la posibilidad de la interrupción voluntaria del embarazo dentro de las primeras 14 semanas de gestación. La redacción inicial de la Ley fue modificada en 2015 para suprimir el apartado cuarto del artículo 13, que concedía la autonomía para abortar a las mujeres de 16-17 años, pudiendo prescindirse incluso de informar a los progenitores en el supuesto que dicha información pudiera originar conflictos a la menor

³⁴ «Dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto (Jefatura del Estado 1985).

embarazada³⁵ (Jefatura del Estado 2010). La L.O. 2/2010, ha sido considerada un cambio en el paradigma del legislador hacia un modelo ginecéntrico que sitúa la maternidad como un derecho de la mujer, abandonando los debates sobre la prevalencia del valor de la vida del no-nato (Queralt 2013). Así, de acuerdo al preámbulo de la Ley se cumple con la invitación de Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en su Resolución 1607/2008 a «despenalizar el aborto dentro de unos plazos de gestación razonables» (Jefatura del Estado 2010) que pretendía «garantizar el ejercicio efectivo del derecho de las mujeres a un aborto sin riesgo y legal; Respetar la autonomía de elección de las mujeres y ofrecerles condiciones de una elección libre e informada; Eliminar las restricciones de hecho o de derecho al acceso a un aborto sin riesgo y tomar las medidas necesarias para crear las condiciones sanitarias, médicas y psicológicas apropiadas y una financiación adecuada» (Queralt 2013).

³⁵ “Artículo 13. Cuarto. En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad.

Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer.

Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo.(Jefatura del Estado 2010)“

LA MATERNIDAD BIOLÓGICA

Edad fértil

Se considera el periodo fértil de las mujeres, en que es posible el embarazo, aquel comprendido entre la pubertad y la menopausia durante el cual está presente el ciclo menstrual y, si no existen alteraciones que lo impidan, la ovulación (Mularz, Dalati, y Ryan 2017). Este periodo, sin embargo, está sujeto a una gran variabilidad individual, geográfica y socioeconómica (González Merlo, González Bosquet, y González Bosquet 2015).

La edad de la menarquía³⁶, situada alrededor de los 12 años (González Merlo et al. 2015; Mularz et al. 2017), está condicionada, sin embargo, por múltiples causas como la genética, «el estado general de salud, el entorno social (estrés familiar o presencia de un adulto masculino no emparentado) y las posibles exposiciones ambientales (disruptores endocrinos o contaminantes ambientales)» (González Merlo et al. 2015).

Con respecto a la menopausia, de acuerdo con la revisión efectuada por Jesús González Merlo y González Bosquets, «la mediana de edad de varios estudios clásicos retrospectivos varía entre los 48,5 y 52,3 aunque, como dato práctico y fácil de recordar, se puede establecer la edad media de la menopausia en 50 años, con un nivel de evidencia A» (González Merlo et al. 2015).

³⁶ Primera menstruación.

El ciclo menstrual

Durante todos los años del periodo fértil de una mujer, se repite el ciclo menstrual que, de manera básica, consiste en «el desarrollo de un folículo ovárico y de su ovocito, la ovulación, la preparación del tracto reproductivo para recibir al ovocito fertilizado y la descamación del recubrimiento endometrial en caso de que no se produzca la fertilización» (Costanzo 2018).

Se considera que su duración media es de 28 (\pm 2) días, pero existe una gran variabilidad individual pudiendo oscilar los ciclos entre 21 y 35 días, considerándose normales (Costanzo 2018; Mularz et al. 2017).

Tomando como referencia un ciclo menstrual regular, de 28 días³⁷, podemos diferenciar las siguientes fases, que quedan ilustradas en la Figura 4:

- Afectando al ovario:
 1. Fase folicular (días 0-14). Durante esta fase, iniciada por la secreción de hormona folículo estimulante (FSH) hipofisiaria y dominada posteriormente por el estradiol, se madura el folículo para la ovulación que tendrá lugar el día 14, tras un pico hormonal de hormona luteinizante (LH) y FSH (Costanzo 2018; Mularz et al. 2017). Es esta fase folicular la que puede prolongarse, retrasando la ovulación y dando lugar a ciclos superiores a 28 días (Costanzo 2018).
 2. Fase lútea (14 -28). Una vez liberado el óvulo maduro, el folículo (Folículo de Graff) que le dio origen se constituye en cuerpo lúteo, responsable principal de

³⁷ Por consenso, se considera que «el día 0 marca el inicio de cada ciclo desde el ciclo precedente» (Costanzo 2018).

la secreción hormonal de estradiol y progesterona a partir de ese momento³⁸ (Costanzo 2018). Es durante esta fase en la que el óvulo se traslada hacia el útero preparándose para la fecundación y, en su caso, la implantación posterior en el lecho endometrial (Mularz et al. 2017). Sin embargo, si no existe fecundación se produce la involución del cuerpo lúteo en el ovario³⁹ produciendo el declive hormonal que da origen a la descamación endometrial y al inicio de un nuevo ciclo (Costanzo 2018). A diferencia de la fase folicular, la fase lútea se desarrolla de manera constante los últimos 14 días del ciclo, comenzando el día en que se produce la ovulación (Costanzo 2018).

- Afectando al endometrio:
 1. Fase menstrual (0-5). Aunque se considera el inicio del ciclo, la menstruación coincide con un descenso brusco de las hormonas esteroideas (progesterona y estradiol) del ciclo previo, que origina la descamación endometrial y el sangrado característico de esta fase (Costanzo 2018).
 2. Fase proliferativa (días 5-14). Esta fase, recibe su nombre de la proliferación de vasos sanguíneos, células del estroma y glándulas del endometrio, mediadas por el aumento estrogénico (Mularz et al. 2017).
 3. Fase secretora (días 14-28), coincidiendo con la fase lútea el endometrio se prepara para la implantación del óvulo fecundado (Mularz et al. 2017). Para ello, se produce un aumento de la vascularización, mediada por la progesterona.

³⁸ Debido a que por un mecanismo de retroalimentación inhibe la producción hormonal de la adenohipófisis (Costanzo 2018).

³⁹«En ausencia de fertilización, el cuerpo lúteo dura sólo unos 12 a 14 días, después de los cuales se convierte en el cuerpo albicans» (Brooker 2017).

Como se ha comentado, el descenso hormonal agudo provoca el fin de esa fase y el inicio de un nuevo ciclo (Costanzo 2018).

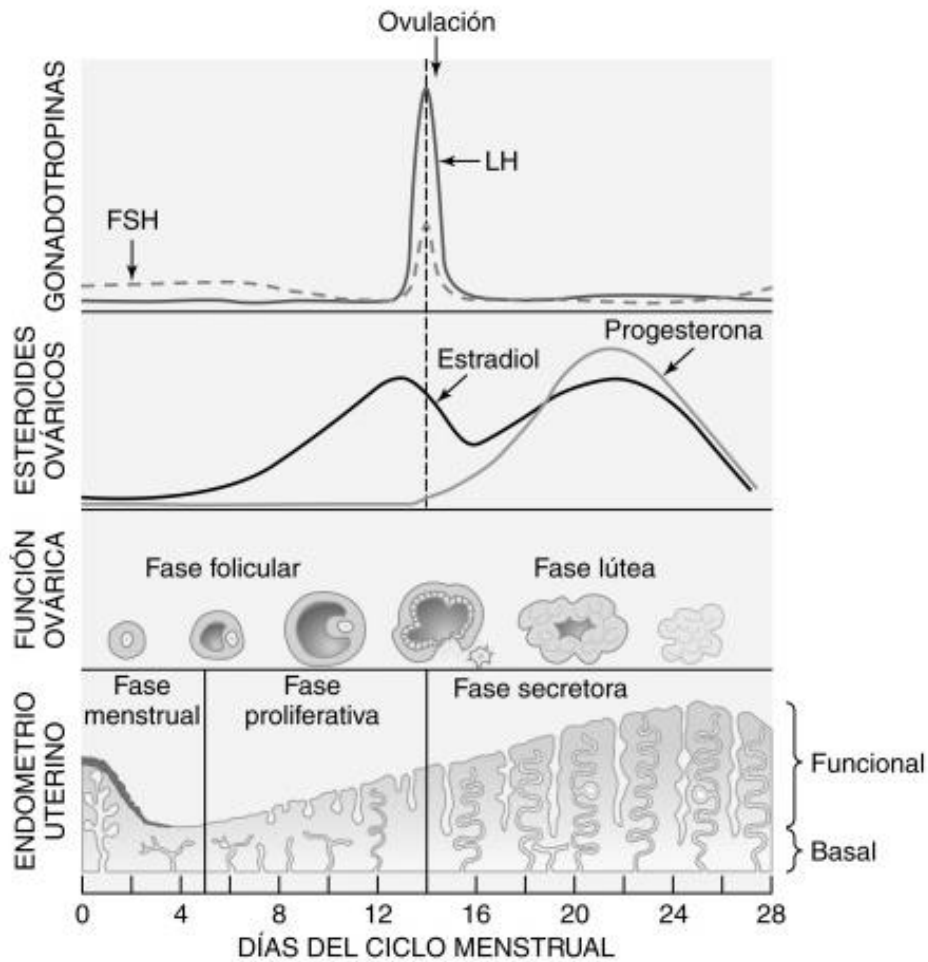


Figura 4. Desarrollo del ciclo menstrual

Imagen tomada de: Mularz, Amanda, Steven Dalati, y Pedigo Ryan. 2017. *Obstetricia y Ginecología : Secretos*. Cuarta Edición. Elsevier: pág 7. (Mularz et al. 2017)

Fecundación

La fecundación «consiste en la fusión de los gametos masculino y femenino» (Symonds, Arulkumaran, y Symonds 2014). Es un proceso de unas 30 horas de duración que comienza con el primer contacto entre espermatozoide y ovocito, en las trompas

de Falopio, y se considera concluido «cuando el cigoto⁴⁰ tiene dos blastómeras⁴¹»(González Merlo et al. 2018).

Dado que es preciso que exista un ovocito maduro, se considera que sólo es posible la fecundación y, por tanto, el embarazo, cuando el coito o, en su caso, la inseminación artificial⁴² tienen lugar en los días próximos a la ovulación (desde 6 días previos a los 3 días posteriores) (González Merlo et al. 2018).

Para que la fecundación tenga lugar es preciso que se produzcan una serie de modificaciones madurativas en la estructura y composición final del espermatozoide, conocidos como «capacitación» (González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014). Estos cambios, consisten, básicamente, «en la pérdida de la membrana plasmática que recubre el capuchón acrosómico»⁴³ y en la mejora de su movilidad para facilitar la entrada del espermatozoide en el ovocito (Symonds et al. 2014).

Una vez que un espermatozoide entra en contacto con la membrana del oovito⁴⁴, su núcleo pasa a incorporarse al citoplasma del óvulo, dando lugar al pronúcleo masculino; portador de su carga genética. Este contacto, además, genera cambios en la estructura

⁴⁰ «Cigoto (zygote) s óvulo fertilizado. La célula diploide derivada de la fusión luego de la fertilización de los pronúcleos femenino y masculino, cada uno de los cuales tiene el complemento cromosómico haploide» (Brooker 2017).

⁴¹ Blastómeras.- «Cada una de las células que forman el embrión y que llevan en su núcleo la información genética del mismo. Cada una de estas células son pluripotenciales y se producen por un proceso de segmentación del embrión, con divisiones celulares muy rápidas y que al final van a formar una esfera denominada blástula» (Instituto Bernabeu. Medicina Reproductiva. 2018).

⁴² Se denomina inseminación artificial o intrauterina a la «la introducción de espermatozoides en el útero de la mujer», para que la fecundación se produzca en las trompas de falopio como ocurre de manera natural (Instituto Bernabeu. Medicina Reproductiva. 2018).

⁴³ Por ello se denomina «reacción acrosómica» (González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014).

⁴⁴ Denominada zona pelúcida (Brooker 2017).

exterior del gameto femenino⁴⁵ destinados a impedir la penetración de otros espermatozoides (Symonds et al. 2014).

Poco después, tras romperse la membrana que protege los pronucleos femenino y masculino, se produce la «singamia» que supone la fusión del contenido cromosómico de ambos (Symonds et al. 2014).

La fecundación in vitro

En ocasiones, para lograr un embarazo, es necesario reproducir estos fenómenos en el laboratorio por medio de la fecundación in vitro; una técnica de reproducción asistida que ha dado lugar a millones de embarazos desde que, en 1978, fuera llevada a cabo con éxito por primera vez (Blank et al. 2019). Sin ahondar en los detalles de la técnica, ni en sus múltiples variantes, básicamente, consiste en la hiperestimulación, mediante hormonas exógenas, de los ovarios de una mujer al inicio del ciclo (día 3), para producir la maduración del mayor número de ovocitos posible, con el objetivo de aspirarlos mediante punción externa. Poco tiempo después de la extracción, los ovocitos pueden ser inseminados con esperma del padre o de un donante o, más frecuentemente, ser fecundados con un espermatozoide seleccionado previamente. Así se obtienen los cigotos, que son cultivados durante los primeros cinco días hasta ser transferidos de nuevo a la madre que, durante este tiempo, es tratada con progesterona para facilitar la implantación de los preembriones⁴⁶ transferidos (Blank et al. 2019).

⁴⁵ Denominados «reacción cortical» (Symonds et al. 2014).

⁴⁶ «Se entiende por preembrión el embrión in vitro constituido por el grupo de células resultantes de la división progresiva del ovocito desde que es fecundado hasta 14 días más tarde»(Jefatura del Estado 2006a).

Para reducir incidencia de complicaciones de los embarazos múltiples (mayor prevalencia de partos prematuros, anomalías en el desarrollo, morbilidad y mortalidad perinatal) se transfiere un número limitado de preembriones (Busnelli et al. 2019). En el caso de España, la Ley 14/2006, de 26 de mayo⁴⁷, sobre técnicas de reproducción humana asistida, limita el número de preembriones transferidos a tres (Jefatura del Estado 2006a); considerándose la mejor opción la selección y transferencia de un único preembrión (Busnelli et al. 2019).

Implantación

Tras la fecundación, y los 3 días que dura su desplazamiento desde las trompas hasta el útero, el cigoto se divide dando lugar a «una masa celular o mórula», «con un número de células que oscila entre 16 y 32» (González Merlo et al. 2018). Estas divisiones celulares continúan hasta dar lugar una nueva formación de aproximadamente 100 células, el blastocisto, que alberga una cavidad llena de líquido⁴⁸ (González Merlo et al. 2018). Es en este estado de desarrollo en el que el preembrión cuando, de 6 a 9 días post ovulación, se implanta en el endometrio del útero materno, tras romper su membrana externa⁴⁹ (González Merlo et al. 2018; Mularz et al. 2017). Así, el blastocisto penetra «en el epitelio, queda incorporado en el estroma endometrial y contacta con el sistema circulatorio materno para originar la placenta» (González Merlo et al. 2018).

⁴⁷ Última revisión, 14 de julio de 2015.

⁴⁸ Blastocèle

⁴⁹ Zona pelúcida

Si, por cualquier motivo, esta implantación se produce fuera de la cavidad uterina, generalmente en las trompas, se producirá lo que se denomina «embarazo ectópico» que supone la inviabilidad de la gestación y una grave amenaza para la vida de la madre (Evans 2015). De acuerdo con Amanda Mularz *et al.*, «el factor de riesgo más significativo del embarazo ectópico es el antecedente de salpingitis debida a infecciones de transmisión sexual, como infección por *Chlamydia* o gonorrea» (Mularz et al. 2017) al que se pueden atribuir un 50% de los casos (Evans 2015). Otras causas destacadas son: cualquier presentación de enfermedad inflamatoria pélvica, la endometriosis, las intervenciones quirúrgicas previas afectando las trompas, los antecedentes clínicos de aborto inducido, la anticoncepción mediante uso de dispositivo intrauterino, las técnicas de reproducción asistida, el hábito tabáquico o la edad (Tena Alavez 2013).

Determinación del embarazo

Existen signos que pueden hacer sospechar la existencia o no de un embarazo, tales como la cianosis del cérvix y la vagina (signo de Chadwick); el cambio de textura del istmo uterino, que se reblandece (signo de Hegar); o el aumento del volumen uterino (Evans 2015). Sin embargo, ni su presencia ni su ausencia permiten un diagnóstico inequívoco, por lo que siempre se realiza una determinación analítica de gonadotropina coriónica humana (hGC) (Evans 2015). Su detección es posible «mediante inmunoanálisis del suero (la prueba más sensible) siete días después de la fecundación, que es 4-5 días después de la implantación» (Mularz et al. 2017). En el caso de fecundación in vitro, la determinación se realiza 16 días después de la transferencia, realizándose habitualmente un control por ecografía (Blank et al. 2019).

Sin embargo, es importante señalar que esta prueba solo detecta que existe secreción de hGC y no puede diferenciar si esta es producida en el curso de un embarazo normal o de cualquier otra situación en que existe trofoblasto que secreta la hormona; como ocurre en el caso de embarazos ectópicos, embarazos uterinos anormales o enfermedad trofoblástica gestacional (Evans 2015).

Placenta: funciones y desarrollo

La placenta tiene unas funciones endocrinas, fundamentalmente, como productor de hormonas esteroideas (Symonds et al. 2014). Si bien, «no es órgano completamente independiente e involucra varios ejes hipotalámicos maternos para poder funcionar de una manera correcta, producir lo que se necesita, y contribuir a que la gestación llegue a un feliz término» (Rodríguez Cortés y Mendieta Zerón 2014).

Por otro lado, la placenta, satisface las necesidades relacionadas con el transporte e «intercambio de nutrientes, productos de desecho, agua y oxígeno» (Mularz et al. 2017). Finalmente, la placenta actúa «como interfase inmunitaria entre la madre y el aloinjerto fetal» (González Merlo et al. 2018).

La placenta posee una «estructura muy compleja, donde la circulación fetal y la circulación materna establecen relaciones muy estrechas» (González Merlo et al. 2018).

El desarrollo placentario comienza con la implantación del blastocisto en el endometrio uterino que, de esta manera, entra en contacto con el sistema circulatorio materno (González Merlo et al. 2018).

La capa más exterior del blastocito, el trofoblasto, se transforma en un sincitio⁵⁰, es decir, en una «masa de tejido con varios núcleos» en que «los límites entre células individuales están ausentes o mal definidos» (Brooker 2017; Symonds et al. 2014). Tras contactar con este tejido, tiene lugar la reacción decidual, por la que «las células del estroma endometrial se vuelven grandes y pálidas» (Symonds et al. 2014). Durante este proceso, las células del trofoblasto pueden, incluso, fagotizar algunas células endometriales (Symonds et al. 2014).

Si bien no hay una certeza clara sobre la causa de esta reacción decidual, parece plausible que las modificaciones originadas en las células endometriales implicadas eviten «la invasión de las células trofoblásticas, por una parte, y por otra realicen una función de nutrición inicial para la placenta en desarrollo» (Symonds et al. 2014).

Posteriormente el trofoblasto comienza a perforar los vasos sanguíneos deciduales, originando lagunas de sangre materna, cuyo tamaño se va incrementando a medida que se fusionan entre sí para dar lugar, finalmente, a una única estructura, denominada «espacio intervelloso» (González Merlo et al. 2018). En este espacio, ocupado por sangre materna, flotan libremente las ramificaciones más distales (vellosidades terciarias) del trofoblasto infiltrado en la decidua que se ramifica sucesivamente creando las estructuras⁵¹ que darán soporte a la red capilar de la placenta. Esta red se unirá posteriormente con los vasos umbilicales del feto en desarrollo, estableciendo la circulación placentaria que puede observarse en la Figura 5 (González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014).

⁵⁰ Pasando a denominarse, por tanto, sicitiotrofoblasto

⁵¹ Vellosidades primarias, secundarias y terciarias

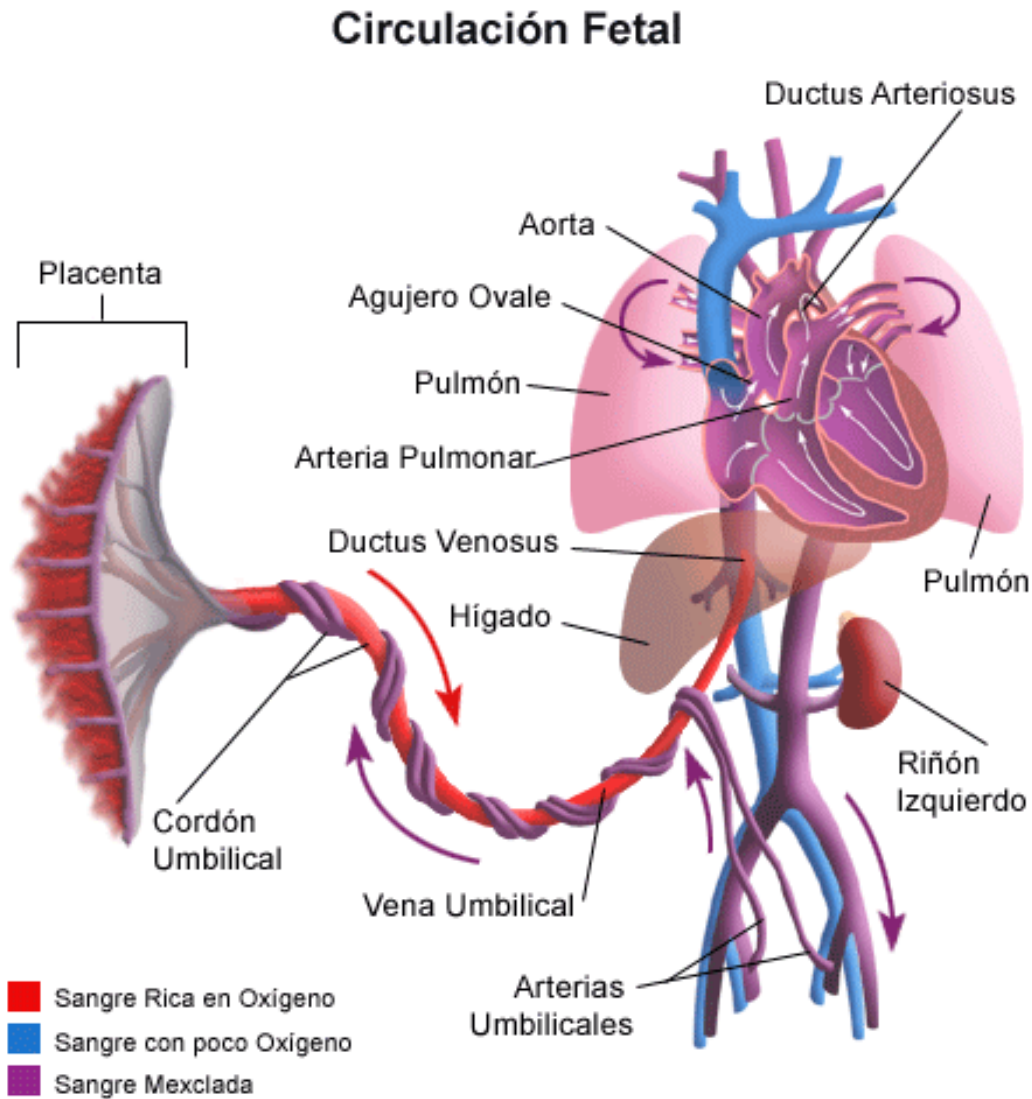


Figura 5. Circulación placentaria y fetal

Imagen extraída de Stanford Children's Healthcare. 2019. «Circulación fetal». Recuperado 14 de junio de 2019 (<https://www.stanfordchildrens.org/content-public/topic/images/65/126465.gif>).

Desarrollo embrionario y fetal

El desarrollo del embarazo desde la fecundación hasta el parto tiene una duración de 38-40 semanas. La edad gestacional, hace referencia al momento cronológico de progreso del embarazo, permite calcular la fecha probable de parto (FPP) y se calcula en función de la fecha en que comenzó el último periodo menstrual (Evans 2015). También puede objetivarse ecográficamente por la longitud craneocaudal, en el

periodo embrionario (Evans 2015). Posteriormente, aunque resulta menos preciso, «se determina con el diámetro biparietal, la circunferencia craneal, la longitud del fémur y la circunferencia abdominal» (Mularz et al. 2017).

Las primeras 8 semanas del embarazo constituyen el denominado «periodo embrionario» al que sigue el «periodo fetal», que se inicia en la novena semana (Arteaga Martínez y García Peláez 2017).

El periodo embrionario es el más sensible de cara al desarrollo de defectos congénitos, debido a que es el momento en que múltiples mecanismos definen la formación de órganos y sistemas (organogénesis) (Arteaga Martínez y García Peláez 2017). Por su parte, la fase fetal está caracterizada por el crecimiento del feto y la maduración de estructuras (González Merlo et al. 2018). Así los órganos originados en la fase embrionaria, alcanzan la madurez necesaria para la vida extrauterina (Arteaga Martínez y García Peláez 2017).

Crecimiento

Para la estimación del crecimiento del embrión y, posteriormente, del feto, el parámetro antropométrico más utilizado es la variación de peso estimada por ecografía (González Merlo et al. 2018). La variación del peso fetal durante el embarazo no es lineal, siendo mínima durante el periodo embrionario (10 gr/semana). En la primera parte de la fase fetal y hasta la semana 16 la ganancia estimada es de 5 gr/día. Esta tasa de crecimiento se eleva a partir de ese momento hasta la semana 28 a 85 gr/semana, cuando el feto alcanza el máximo ritmo de crecimiento (200 gr/semana) que se

mantendrá hasta la semana 37. Una vez superada esta edad gestacional vuelve a reducirse, bruscamente, hasta ser prácticamente nulo si el embarazo supera la semana 41 (González Merlo et al. 2018).

El crecimiento fetal puede verse condicionado por:

1. La herencia genética, pues se relaciona con la altura de los padres que condiciona el tamaño del feto (González Merlo et al. 2018).
2. Factores nutricionales. Relacionados tanto con la disponibilidad de nutrientes provenientes de la madre como de la difusión a través de la placenta y del propio transporte placentario. Así, en su caso, las carencias nutricionales en la madre afectarán al feto en desarrollo, pero también cualquier anomalía en el flujo sanguíneo que permite que dichos nutrientes lleguen a este a través del cordón umbilical (González Merlo et al. 2018).
3. Factores hormonales ligados al sexo. Si bien los factores que regulan el crecimiento fetal son comunes para ambos sexos, a partir de la séptima semana de gestación unas células específicamente diferenciadas (células de Leydig) de los fetos masculinos comienzan a producir testosterona, que potencia el crecimiento. Esta hormona se mantiene especialmente elevada a lo largo del segundo trimestre, reduciendo su producción a final del embarazo (Melmed et al. 2017). Como consecuencia, es habitual que los neonatos de sexo masculino pesen en torno a 150-200 gr más que las niñas recién nacidas (González Merlo et al. 2018).

Alteraciones en el crecimiento del feto durante la gestación, se han asociado con problemas en la salud extrauterina de los bebés. Por ejemplo, la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)⁵² «se ha relacionado con un mayor riesgo cardiovascular, metabólico y de obesidad en la vida posnatal» (Casanello et al. 2016).

Diferenciación sexual

Llegados a este punto, parece importante diferenciar entre tres conceptos clave:

- «Sexo genotípico o cromosómico», determinado en el momento de la fecundación, cuando se fusionan la carga genética del espermatozoide y el oocito (Acherman y Hughes 2017; Arteaga Martínez y García Peláez 2017).
- «Sexo gonadal», de acuerdo a la existencia de estructuras ováricas o testiculares (Acherman y Hughes 2017; Arteaga Martínez y García Peláez 2017). El sexo gonadal del embrión se comienza a diferenciar en la séptima semana en caso de genotipos XY (masculinos) y en la novena en el caso de genotipos femeninos (XX) (Arteaga Martínez y García Peláez 2017).
- “Sexo fenotípico o anatómico”, observable en base a la presencia de «conductos, glándulas y genitales externos» (Arteaga Martínez y García Peláez 2017) masculinos o femeninos. De acuerdo con John Acherman y Ieuan A. Hoghes

⁵² Se trata de una «enfermedad perinatal que afecta a la trayectoria de crecimiento fetal, llegando a estar bajo el percentil 10 del peso esperado para la edad gestacional». Esta alteración parece deberse a causas relacionadas con la nutrición y metabolismo de la embarazada, pero también a mecanismos epigenéticos (Casanello et al. 2016).

«ninguno de estos procesos define absolutamente el sexo de una persona, y el desarrollo psicosexual o de género (sexo cerebral) es el resultado de varios factores biológicos, además de influencias ambientales y sociales» (Acherman y Hughes 2017).

En el feto con genotipo masculino en desarrollo, las descargas de testosterona tienen la función principal de producir la diferenciación y desarrollo de los genitales internos y externos característicos de los niños que se completa en la semana 15 de gestación (Matsumoto y Bremner 2017). Para que esta diferenciación concuerde con la definida por su genotipo, además, es necesaria la secreción de otra hormona que inhibe la formación del útero y las trompas a partir de una estructura primitiva del embrión denominada conducto de Müller, por esta razón, esta hormona se denomina antimulleriana (AMH) (Dattani y Gevers 2017). De manera que una secreción insuficiente de testosterona y/o de AMH en fetos de genotipo masculino (XY) puede producir desarrollo genital ambiguo, relacionados con la intersexualidad como la anomalía 46 XY⁵³ (Acherman y Hughes 2017).

Posteriormente, y aproximadamente a las 6 semanas de vida comienza en los niños un nuevo pico de secreción de testosterona, que alcanza su máxima concentración a los 3 meses y no declina hasta los 6 meses. Esta estimulación hormonal, parece asociarse «con una aceleración del crecimiento peniano y podría estar ligado en parte a la maduración posnatal precoz de gonocitos en el testículo» (Acherman y Hughes 2017).

Por el contrario, en el caso de fetos con genotipo XX, la ausencia de acción de AMH y testosterona, produce la diferenciación del conducto de Müller en trompas de Falopio,

⁵³ Frecuentemente definida como pseudohermafroditismo masculino

útero y porción superior de la vagina. La uretra y la parte inferior de la vagina se originan a partir de otra estructura, el seno urogenital. Finalmente, diversas estructuras embrionarias dan lugar a los genitales externos femeninos: «el tubérculo genital pasa a ser el clítoris, los pliegues urogenitales (uretrales) forman los labios menores y las protuberancias urogenitales (labioescrotales) se transforman en los labios mayores» (Acherman y Hughes 2017). Los primeros folículos primarios fetales comienzan a formarse en la semana 20 de gestación y se considera que los ovarios, con la edad gestacional de 25 semanas, habrán completado su desarrollo morfológico (Acherman y Hughes 2017).

Pero la diferenciación sexual fetal no se limita a los órganos y glándulas del aparato reproductor, pudiendo apreciar importantes diferencias en relación con la diferenciación sexual del cerebro. Si bien, esta diferenciación no es lineal para las diversas zonas cerebrales, de manera genérica se puede considerar que, desde el punto de vista evolutivo, «el cerebro está programado, por defecto, para desarrollarse como un cerebro femenino» pero diversos fenómenos producen cambios morfológicos que se relacionan, principal pero un únicamente, con la conducta reproductiva (McCarthy 2016).

De acuerdo con las investigaciones llevadas a cabo hasta el momento, parece que esta diferenciación sexual del cerebro se produce durante determinados momentos de especial sensibilidad, comenzando durante el periodo fetal, y responde a una gran variabilidad individual en la que median:

- Factores hormonales, principalmente secreción de andrógenos del feto, del neonato y, posteriormente, del adolescente de genotipo masculino (McCarthy 2016).
- Factores genéticos, pues cada célula cerebral es portadora de ADN y, por ello, de un sexo genotípico (McCarthy 2016).
- Factores epigenéticos⁵⁴ (McCarthy 2016), que «consiguen añadir una pieza al intrincado puzle de las relaciones entre genes y condicionantes externos (lo que conocemos como ambiente) y logran explicar algunas características finales del individuo (lo que se conoce como fenotipo) de resultados de su conjunto de genes particular (el genotipo)» (Romá Mateo 2016).

Sin embargo, destaca Margaret M. McCarthy, la influencia de múltiples factores sobre la diferenciación sexual obliga a abandonar la idea binaria de un modelo de cerebro masculino o femenino, y parece más acertado hablar de un modelo de «mosaico de relativa “masculinidad” y “feminidad”, proporcionando así un ingenioso medio por el cual la naturaleza asegura la variabilidad» (Fig.6) (McCarthy 2016).

⁵⁴Epigenética (Def) «Cualquier tipo de modificación de la actividad de los genes que se consiga sin afectar a la propia secuencia de ADN.»

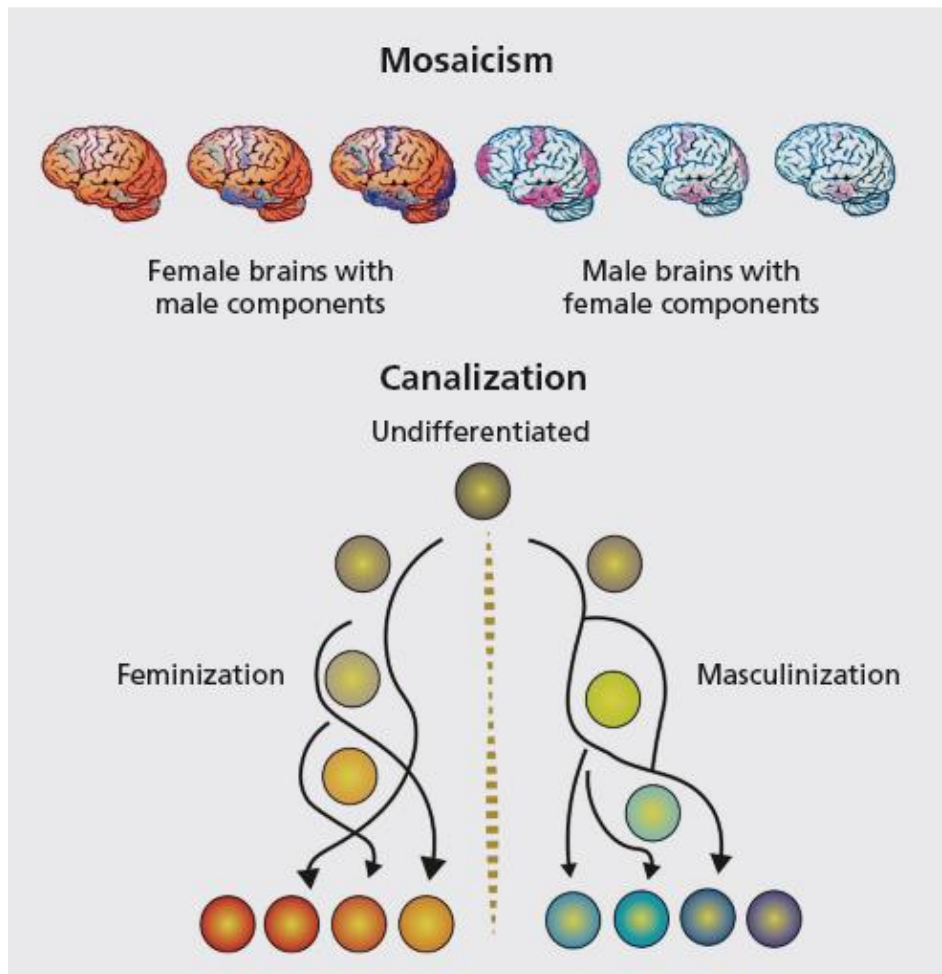


Figura 6. Diferenciación sexual del cerebro. Modelo de Mosaico.

Extraída de: McCarthy, Margaret M. 2016. «Sex differences in the developing brain as a source of inherent risk». *Dialogues in clinical neuroscience* 18(4):361-72.

Cambios fisiológicos en la mujer durante el embarazo

El embarazo conlleva cambios significativos en el cuerpo de las mujeres. Estas modificaciones son provocadas, fundamentalmente, por efecto de los cambios bioquímicos y hormonales, pero también derivados de factores puramente mecánicos (González Merlo et al. 2018). Si bien estos cambios acontecen de manera simultánea

afectando a la vida de las mujeres en sus esferas biológicas, psicológicas y sociales, por necesidades literarias se desglosarán por sistemas para su revisión.

Regulación endocrina durante el embarazo

Prácticamente, cada una de las modificaciones en la anatomofisiología de las mujeres durante el embarazo se relaciona de manera más o menos directa con influencias hormonales, entre las que cabe destacar la producción de hormonas esteroideas por la placenta (Symonds et al. 2014). El sincitiotrofoblasto placentario es responsable de la producción de gonadotropina coriónica humana (hGC), lactógeno placentario, relaxina, activina e inhibina y hormona del crecimiento placentario (Rodríguez Cortés y Mendieta Zerón 2014). Además, el endometrio decidualizado secreta prolactina placentaria, de idéntica en composición a la prolactina hipofisiaria, pero con funciones diferentes y específicas, tales como la «diferenciación celular, regulación del crecimiento trofoblástico, angiogénesis, y regulación inmune» (Rodríguez Cortés y Mendieta Zerón 2014).

La actividad secretora de la placenta durante el embarazo afecta, además, de manera trascendente las diferentes glándulas del sistema endocrino (Symonds et al. 2014), que se van a revisar detenidamente a continuación.

Hipófisis

1.1.1. Adenohipófisis

La adenohipófisis o hipófisis anterior, es responsable tanto de la producción de hormonas conformadas por polipéptidos (prolactina, hormona adrenocorticotropa (ACTH), hormona del crecimiento (GH)) como de diversas hormonas glucoprotéicas (hormona estimuladora de los folículos (FSH), hormona estimuladora del tiroides (TSH) y hormona luteinizante (LH)) (Symonds et al. 2014).

El volumen de la hipófisis anterior en las mujeres embarazadas aumenta de tamaño pudiendo duplicar o triplicar su tamaño (Evans 2015; González Merlo et al. 2018) hasta 6 meses después del parto que recupera su tamaño original (Evans 2015). Sin embargo, este hecho parece no guardar relación con aumento de su secreción hormonal, sino con cambios hiperplásicos e hipertróficos de algunas de sus células (González Merlo et al. 2018), fundamentalmente de los lactotopos, causados por la acción del estrógeno placentario (Evans 2015). De hecho, de acuerdo con ciertas publicaciones la hipófisis no tiene un papel clave en el embarazo, es decir, «no resulta imprescindible» (Pellicer Martínez 2014) «e incluso se conoce que es posible eliminar la hipófisis sin que el embarazo se resienta» (González Merlo et al. 2018).

Según Jesús Merlo *et al.*, las bajas concentraciones de LH y FSH durante el embarazo se deben a: «1) un mecanismo de retroacción negativo ocasionado por los valores elevados de estrógenos y progesterona; 2) unos niveles altos de prolactina que interfieren en los mecanismos de síntesis de las gonadotropinas, y 3) la acción competitiva de la gonadotropina coriónica frente a las hipofisarias» (González Merlo et al. 2018).

La secreción de prolactina, y sus niveles plasmáticos, se elevan desde el principio del embarazo con el objetivo de preparar la glándula mamaria para el periodo de lactancia (González Merlo et al. 2018). Parece que sus niveles se controlan mediante mediadores que pueden inhibir su secreción como la dopamina (Symonds et al. 2014) pero también están influenciados por «el sueño, la actividad física, el consumo de alimentos, la estimulación mamaria y la función tiroidea» (Evans 2015). En el momento del parto se produce un brusco aumento de la producción prolactínica seguida de una caída, como consecuencia de la desaparición de la producción placentaria de estrógenos tras el alumbramiento (Symonds et al. 2014). Sin embargo, en las mujeres que amamantan, estos niveles inician su recuperación rápidamente, gracias a la estimulación mamaria, y se mantienen elevados mientras se mantiene la lactancia (Evans 2015; Symonds et al. 2014). En cambio, en las mujeres que eligen otras opciones de lactancia las concentraciones de prolactina se normalizan en un plazo inferior a 3 meses tras el parto (Evans 2015).

La producción de ACTH y la TSH se elevan discretamente durante el embarazo, volviendo a sus valores normales tras el parto (González Merlo et al. 2018). Dado que la ACTH y la hormona estimulante de los melanocitos (MSH) provienen de un precursor común, la concentración de esta hormona, producida en el lóbulo intermedio de la glándula hipofisiaria, también se incrementa durante el embarazo (Symonds et al. 2014).

En cuanto a los niveles plasmáticos de GH hipofisarios no sufren alteraciones durante la gestación (González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014). Sin embargo, en la segunda mitad del embarazo el sincitiotrofoblasto produce una variante de esta hormona que eleva su concentración plasmática (Evans 2015).

1.1.2. Neurohipófisis

La neurohipófisis, o hipófisis posterior, es la responsable de la secreción de oxitocina y de arginina vasopresina (AVP), también conocida como hormona antidiurética (ADH) (Symonds et al. 2014).

La oxitocina es la hormona reguladora de las contracciones uterinas durante el parto y de la eyección de leche por el mioepitelio de los alveolos mamarios. Su secreción se estimula tanto por la dilatación del cérvix uterino como por la estimulación de los pezones. Sin embargo, su acción sobre los receptores específicos parece más vinculada a la sensibilidad de estos, mediada hormonalmente, que a la concentración plasmática que alcanza la oxitocina. Así, resulta que los estrógenos aumentan la sensibilidad de los receptores a la acción de la oxitocina; mientras que la progesterona procuraría un efecto contrario (Symonds et al. 2014).

Durante el embarazo y hasta el nacimiento, se produce la inactivación de la vasopresina como consecuencia de la producción placentaria de vasopresinasa⁵⁵. Esto resulta en un aumento de la depuración metabólica, hasta cuatro veces superior a la habitual, produciendo en consecuencia un descenso de la osmolaridad plasmática (Evans 2015; Symonds et al. 2014). Tras el parto, y con el alumbramiento la secreción placentaria desaparece y la actividad de la vasopresinasa circulante se reduce rápidamente (Evans 2015).

⁵⁵ Denominada también aminopeptidasa de leucina (PLAP) (Symonds et al. 2014)

Tiroides

Si bien, durante la gestación, se puede apreciar una ligera hiperemia e hiperplasia del tiroides, cualquier incremento de su volumen debe considerarse patológico y ser investigado (Pellicer Martínez 2014).

El discreto aumento de la TSH no tiene gran influencia en la glándula tiroides (González Merlo et al. 2018). Incluso es posible que se produzca, durante el primer trimestre, una supresión transitoria de la producción de esta hormona secundaria la acción de la gonadotropina coriónica por parte de la placenta que no supone hipertiroidismo⁵⁶ (Evans 2015; Mularz et al. 2017). Sin embargo, sí se puede detectar una elevación de la producción de tiroxina (T₄) y de la triyodotironina (T₃) - hasta 1.5 veces el valor habitual en mujeres no gestantes – mediada por acción estrogénica sobre el tiroides, que se compensa con una superior producción de globulina, proteína fijadora de las hormonas tiroideas. Estos mecanismos compensatorios consiguen que el efecto biológico tiroideo no se altere (Evans 2015; González Merlo et al. 2018; Mularz et al. 2017).

Paratiroides

Durante el embarazo las mujeres están sometidas a una situación de hiperparatiroidismo fisiológico, que se acompaña de una mayor absorción intestinal de calcio, que llega a multiplicarse por tres (Pellicer Martínez 2014). Esta absorción a nivel intestinal se produce por efecto del aumento de producción renal y placentaria de la

⁵⁶ El valor promedio normal de TSH durante el primer trimestre es de 0.8mIU/ml(Pellicer Martínez 2014)

forma activa de la vitamina D (1.25 (OH)₂); a su vez, consecuencia de la acción de «estrógenos, lactógeno placentario humano, prolactina y péptido relacionado con la hormona paratiroidea (PTHrP), así como, PTH⁵⁷» (Evans 2015).

En las mujeres gestantes, los niveles de calcio iónico se mantienen, mientras que debido a la hipoalbuminemia, las concentraciones séricas disminuyen (Evans 2015). Es importante tener en cuenta la complejidad para valorar las cifras analíticas de marcadores de recambio óseo, que se verán afectadas por los cambios constantes en el volumen circulante y en el filtrado glomerular (Cano et al. 2015). Sin embargo, según Antonio Cano *et al.*, y a pesar de las dificultades para realizar exploraciones radiológicas complementarias, «todo parece sugerir que hay pérdida neta de calcio en la madre» apreciándose una actividad de resorción ósea especialmente elevada en el último trimestre del embarazo (Cano et al. 2015).

Tras el parto, y durante un periodo aproximado de mes y medio, se observa elevación de los niveles de calcitonina, probablemente como elemento de protección del esqueleto materno frente a una excesiva resorción ósea consecuencia de la alta demanda de calcio durante la lactancia⁵⁸ (Evans 2015).

Suprarrenales

La sutil elevación de niveles de ACTH producidos en la adenohipófisis se corresponde con un discreto aumento en la producción suprarrenal de hormonas,

⁵⁷ Hormona paratiroidea

⁵⁸ Se estima que esta demanda puede ascender a los 210-400 mg/día, aproximándose a los 1000 mg/día en caso del amamantamiento de gemelos (Evans 2015)

aunque sí puede detectarse un importante incremento de producción de cortisol, que puede duplicar sus valores, y de su proteína transportadora. El paso de este cortisol al feto través de la barrera placentaria implica su metabolismo y transformación en cortisona, (González Merlo et al. 2018; Pellicer Martínez 2014) como medida de protección al feto, ya que se considera «una forma relativamente inactiva» (Evans 2015).

Los niveles plasmáticos de progesterona, durante la gestación, causan la elevación en la producción de mineralocorticoides que son los responsables de la mayor retención de agua relacionada con la aparición de edemas en las mujeres embarazadas, fundamentalmente, en el tercer trimestre (González Merlo et al. 2018).

La producción de aldosterona, mediada por el sistema renina-angiotensina-aldosterona, se encuentra estimulada, alcanzando valores que cuadriplican los habituales en mujeres sanas no gestantes en condiciones normales (González Merlo et al. 2018). Esto es debido al descenso de las «resistencias vasculares y de la presión arterial, y a un descenso en la respuesta vascular a la angiotensina II» (González Merlo et al. 2018). La elevación de los niveles de aldosterona permite compensar tanto el efecto del péptido natriurético auricular, como la acción de la progesterona sobre el túbulo renal (Evans 2015; Pellicer Martínez 2014).

Durante el embarazo, la producción de esteroides androgénicos en las glándulas suprarrenales también aumenta. Sin embargo, este aumento (como ocurre con el cortisol) se ve acompañado de un aumento en la producción de la proteína transportadora correspondiente lo que evita efectos biológicos asociados a su sobreproducción (González Merlo et al. 2018).

La hiperactivación del eje hipotalámico-hipofisiario-suprarrenal se normaliza, tras el parto, en un plazo no superior a tres meses (Evans 2015).

Páncreas

Dado que la glucosa es esencial para la nutrición y el desarrollo fetal, los cambios en el metabolismo de los hidratos de carbono resultan fundamentales (Symonds et al. 2014).

En las mujeres embarazadas no se observan modificaciones ni en la absorción enteral de glucosa ni en la vida media de la insulina pero, habitualmente, sí se presentan superiores concentraciones plasmáticas de insulina, desde la 24-26 semana⁵⁹, y una resistencia insulínica también superior, probablemente relacionada con el cortisol o el lactógeno placentario (González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014). Estas condiciones previas, junto con la necesidad de un suministro constante de glucosa al feto hacen que las madres puedan sufrir tanto episodios de hipoglucemia en ayunas y como picos hiperglucémicos tras las comidas (González Merlo et al. 2018; Mularz et al. 2017).

Existen dos mecanismos característicos del metabolismo materno durante el embarazo, que preservan el aporte energético fetal (González Merlo et al. 2018):

- El anabolismo facilitado, que favorece una concentración en sangre de remanentes de glucosa y lipoproteínas durante un periodo superior al habitual en mujeres no gestantes.

⁵⁹ Secundarias a una "hiperplasia de las células beta de los islotes de Langerhans" (González Merlo et al. 2018).

- La inanición acelerada, que supone una situación de «hipoglucemia, hipoinsulinemia y hipercetonemia intensa en los ayunos prolongados que estimulan el hambre materna y explican en parte la hiperfagia de las embarazadas» (González Merlo et al. 2018).

El sistema reproductor durante el embarazo

Ovarios

En el ovario, durante las 8-10 primeras semanas de gestación, se conserva el cuerpo lúteo, con el fin de mantener la secreción de progesterona, a expensas del colesterol materno (Pellicer Martínez 2014). Una vez que la placenta se constituye y asume esta función endocrina, el cuerpo lúteo suele involucionar (Mularz et al. 2017). Sin embargo, en ocasiones puede persistir dando lugar a luteomas u otras formas de hiperreacción luteal que «desaparecen espontáneamente durante la gestación o después del parto» (González Merlo et al. 2018).

Útero

El útero es un órgano compuesto por un 30-40% de fibras musculares, que se hipertrofian y sufren distensión durante el embarazo, aumentando su peso y su tamaño, tanto por la acción hormonal de la progesterona y los estrógenos -hasta la semana 12 de gestación- como por la acción mecánica del feto, posteriormente (Mularz et al. 2017; Pellicer Martínez 2014; Symonds et al. 2014). La longitud del útero «aumenta mensualmente 15mm el primer trimestre, 25 mm el segundo y 50mm el

tercer trimestre» (Pellicer Martínez 2014). Con respecto a su peso, «el útero no gestante pesa unos 40-100 g y durante el embarazo aumenta a 300-400 g a las 20 semanas y 800-1.000 g a término» (Symonds et al. 2014). El volumen, inicialmente cercano a los 3ml, alcanza los 5 litros en un embarazo a término (Pellicer Martínez 2014). Este progresivo aumento de volumen, peso y tamaño obligan a que , a partir de las 12 semanas, el útero deje de ser un órgano pélvico (Mularz et al. 2017).

La posición relativa del útero también se modifica durante el embarazo, produciéndose una rotación «hacia la derecha materna (dextrorrotación) a medida que se agranda por la presencia del colon rectosigmoideo en el cuadrante inferior izquierdo» (Mularz et al. 2017).

El cuello uterino o cérvix toma una coloración rojo azulada y brillante y cambia también su consistencia debido a la mayor vascularización (signo de Chadwick) (González Merlo et al. 2018; Pellicer Martínez 2014) . El tono del cérvix, compuesto fundamentalmente de elementos fibrosos, es clave para «mantener la cavidad uterina, con su contenido, aislada del tracto genital inferior durante todo el embarazo», de manera que una insuficiencia del mismo puede desembocar en un aborto o un parto prematuro (González Merlo et al. 2018). Para garantizar este aislamiento de la cavidad uterina, se produce el denominado tapón mucoso a partir de la secreción originada en su tejido glandular (González Merlo et al. 2018).

Una vez que el feto ha alcanzado «un tamaño crítico, la distensión del útero incrementa su contractilidad» comenzando las denominadas «contracciones de Braxton Hicks» alrededor del octavo mes de embarazo (Costanzo 2018). Dichas contracciones, de escasa intensidad y coordinación, son «causantes de la formación del segmento uterino

inferior y de la acomodación de la presentación en este, que son maniobras previas al proceso de encajamiento de la presentación fetal en la pelvis materna» (González Merlo et al. 2018).

Vagina

Como el útero, la vagina se ve afectada por una ingurgitación que ocasiona los mencionados cambios de color (signo de Chadwick) (Mularz et al. 2017), pudiendo aparecer varices y telangiectasias (Pellicer Martínez 2014). El epitelio vaginal se hipertrofia, como también ocurre con su musculatura (Symonds et al. 2014). De la misma forma la mucosa vaginal se engrosa y existe hipersecreción que puede dar lugar a leucorrea⁶⁰ (Mularz et al. 2017).

El pH vaginal durante el embarazo se hace más ácido (3.5-4), gracias a la acción de ciertos microorganismos probióticos ⁶¹, lo que previene las infecciones de origen bacteriano (González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014). Sin embargo, esto produce el «desarrollo de infecciones por levaduras y las infecciones por candidas son frecuentes durante el embarazo» (Symonds et al. 2014).

⁶⁰ Leucorrea: «descarga vaginal blancuzca y pegajosa»(Brooker 2017)

⁶¹ Debido a la acción de los bacilos de Döderlein, que generan ácido láctico a partir del glucógeno de las células epiteliales descamadas(Symonds et al. 2014).

Genitales externos

El periné y la vulva, aparecen ligeramente cianóticos y edematosos ya que participan de la hipervascularización de todo el aparato reproductor; adquiriendo, también, una consistencia más dúctil (González Merlo et al. 2018).

Mamas

Desde fases precoces del embarazo se producen cambios progresivos en las mamas. Debido a la influencia hormonal, se produce un aumento del tejido glandular que origina aumento del peso y volumen de las mismas, pudiendo aparecer estrías (Pellicer Martínez 2014). Los pezones y las glándulas sebáceas de la areola mamaria⁶² se hipertrofian y su coloración se vuelve más oscura (González Merlo et al. 2018).

A partir de la semana 20 de gestación los alveolos mamarios se dilatan por acción de la prolactina y la progesterona. Las elevadas concentraciones de prolactina, junto con la acción del lactógeno placentario, inician la producción y secreción de calostro⁶³ (González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014). La secreción de leche permanece inhibida, por las altas concentraciones de estrógenos y progesterona, hasta el momento del parto. Tras éste, la lactancia se establece progresivamente, alcanzando la leche la composición que mantendrá a lo largo de las siguientes semanas, alrededor del quinto día (González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014).

⁶² Tubérculos de Montgomery (Symonds et al. 2014)

⁶³ Líquido secretado en las mamas a partir del 3 mes de embarazo. Su composición, baja en grasa, es rica en proteínas y minerales y contiene inmunoglobulinas maternas, lo que «ofrece protección al recién nacido frente a agentes patógenos, principalmente de origen entérico» (González Merlo et al. 2018).

Durante la lactancia la prolactina «estimula la síntesis de todos los componentes de la leche, incluida la caseína, la lactoalbúmina y los ácidos grasos», mientras la oxitocina, estimulada por la succión del neonato, es la responsable de la eyección de la leche (Symonds et al. 2014). Esta eyección puede producirse también con estímulos auditivos o visuales o incluso con pensamientos relacionados con el bebé. Por el contrario, las catecolaminas derivadas de la reacción de estrés pueden bloquear la secreción (Symonds et al. 2014).

Se calcula que las mamas son capaces de producir entre 500-1000 ml diarios, lo que supone un requerimiento energético para la madre de 500-750 Kcal (Symonds et al. 2014).

En el caso de que la producción de leche quiera evitarse/suprimirse bien por decisión de la madre, que opte por otras formas de lactancia, bien por otras causas (muerte del bebé, enfermedad de la madre, etc.), la secreción láctea puede interrumpirse bien farmacológicamente o bien mediante medidas no farmacológicas (Oladapo y Fawole 2012). Symonds *et al.* recogen la indicación de la administración de bromocriptina; fármaco agonista de la dopamina, que inhibe la secreción de prolactina y, como consecuencia, de leche (Symonds et al. 2014).

Con respecto a la seguridad en la administración de este fármaco, es importante destacar, como efecto secundario, el incremento del riesgo cardiovascular (tromboembolismos, accidentes cerebrovasculares e isquemias miocárdicas). Si bien un metaanálisis, publicado por Cochrane, en 2012, resaltó que no existía constancia de ningún caso de tromboembolismo en los estudios disponibles (Oladapo y Fawole 2012).

Posteriormente, el Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia Europeo (PRAC) realizó otra revisión concluyendo que «el balance beneficio-riesgo de bromocriptina en la inhibición de la lactancia se mantenía favorable», para aquellos casos en que la supresión se realice por indicación médica⁶⁴ (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios 2014). Sin embargo, dicho comité destacaba la importancia del control de la tensión arterial de las pacientes tratadas con bromocriptina, suspendiéndose inmediatamente el tratamiento en caso de «hipertensión arterial, dolor torácico o cefalea severa o mantenida indicativa de origen central» (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios 2014). Asimismo, en este estudio se resaltaba la importancia de evitar este fármaco en mujeres con antecedentes cardiovasculares, así como psiquiátricos⁶⁵ (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios 2014).

Unos meses más tarde, «el Grupo de Coordinación de los Procedimientos de Reconocimiento Mutuo y Descentralizados – Medicamentos Humanos (CMDh) apoyó por mayoría recomendaciones sobre el uso de los medicamentos orales que contienen bromocriptina para evitar o suprimir la producción de leche (lactancia) tras el parto» (Grupo de Coordinación de los Procedimientos de Reconocimiento Mutuo y Descentralizados – Medicamentos Humanos 2014). Estas recomendaciones restringían su indicación, como ya había destacado la Agencia Española, a la «inhibición de la lactancia cuando esté médicamente indicado, como en el caso de pérdida intraparto,

⁶⁴ Literalmente «Bromocriptina únicamente debe utilizarse cuando la supresión de la lactación esté médicamente indicada y no de forma rutinaria para la supresión de la lactancia o el alivio de síntomas post-parto como el dolor y tensión mamaria, para los que existen alternativas no farmacológicas o el uso de analgésicos»(Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios 2014)

⁶⁵ Debido a la incidencia de episodios maníacos, así como de alucinaciones(Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios 2014)

muerte neonatal o infección materna por el VIH» (Grupo de Coordinación de los Procedimientos de Reconocimiento Mutuo y Descentralizados – Medicamentos Humanos 2014).

En los demás casos, y dado que la falta de estimulación mamaria inhibe la producción de leche, el CDMh, la recomendación se dirige hacia medidas no farmacológicas (crioterapia y soporte de la mama) y, en su caso, el uso de analgésicos para combatir la inflamación e ingurgitación que pudieran resultar dolorosas o producir mastitis (Grupo de Coordinación de los Procedimientos de Reconocimiento Mutuo y Descentralizados – Medicamentos Humanos 2014).

Modificaciones del sistema nervioso en la mujer embarazada

Además de los cambios hipofisarios mencionados anteriormente, durante la gestación se han objetivado cambios metabólicos que afectan tanto a la regulación energética del cerebro de la mujer como a su actividad celular (Hoepfner 2015). Una vez nacido el bebé, se ha observado que un estímulo (verbal o auditivo), relacionado con éste, es capaz de producir un aumento en la presión parcial de oxígeno sanguíneo en el cerebro de la madre (Hoepfner 2015). Pero quizá el hallazgo más llamativo son los cambios estructurales que se producen durante el embarazo; aparentemente mediados por la secreción de prolactina, progesterona, estradiol y corticoesteroides, sólo son comparables, por su magnitud y persistencia, a los que suceden durante la adolescencia (Hoepfner 2015). Estas modificaciones se refieren, fundamentalmente, a una reducción

del volumen de la materia gris cerebral⁶⁶ como consecuencia de una eliminación selectiva de estructuras neuronales (axones terminales, dendritas y/o conexiones). Parece que esta reestructuración cerebral que se produce en el cerebro de las mujeres embarazadas⁶⁷ de manera fisiológica conduce a cambios en la conducta materna, hipotéticamente orientados brindar una adecuada atención al bebé después del parto, también predispone a las mujeres a padecer trastornos en el estado de ánimo (Hoepfner 2015).

La disminución del volumen de materia gris cerebral, no se relaciona con la inteligencia ni parece afectar a la memoria y, por el contrario, puede «corresponder a una especialización de circuitos relacionada con la capacidad metacognitiva de la madre para inferir el estado mental de su bebé, promoviendo una protección, cuidado y crianza efectivos de la descendencia» (Hoepfner 2015).

Ganancia ponderal

Aunque, tradicionalmente, se ha considerado que la ganancia ponderal era trascendental en el desarrollo del embarazo, de acuerdo con González Merlo, «actualmente esta opinión ya no es aceptada, y el control de la variación del peso durante la gestación, siendo aún un parámetro necesario para el correcto

⁶⁶ «Los cambios cerebrales primarios comprenden reducciones de volumen GM en la línea media posterior (cingulado posterior y precuneus), la corteza frontal medial (corteza prefrontal medial y cingulada anterior), corteza prefrontal lateral bilateral (grupos en la corteza prefrontal ventrolateral y dorsolateral) y corteza bilateral surco temporal superior bilateral que se extiende a las secciones temporales laterales circundantes, así como a las estructuras temporales mediales, como el giro fusiforme»

⁶⁷ En el estudio de estos cambios se apreciaron, mediante resonancia magnética, en el 100% de las mujeres embarazadas. De manera que en base a la distribución de materia gris podía distinguirse a una mujer gestante de otra no gestante, sin información adicional.

control, no se considera básico, a excepción de en aquellas mujeres que ya en el inicio del embarazo se encuentran en una situación patológica, ya sea por exceso (obesidad) o por defecto (delgadez)» (González Merlo et al. 2018).

Diversas investigaciones han estudiado la relación de la obesidad pre-gestacional con el desarrollo de complicaciones durante el embarazo, especialmente la diabetes gestacional (Hernández Higareda et al. 2017), observándose «mayor incidencia de aborto, mayor tasa de fracaso en técnicas de fertilidad y mayor incidencia de parto prematuro, preeclampsia, diabetes gestacional, tasa de cesáreas y macrosomía fetal» (Barrera y Germain 2012).

Actualmente, se acepta como apropiado un aumento de peso aproximado de 12 kg⁶⁸ durante el embarazo (González Merlo et al. 2018; Mularz et al. 2017; Symonds et al. 2014), debiendo considerándose siempre en proporción al peso previo (10-20%) siempre y cuando este fuera adecuado (González Merlo et al. 2018).

Es importante tener en cuenta que dicho incremento semanal de peso esperable no es lineal, sino que varía a lo largo del embarazo como muestra la Figura 7. En la Figura 8. se muestra la distribución principal de este incremento de peso.

Una parte importante de esta ganancia ponderal (2-6 kg) corresponde a los depósitos de grasa en la embarazada que suponen una fuente de energía para la madre y tienden a localizarse en «la espalda, la parte superior de los muslos, las nalgas y la pared abdominal» (Symonds et al. 2014).

⁶⁸ Para una embarazada con un peso previo adecuado a su altura y edad

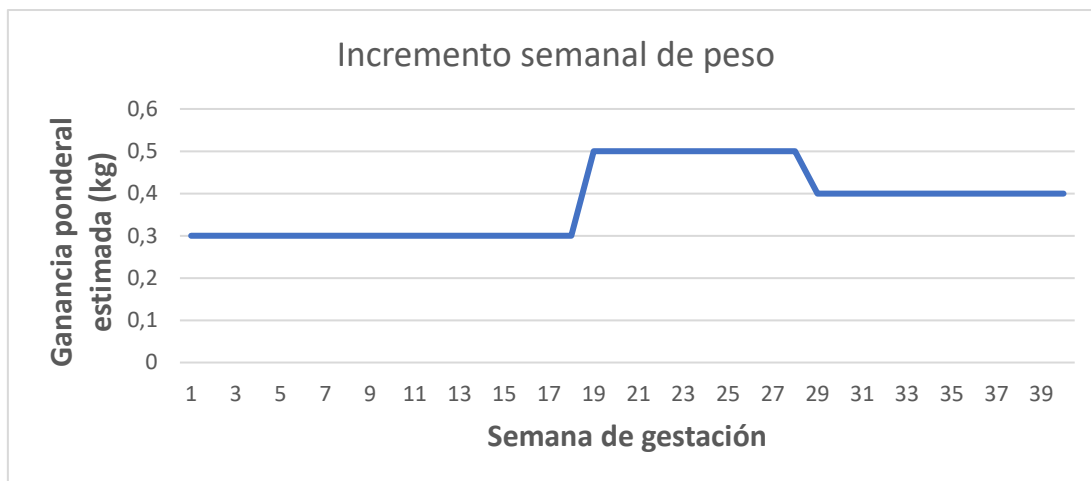


Figura 7. Incremento semanal de peso esperado

Elaboración propia. Fuente (Mularz et al. 2017; Symonds et al. 2014)

Otra parte significativa del incremento de peso en las mujeres durante el embarazo corresponde a la retención de agua que aproximadamente corresponde a 8.5 litros. Esta retención de agua no sólo contribuye al incremento del volumen plasmático y a la formación de los edemas (referidos anteriormente) sino que tiene, además, otros efectos como la mayor hidratación y flexibilidad de los tejidos o el aumento de tamaño de los tejidos de las glándulas mamarias y el útero (Symonds et al. 2014).

Aunque, según recoge Symonds «el edema leve es indicador de buena evolución fetal» (Symonds et al. 2014) un exceso de peso se ha asociado con el desarrollo de preeclampsia materna, con el nacimiento de bebés grandes para su edad gestacional (GEG) y con la prevalencia de obesidad infantil posterior (Mularz et al. 2017). También la obesidad de la mujer previa al embarazo se considera un factor de riesgo pues «se asocia a tasas más altas de aborto espontáneo, anomalías congénitas, diabetes mellitus gestacional, muerte fetal intrauterina, trastornos hipertensivos de la gestación, parto por cesárea, tromboembolia e infecciones de la herida quirúrgica» (Mularz et al. 2017).

Se ha señalado que la obesidad en las embarazadas, predispone a las reacciones inflamatorias y, además, se relaciona con una disminución de la actividad mitocondrial de las células placentarias. Al parecer, «la inflamación placentaria no controlada y la lipotoxicidad deterioran la función placentaria, con un aporte elevado de ácidos grasos libres a la circulación fetal que pueden alterar el crecimiento y el desarrollo fetal». También, se ha observado alteraciones en la angiogénesis placentaria en mujeres con obesidad pre-gravídica (Nogues et al. 2019).

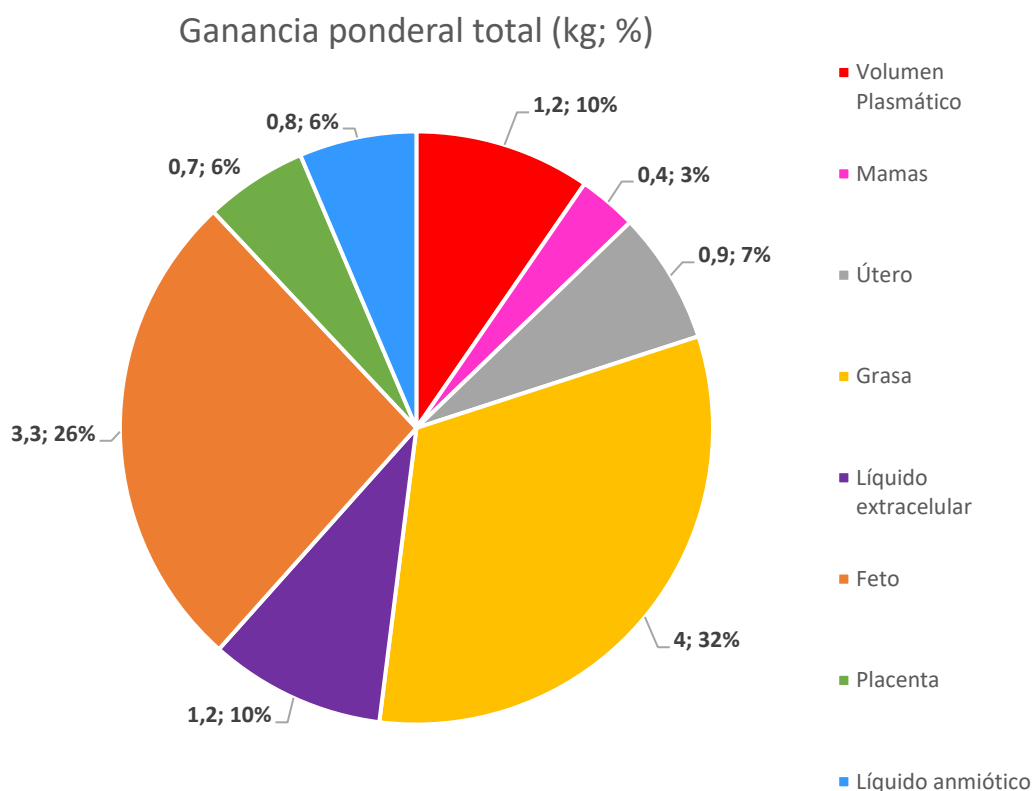


Figura 8. Distribución de la ganancia ponderal total
Elaboración propia. Fuente (Symonds et al. 2014)

En el otro extremo, un índice de masa corporal excesivamente bajo se relaciona con crecimientos fetales retardados (Mularz et al. 2017). Asimismo, la escasa ganancia

ponderal durante la gestación «puede indicar una reducción del volumen de líquido amniótico, una placenta pequeña, un trastorno del crecimiento fetal y una mala evolución del embarazo» (Symonds et al. 2014) y, estadísticamente, se ha relacionado con el parto prematuro (Mularz et al. 2017).

La recuperación del normopeso tras el embarazo, igual que su ganancia, no es lineal. Es evidente, que tras el parto existe una reducción equivalente al peso del bebe, la placenta y el líquido amniótico. En los días inmediatamente posteriores al parto la reducción de peso es bastante rápida y luego se estabiliza. Se estima que la mayoría de las mujeres conservarán un peso superior al habitual, que en un 20% de los casos puede ser igual o superior a los 5 kg (Symonds et al. 2014).

La adaptación musculoesquelética durante el embarazo

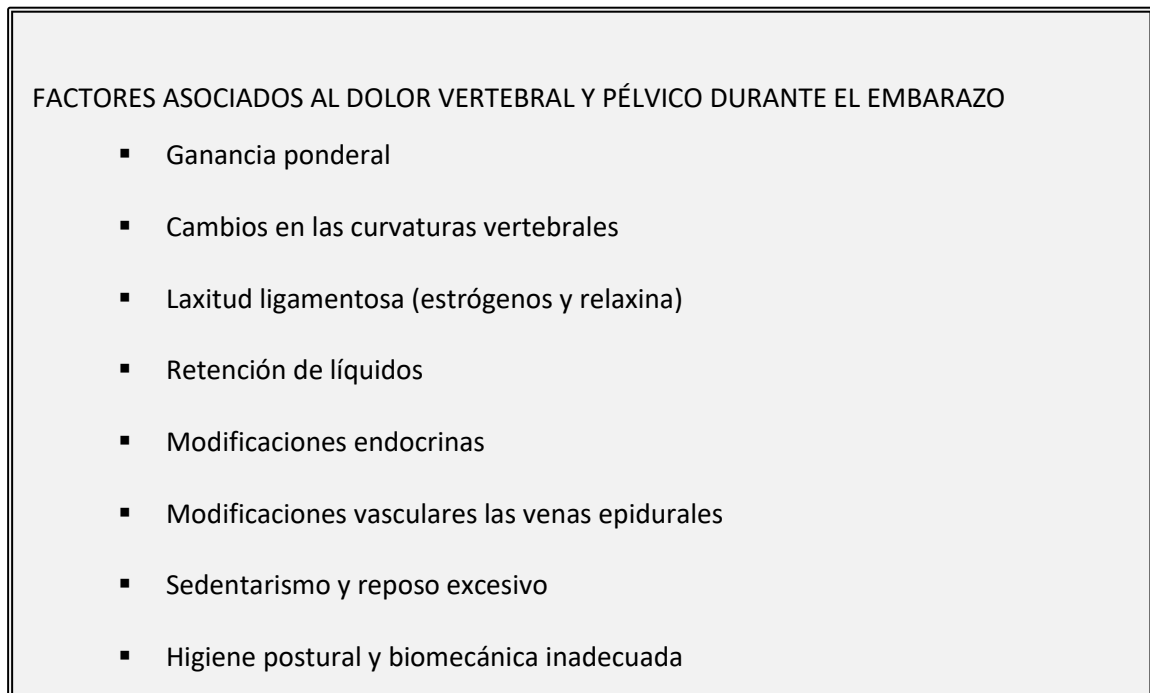
Durante el embarazo, la mayor laxitud muscular mediada por los estrógenos y la relaxina, la mayor resorción ósea y las modificaciones antropométricas ocasionan los cambios más evidentes a nivel musculoesquelético, que van a ser analizados más extensamente a continuación. Sin embargo, otros menos evidentes acontecen en este periodo en el que, Patricia Guzman *et al.*, destacan la prevalencia del síndrome del túnel carpiano, que se sitúa entre un 20 y un 40% (Guzmán Carrasco et al. 2012) y se «ha relacionado con edema por natriuresis y con neoformación por inflamación y colagenosis» (Pardal Fernández y Segura 2018).

La columna vertebral

A lo largo del periodo gestacional, el aumento de peso y dimensiones del útero provoca «el desplazamiento y la redistribución de órganos en la cavidad abdominal» (Ramírez Velez y Correa Bautista 2015). Como consecuencia se modifica la lordosis lumbar de las mujeres, lo que permite mantener el cuerpo estable pero puede resultar doloroso (Ramírez Velez y Correa Bautista 2015); estimándose que alrededor de un 45%-50% de mujeres embarazadas sufren dolor por esta causa (Guzmán Carrasco et al. 2012; Ramírez Velez y Correa Bautista 2015). Esta modificación de la curvatura lumbar, de hasta un 60%, se acompaña también de un aumento de la cifosis torácica y de cambios en la biomecánica de los miembros inferiores, de manera que las rodillas tienden a la hiperextensión. Así, «la mujer modifica de manera importante su centro de gravedad y su base de sustentación, lo cual afecta tanto su estabilidad corporal como su postura» (Ramírez Velez y Correa Bautista 2015).

El desarrollo de las mamas, que por sí mismo puede resultar doloroso, también contribuye a las modificaciones en la columna vertebral (Ramírez Velez y Correa Bautista 2015) y a la aparición de dolor en los hombros, así como, en la región cervico-dorsal debido a las «variaciones en la tensión de los músculos pectorales y dorsales» (Guzmán Carrasco et al. 2012) y que pueden ocasionar contracturas musculares y parestesias (Ramírez Velez y Correa Bautista 2015) .

Además del dolor lumbar y cervico-dorsal, un 20% de mujeres embarazadas presentan dolor pélvico (Guzmán Carrasco et al. 2012) que puede persistir durante años y que se agrava en el caso de embarazos consecutivos en un corto espacio de tiempo (Héctor Lacassie 2014).



El cuadro álgido en el embarazo supone, generalmente, cierto grado de limitación para actividades tales como caminar o sentarse, condiciona el sueño y el descanso y, en ocasiones, puede resultar incapacitante para el desarrollo de la actividad laboral lo que pudiera llevar aparejados perjuicios socioeconómicos (Guzmán Carrasco et al. 2012; Ramírez Velez y Correa Bautista 2015). Robinson Ramirez, revisó los factores que diversas investigaciones han relacionado con la aparición de dolor vertebral y pélvico durante el embarazo y que se recogen en la Figura 9.

*Figura 9. Factores asociados al dolor vertebral y pélvico durante el embarazo
Elaboración propia. Fuente: Resultados maternos y fetales de la actividad física durante el embarazo.
(Ramírez Velez y Correa Bautista 2015)*

El suelo pélvico

El concepto de periné, también denominado suelo pélvico se refiere al «conjunto de músculos y aponeurosis que cierran la parte inferior del abdomen, sirve de apoyo a la vejiga, al útero y a una porción intestinal» (Hidalgo Lacalle et al. 2017).

El embarazo y el parto son dos momentos críticos en los que es frecuente la aparición de disfunciones del suelo pélvico. En el caso del embarazo, estas disfunciones se relacionan con el aumento del peso del útero en el marco de una situación de laxitud ligamentosa de causa hormonal (Hidalgo Lacalle et al. 2017; Pavličev, Romero, y Mitteroecker 2020). Por su parte, el parto se considera «el principal factor de riesgo para la aparición de lesiones de suelo pélvico» asociado a lesiones traumáticas secundarias al descenso del feto por el canal del parto (Hidalgo Lacalle et al. 2017). Otro factor de riesgo importante es la edad de la mujer. Castro Pardiñas *et al.* establecieron que tanto los partos como la edad disminuyen el tono basal del suelo pélvico, lo que puede dar lugar a disfunciones del mismo (Castro Pardiñas, Torres Lacomba, y Navarro Brazález 2017).

La incontinencia urinaria y la disfunción anorrectal son dos de los problemas asociados al suelo pélvico, más frecuentes en el embarazo (Guzmán Carrasco et al. 2012; Hidalgo Lacalle et al. 2017). La incontinencia urinaria, además, puede persistir de forma crónica y se estima que «en aquellas mujeres que refieren incontinencia urinaria 3 meses después del parto, más de un 90% pierden orina todavía 5 años más tarde» (González Merlo et al. 2015). A pesar del auge de otras terapias, como los ejercicios hipopresivos, se mantiene hoy día la evidencia de la eficacia del entrenamiento muscular del periné

«como primera línea de tratamiento en las disfunciones del suelo pélvico» (Ruiz de Viñaspre Hernandez 2018).

La pelvis femenina, el dilema obstétrico y las demandas energéticas del feto.

El concepto de «dilema obstétrico», cuya autoría se atribuye a Adolf Portmann⁶⁹, hace referencia a la teoría de que la bipedestación del ser humano ha limitado las dimensiones óseas de la pelvis humana, siendo más eficiente para este fin la pelvis masculina, más estrecha (Dunsworth et al. 2012; Huseynov et al. 2016). Sin embargo, en el caso de las mujeres, de acuerdo con esta teoría, el desarrollo pélvico ha tenido que alcanzar el equilibrio entre las solicitudes mecánicas de la bipedestación y las exigencias derivadas del tránsito del feto por el anillo óseo. Como consecuencia, el espacio del canal de parto se ha visto limitado, lo que ha ocasionado un riesgo de desproporción entre este y el perímetro cefálico de los bebés humanos, superior al presente en otros mamíferos, dado su mayor desarrollo cerebral. La solución adaptativa que la selección natural ha ofrecido a la especie humana ha sido la reducción de la duración de la gestación, ocasionando un nacimiento prematuro de los fetos, que son especialmente vulnerables en el momento del alumbramiento y que requieren de un largo periodo postnatal para ser autosuficientes, siendo considerados seres altriciales⁷⁰ (Dunsworth

⁶⁹ Portmann A (1941) Die Tragzeiten der Primaten und die Dauer der Schwangerschaft beim Menschen: Ein Problem der vergleichenden Biologie. Rev Suisse Zool 48: 511–518.

Portmann A (1969) Biologische Fragmente zu einer Lehre vom Menschen [A Zoologist Looks at Humankind] (Schwabe, Basel, Germany); trans Schaefer J (1990) (Columbia University Press, New York). German.

⁷⁰ Se ha aplicado el término “altricidad” para describir la inmadurez, y la vulnerabilidad resultante, de los mamíferos que al nacer presentan bajo grado de desarrollo cerebral y limitaciones motoras y sensoriales que ocasionan la necesidad de una atención y protección continua por parte de sus progenitores. En el caso de los seres humanos, se ha denominado altricidad secundaria, y contempla la necesidad de ser

et al. 2012). Así, el desarrollo cerebral de un bebe humano al nacer es aproximadamente de un 30% y las diversas investigaciones estiman que serían necesarias entre 16 y 21 meses de gestación para un desarrollo completo del mismo. Sin embargo, esto supondría un aumento de 3-4 cm en el perímetro cefálico lo que resultaría peligroso, dadas las dimensiones medias actuales del canal del parto (Dunsworth 2018). Se ha deducido, además, que una morfología pélvica compatible con unas dimensiones mayores del feto resultaría incompatible con la bipedestación en las mujeres (Dunsworth 2018).

Por ello, diversos estudios se centran en la estructura de la pelvis partiendo, conceptualmente, de la verdad del «dilema obstétrico». Barbara Fischera y Philipp Mitteroecker, con el objetivo de buscar herramientas que previeran la dificultad en el parto, reduciendo la mortalidad y morbilidad relacionada con las dimensiones pélvicas, estudiaron la covarianza existente entre diversos parámetros antropométricos. De esta manera, hallaron una relación lineal entre la estatura y la forma de la pelvis tanto en hombres (0.53) como en mujeres (0.53); encontrando la correlación más intensa, sin embargo, entre el perímetro cefálico de las mujeres y la forma de su pelvis (0.63). Así, esa investigación, concluye que las personas con perímetro cefálico menor tienden a presentar pelvis de forma oval, esto es con un diámetro anteroposterior interno mayor al transversal, mientras que aquellas con dimensiones cefálicas superiores presentan diámetros pélvicos más equilibrados y, por tanto, formas circulares también denominadas «ginecoides». Sin embargo, las personas de mayor altura presentaban

alimentados y porteados por las madres por haber perdido en su evolución capacidades como la de los pies prensiles, con pulgar oponible. En contraposición, las especies precociales nacen con un alto grado de desarrollo (por ejemplo, cetáceos y équidos)(Dunsworth et al. 2012).

pelvis ovaladas, dándose las formas circulares en personas de menor estatura (Fischer y Mitteroecker 2015).

Por su parte, Alik Huseynov *et al.*, estudiaron el dimorfismo pélvico (femenino/masculino) y relacionaron los cambios hormonales durante la vida de las mujeres con la forma y dimensiones de la pelvis. Establecieron que la pelvis femenina se asemeja a la masculina fuera del periodo fértil de las mujeres (antes de la adolescencia y después de la menopausia), pero que hacia los 25-30 años, por influencia estrogénica, su forma se adecuaba más a las necesidades del parto (Huseynov *et al.* 2016).

Sin embargo, de Holly M Dunsworth, cuestiona el concepto de «dilema obstétrico» apuntando a las causas metabólicas como responsables de la duración del embarazo y de la inmadurez de los bebés humanos en el momento del nacimiento. De acuerdo con esta línea de pensamiento, denominada «EGG» (*Energetics of gestation and fetal growth*), los requerimientos energéticos y metabólicos derivados del desarrollo del feto llegarían, a las 38-40 semanas, a un punto máximo inasequible para las mujeres, 2.1 veces superior al propio. Para esta autora, los cambios pélvicos no pueden, por sí mismos, sostener la teoría del «dilema obstétrico» dado que existe una gran diversidad en relación con las dimensiones pélvicas entre las mujeres de diferentes razas a nivel mundial. Considera, simplemente, que el canal del parto ha alcanzado las medidas adecuadas para dar cabida a un feto cuyas dimensiones, se han limitado por la capacidad de aporte metabólico de la madre (Dunsworth 2018; Dunsworth *et al.* 2012).

Para Dunsworth, el «dilema obstétrico» ha auspiciado un mayor intervencionismo en el parto, bajo la predisposición de los profesionales de la salud a considerar el parto como

una situación problemática, apoyada en la incuestionable creencia de que la desproporción del canal del parto respecto al feto suponía un riesgo superior, para madres e hijos, al que realmente representa (Dunsworth 2018). En España, los datos disponibles, relativos al 2015, indican que de 420.290 nacimientos, 112.066 fueron por cesárea, lo que implica un 26.66% del total de partos (Instituto Nacional de Estadística s. f.). Sin embargo, en algunos países se alcanza ya una tasa de 50% de cesáreas, de acuerdo a Gilberto Tena, que considera la existencia de una auténtica epidemia de cesáreas (Tena Alavez 2013). Este autor atribuye las causas a diversos factores entre los que destaca la concepción que, tanto las propias mujeres como los/as profesionales que las atienden, tengan de la cesárea; a la que se añaden aspectos técnicos asistenciales, demográficos o legales (Tena Alavez 2013).

De manera antagónica a la posición del «dilema obstétrico», Philipp Mitteroecker *et al.*, han sugerido que la realización habitual de cesáreas durante las últimas décadas ha conducido a un aumento evolutivo de las tasas de desproporción céfalo-pélvica, que cifran alrededor de un 10-20% (Mitteroecker et al. 2016).

En la misma línea de pensamiento, Mihaela Pavličev *et al.*, han previsto que este incremento de la incidencia de desproporción céfalo-pélvica seguirá aumentando (Pavličev et al. 2020). Así, de acuerdo con estos autores, el extraordinario incremento en la cifra de cesáreas ha supuesto una disrupción del equilibrio entre los dos factores claves en los cambios evolutivos en la morfología pélvica: la supervivencia infantil y la estabilidad del suelo pélvico. Dado que la extracción quirúrgica del feto, asegura su supervivencia a pesar de la desproporción céfalo-pélvica, ya no hay obstáculo evolutivo que impida la progresiva modificación anatómica hacia pelvis de menor diámetro. De

acuerdo con esta hipótesis, estas pelvis, más estrechas, soportarían en bipedestación de forma más efectiva, el peso de las vísceras y del feto durante los meses de gestación (Pavličev et al. 2020).

Cambios en el sistema cardiovascular

Modificaciones cardíacas y vasculares

Durante la gestación se producen modificaciones en la frecuencia cardíaca (FC), gasto cardíaco (GC) y en todos los parámetros de presión arterial (sistólica, diastólica y presión arterial media). De acuerdo con Ian Symonds *et al.*, estos cambios se producen ya en la fase luteínica, es decir, en la fase inicial del embarazo anticipándose a la necesidad fisiológica de los mismos (Symonds et al. 2014).

A medida que el útero se desarrolla para acoger al feto, el diafragma se desplaza hacia arriba provocando, a su vez, modificaciones en la posición cardíaca que orienta su vértice más hacia la izquierda y arriba de lo habitual, con desviaciones de hasta un 15% (González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014). Además se produce una hipertrofia de la pared cardíaca, elongación de las fibras miocárdicas y un aumento relativo de su capacidad del 12% (70-80 cc) (González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014).

Estas modificaciones se reflejan tanto en la auscultación como en el electrocardiograma. En la auscultación rutinaria es frecuente encontrar «el desplazamiento de los focos de auscultación cardíaca y la aparición de un soplo sistólico de carácter funcional y un refuerzo del segundo ruido pulmonar» (González Merlo et al. 2018).

Por su parte, electrocardiográficamente se observa la aparición de onda Q tanto en la derivación aVF como en III, donde además se aprecia inversión de la onda T (Symonds et al. 2014). Es frecuente que las mujeres perciban palpitaciones (extrasístoles y taquicardias) que siempre deben ser consideradas ya que, si bien la mayoría suelen ser benignas (Pellicer Martínez 2014), las arritmias son complicaciones relativamente frecuentes durante la gestación, cuando su incidencia se incrementa significativamente, y pueden repercutir en la salud del feto (Knotts y Garan 2014; Muñoz Ortiz et al. 2017).

Debido al efecto de las hormonas vasodilatadoras⁷¹ sobre la musculatura lisa de los vasos sanguíneos, que reduce las resistencias vasculares periféricas (Evans 2015), la presión arterial disminuye durante las primeras semanas de gestación hasta alcanzar su valor más bajo, unos 10mmHg menor que la basal, alrededor de la 24 semana (Mularz et al. 2017; Symonds et al. 2014). Por dicha causa durante esta primera fase son relativamente frecuentes los episodios hipotensivos (González Merlo et al. 2018). En el último trimestre de embarazo la presión arterial recupera, de manera gradual, los valores normales (González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014). Esta recuperación es significativamente más rápida en las mujeres que posteriormente debutan con pre-eclampsia (Symonds et al. 2014).

A pesar de este aumento de la presión arterial al final del embarazo, se pueden detectar importantes disminuciones de las cifras cuando se realiza la medición en decúbito

⁷¹ Durante el primer trimestre, fundamentalmente, actúan como vasodilatadores el óxido nítrico (endógeno) y, de forma tardía, el péptido natriurético auricular. Al efecto vasodilatador de estas hormonas se añade la pérdida de respuesta vasopresora a la angiotensina II (AngII)(Symonds et al. 2014). Hasta hace poco se creía que la prostaciclina era otro de los vasodilatadores, sin embargo, estudios posteriores revelaron que «no es la sustancia que primariamente está involucrada en la vasodilatación que caracteriza y explica las adaptaciones hemodinámicas del embarazo normal»(López Jaramillo et al. 2014).

supino debido a que la compresión mecánica del útero sobre la vena cava, ocasiona una disminución del retorno venoso y, consecuentemente, de la precarga y del volumen sistólico (Symonds et al. 2014). Sin embargo, no se presentan alteraciones de la presión venosa central (PVC) y de la presión de enclavamiento pulmonar (PCP) (Mularz et al. 2017).

Todas estas modificaciones «pueden llevar a la descompensación de la paciente con alteración estructural cardíaca previa» estimándose que «la enfermedad cardíaca complica el 1 al 4% de todos los embarazos» (Múniera Echeverri 2018). Por lo que, en cuando esto sea posible, las mujeres con antecedentes personales de enfermedad cardíaca deberían planificar su embarazo para optimizar su situación previa y ajustar su tratamiento (Múniera Echeverri 2018).

Modificaciones hemáticas

Las variaciones en los patrones hemáticos, que responden a las demandas derivadas tanto del crecimiento del feto como de la placenta, provocan, además, un aumento de la reserva fisiológica ante una eventual hemorragia y la reducción en la probabilidad de trombosis (Tena Alavez 2013).

Durante el embarazo se produce un aumento tanto del volumen plasmático circulante como del número y volumen de eritrocitos (Symonds et al. 2014). Estos incrementos, eritrocitario y plasmático, no son proporcionales entre sí y producen la hemodilución responsable de la anemia en las mujeres gestantes (Mularz et al. 2017). Esta hipervolemia oligocitémica se ha valorado como adaptativa, ya que ocasiona una

disminución de la viscosidad de la sangre que mejora la perfusión placentaria (González Merlo et al. 2018; Tena Alavez 2013).

El aumento del volumen plasmático responde, por un lado, a una mayor retención de sodio y, por otro, al efecto ocasionado por el espacio intervilloso placentario (Pellicer Martínez 2014). Sin embargo, la presión osmótica plasmática disminuye, lo que origina edemas, especialmente en las fases más tardías del embarazo (Mularz et al. 2017).

A pesar de que la eritropoyetina (EPO) se eleva en el embarazo, especialmente en aquellas mujeres a las que no se realiza aporte suplementario con hierro⁷², parece que el incremento de la masa eritrocítica es, en este caso, principalmente debida al lactógeno placentario humano puesto que sucede de forma previa a la elevación significativa de los valores de EPO (Symonds et al. 2014).

Con respecto a la serie blanca, el recuento es ligeramente superior a lo normal, debido fundamentalmente al aumento de leucocitos polimorfonucleares neutrófilos (Symonds et al. 2014). El resto de formas celulares (eosinófilos, basófilos y monocitos) se mantienen estables, pudiendo disminuir ligeramente la actividad linfocitaria (González Merlo et al. 2018).

Durante el parto y postparto inmediato, es posible detectar una elevación leucocitaria brusca (15.000-20.000), nuevamente debido a una neutrofilia, en que son habituales valores hasta cuatro veces superiores a los normales en caso de los polimorfos (González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014).

⁷² El aumento de la eritropoyetina en mujeres no suplementadas con hierro se cifra en 55% frente al 25% de aquellas que si reciben este complemento dietético (Symonds et al. 2014)

Con respecto a la inmunidad humoral no se ha evidenciado variación, así como tampoco se han detectado con respecto a la producción de inmunoglobulinas (Symonds et al. 2014).

En cuanto al recuento plaquetario, no suelen producirse alteraciones durante el embarazo, no obstante, se pueden considerar fisiológicas disminuciones de hasta un 10% con respecto a la concentración basal más evidentes en la fase final del embarazo (Tena Alavez 2013).

Sin embargo, durante el embarazo existe una tendencia a la hipercoagulabilidad que se supone protectora en caso de hemorragia (Ferrer y Oyarzun 2014), secundaria a las alteraciones hormonales, la alteración en los factores de coagulación⁷³, y la reducción de los mecanismos de anticoagulación, fundamentalmente, de la proteína S (Evans 2015; Symonds et al. 2014). Debido a esta hipercoagulabilidad, y de acuerdo a los datos exhibidos por Fernando Ferrer y Enrique Oyarzún, la incidencia de tromboembolismos se eleva durante el embarazo, estimando que supone una complicación que dichos autores cifran entre «el 1 y 1,5 por cada 1.000 embarazos» (Ferrer y Oyarzun 2014).

Modificaciones del sistema respiratorio

Al igual que ocurre con los cambios cardiovasculares las modificaciones de la anatomofisiología respiratoria son precoces, comenzando en las primeras semanas por efecto tanto hormonal como mecánico, debido a la expansión del útero (González Merlo

⁷³ Se produce un aumento de los factores VII, VIII, VIII:C, X y IX; los factores II y V no varían, mientras se producen disminuciones importantes de XI y XIII (Symonds et al. 2014)

et al. 2018). El diámetro torácico, generalmente, aumenta, el diafragma se eleva y el ángulo subcostal alcanza los 103° al final del embarazo, lo que supone una variación de casi 40° con respecto al inicio (González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014). A pesar de todas estas adaptaciones, que permiten mantener la capacidad vital prácticamente inalterada, la respiración diafragmática predomina sobre la costal durante el embarazo (Pellicer Martínez 2014; Symonds et al. 2014). En la Tabla 1 se sintetizan los cambios en los principales parámetros respiratorios y gasométricos originados por la mayor sensibilidad del bulbo a la presencia de dióxido, mediada por la progesterona, que da lugar a la hiperventilación característica durante el embarazo (Symonds et al. 2014). Esta hiperventilación, debida al aumento del volumen minuto, da lugar a una situación de alcalosis respiratoria compensada a través de un aumento de la eliminación de bicarbonato por vía renal (González Merlo et al. 2018; Mularz et al. 2017; Symonds et al. 2014). Por ello, importante tener en cuenta la mayor vulnerabilidad de las embarazadas ante condiciones estresantes (físico o psicológico) dado que «las embarazadas son más propensas a adquirir una acidosis grave por cetoacidosis o acidosis láctica, porque su capacidad buffer total está disminuida a causa de la baja cantidad de bicarbonato» (González Merlo et al. 2018).

El embarazo no supone un factor de riesgo para mujeres con patología pulmonar previa (Symonds et al. 2014), aunque si puede «intensificar las alteraciones fisiopatológicas de la función pulmonar» (Evans 2015).

Parámetro	Cambio esperable	Valor medio
Capacidad residual funcional	Disminución	1800-3000cc
Capacidad pulmonar total	Ligera disminución (a término)	4000-5000cc
Capacidad inspiratoria	Ligero aumento	1600cc
Volumen de reserva espiratorio	Disminución	800cc
Volumen de reserva inspiratorio	Sin modificaciones significativas	1000cc
Volumen pulmonar residual	Disminución	800-1500cc
Volumen corriente	Aumento	700cc
Ventilación minuto	Aumento	10.5l
Frecuencia respiratoria	Sin modificaciones significativas	14-15 rpm
Capacidad vital	Sin modificaciones significativas	4000cc
Consumo de oxígeno	Aumento	Se incrementa 16%
Saturación O₂	Sin modificaciones significativas	>90%
PCO₂	Disminución	28-32 mmHg
PO₂	Ligero aumento	85 mmHg
pH	Igual o ligero aumento	7.40-7.45
H₂CO₃	Disminución	18-20 mEq/L

Tabla 3. Parámetros respiratorios y gasométricos básicos durante el embarazo

Elaboración propia. Fuentes (Evans 2015; González Merlo et al. 2018; Mularz et al. 2017; Romero et al. 2013; Symonds et al. 2014)

Cambios renales

Las modificaciones renales se van a exponer, a continuación, en dos subapartados distintos dedicados a la morfología y la fisiología renal, respectivamente.

Morfología renal

Durante el embarazo los riñones aumentan su tamaño (1-1.5cm), principalmente, como consecuencia del engrosamiento del parénquima renal, de la dilatación tanto de la pelvis como de los cálices renales y del aumento del volumen vascular (Evans 2015; Symonds et al. 2014). Con frecuencia también se produce una dilatación de los uréteres, que puede llegar a los 2 cm, y que es más evidente en el lado derecho⁷⁴ (Mularz et al. 2017; Pellicer Martínez 2014). Esta dilatación no se considera patológica siempre y cuando «no se extienda por debajo del borde de la pelvis renal» y suele involucionar en el plazo de 3-4 meses después del parto (Pellicer Martínez 2014). Según exponen Ian Symonds *et al.* (Symonds et al. 2014), la dilatación no se acompaña de hipotonía ni hipomovilidad, sino que el músculo liso de la pared ureteral se hipertrofia. Sin embargo, otros autores aseguran que la progesterona ocasionaría la relajación del músculo liso lo que ocasiona pérdida de tono en los uréteres (Mularz et al. 2017; Pellicer Martínez 2014). En cualquier caso, parece que esta situación de dilatación ureteral produce, ocasionalmente, el reflujo de la orina de forma retrógrada a la vejiga, lo que se asocia con un aumento de las infecciones (Autún Rosado et al. 2015; Pellicer Martínez 2014; Symonds et al. 2014).

⁷⁴ El uréter derecho se afecta más debido, por un lado, a la dextrorrotación uterina y, por otro, a que la vena ovárica derecha ejerce presión sobre este. sin embargo, el izquierdo queda anatómicamente resguardado por la sección sigmoidea del colon (Evans 2015).

Fisiología renal

El aumento de la volemia y del gasto cardíaco, junto con la disminución de resistencias periféricas, provocan un aumento del flujo sanguíneo renal hasta en un 75% desde el principio del embarazo hasta, aproximadamente, la semana 34 cuando empieza a declinar (Evans 2015).

El aumento del flujo renal se acompaña de un incremento del filtrado glomerular (FG) en más de un 50%, ya en el primer trimestre, manteniéndose ambos elevados todo el embarazo si bien de forma más discreta en el último trimestre (González Merlo et al. 2018; Mularz et al. 2017; Symonds et al. 2014). La causa del aumento del FG se ha atribuido a diversos factores como son los niveles de lactógeno placentario, el aumento del volumen minuto o la disminución de la presión oncótica del plasma e, incluso, a factores mecánicos derivados de la presión del útero (González Merlo et al. 2018). Por esta última causa, Ian Symons *et al.*, afirman que «la bipedestación es significativamente más antidiurética que en las mujeres no gestantes» (Symonds et al. 2014).

A pesar del aumento del filtrado glomerular existe durante el embarazo, un mecanismo de retención de agua que contribuye a la elevación del volumen plasmático y a la formación de edemas (González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014) que, como ya se ha explicado, está mediado por la acción de la aldosterona, antagonista de la progesterona en el túbulo renal (Evans 2015; Pellicer Martínez 2014).

Resulta de interés tener presente la dilución que implica esta mayor retención hídrica a la hora de interpretar las concentraciones referidas en una analítica, especialmente en

lo que a función renal se refiere (Symonds et al. 2014). Así ocurre con respecto a los iones de sodio y de potasio, que experimentando un aumento en su tasa de reabsorción, ven reducida su concentración plasmática (Symonds et al. 2014) como ocurre también con la urea y el nitrógeno ureico (González Merlo et al. 2018).

En cuanto al calcio, aunque se detecta un aumento en su absorción a nivel renal, también se aprecia una excreción que puede doblar el nivel normal (González Merlo et al. 2018). La concentración de calcio iónico (libre) en el plasma materno se mantiene a expensas de una mayor absorción intestinal (Mularz et al. 2017).

Con respecto al ácido úrico, aumenta la filtración glomerular y disminuye su reabsorción en el túbulo, lo que deriva en una reducción de su concentración plasmática de hasta un 25% que, sin embargo, se recupera en la fase final del embarazo (Evans 2015; Symonds et al. 2014).

Por otro lado, se produce una elevación de la glucosa, la lactosa y la fructosa excretada en orina (Symonds et al. 2014), siendo frecuente la glucosuria (Evans 2015; Mularz et al. 2017; Symonds et al. 2014). Esta excreción no se considera patológica ni se vincula a los niveles plasmáticos de glucosa lo que, para Evans, se refleja en el hecho de que « el 90% de las mujeres con glucemia normal eliminan de 1 a 10 g de glucosa al día» (Evans 2015). En cambio, parece estar causada por una menor reabsorción a nivel de los túbulos (Symonds et al. 2014).

Además de la glucosuria se puede producir una elevación de los niveles de proteínas y de aminoácidos esenciales eliminados a través de la orina, que se relaciona directamente con la menor presión oncótica durante este periodo (Evans 2015; González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014). Sin embargo, una proteinuria, igual o

superior a 300 mg/24h se relaciona con la presentación de pre-eclampsia (Evans 2015; Symonds et al. 2014). La mayor concentración de aminoácidos en el tracto urinario es otra de las causas de predisposición a las infecciones en las mujeres embarazadas (González Merlo et al. 2018).

Finalmente, también se puede afirmar que durante la gestación se produce una mayor eliminación renal de las vitaminas hidrosolubles (González Merlo et al. 2018).

Como se ha remarcado anteriormente, diversos cambios producidos tanto en la anatomía como en la fisiología renal predisponen a las mujeres a padecer infecciones del tracto urinario que, en muchos casos, son asintomáticos (19%) y que justifican la realización de cultivos periódicos dentro de los controles prenatales⁷⁵ (Autún Rosado et al. 2015). Según María Virginia Villegas *et al.*, el riesgo de infección urinaria y de su progresión a pielonefritis es mayor en aquellos casos en se dan en contexto de «gestantes tardías, multiparidad, bajo nivel socioeconómico, antecedentes de infecciones urinarias, alteraciones estructurales y funcionales en la vía urinaria, rasgo drepanocítico y diabetes» (Villegas et al. 2013).

Cambios cutáneos

La hiperpigmentación, las estrías y las varices son las modificaciones cutáneas de mayor prevalencia durante la gestación (se tratan más adelante de manera específica). Sin embargo, en ocasiones, es posible las mujeres embarazadas sufran alteraciones en el

⁷⁵ Se considerará que existe infección del tracto urinario cuando «el recuento de gérmenes patógenos por encima de 105 Unidades Formadoras de Colonias (UFC)/mL tomada por micción espontánea»(Villegas et al. 2013)

crecimiento y la distribución del vello corporal, pudiendo presentar hipertrichosis y/o padecer una caída masiva del cabello (Pellicer Martínez 2014).

Por otro lado, en su compendio *Obstetricia*, Jesús Gonzalez Merlo *et al.*, llaman la atención sobre la importancia que, en la actualidad, debe prestarse a tatuajes y pendientes (*piercings*) en las mujeres embarazadas. En el caso de los tatuajes tanto por las distorsiones que los cambios de tensión en la piel pueden ocasionar, como por el peligro de infiltración al espacio epidural de tintas y pigmentos. En el caso de los *piercings*, destacan los autores, las complicaciones que se pueden derivar: «dolor, hemorragia, hematomas, migraciones, rechazos, desgarros cutáneos, queloides, granulomas e infecciones locales o sistémicas»; A los que se añaden el riesgo de alteraciones en la conducción de la corriente ante la necesidad del uso de bisturí eléctrico y la interferencia para la intubación en el caso de aquellos que se sitúan en boca y/o nariz. Se recomienda, en este texto, la retirada de aquellos que se ubican en estas zonas, así como los situados en área genital, ombligo o pezones en tanto pueden complicar «la cesárea o el parto vaginal, y la lactancia materna» (González Merlo *et al.* 2018).

Hiperpigmentación

Entre los cambios cutáneos más habituales en el embarazo uno de los más frecuentes es la hiperpigmentación cutánea, que afecta a 3 de cada 4 mujeres (Pellicer Martínez 2014), y está causada por el aumento de la secreción de la hormona hipofisiaria estimulante de los melanocitos secundaria al aumento de la progesterona

(González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014). La hiperpigmentación es especialmente intensa en la areola de los pezones, la línea alba abdominal vulva y el ano; así como también en la cara, dando lugar al denominado “cloasma gravídico” que afecta al cutis de nariz, frente y mejillas (González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014). Además, suele afectar al color y tamaño de nevus y manchas cutáneas preexistentes que pueden aumentar y hacerse más oscuros (González Merlo et al. 2018). Todos estos efectos son más intensos en mujeres morenas y en aquellas épocas y/o lugares donde la exposición solar es mayor (Pellicer Martínez 2014). Sin embargo, por lo general, la coloración cutánea se normaliza progresivamente tras el parto (González Merlo et al. 2018).

Estrías

Las estrías se producen como consecuencia de la menor densidad de las fibras elásticas de colágeno de la capa subcuticular de la piel (González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014). Se presentan en un 70% de las mujeres durante el embarazo y suelen persistir tras este, pudiendo experimentar alguna mejoría (González Merlo et al. 2018; Pellicer Martínez 2014). No existe evidencia de la eficacia de ningún tratamiento para prevenirlas (González Merlo et al. 2018).

La aparición de estrías se ha relacionado con el efecto mecánico del aumento del diámetro abdominal que origina mayor tensión de la piel (González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014). Por ello aparecen, fundamentalmente, en el abdomen y las nalgas,

con una presentación vertical, y en las mamas donde generalmente se disponen de forma radial alrededor de la areola (Pellicer Martínez 2014).

Arañas vasculares

El aumento del flujo sanguíneo en combinación con los cambios del tejido colágeno, antes mencionados, dan lugar a la aparición de arañas vasculares durante la gestación, con una incidencia aproximada del 66% (González Merlo et al. 2018; Pellicer Martínez 2014; Symonds et al. 2014). Las arañas vasculares están «constituidas por una arteriola central dilatada de la que en forma radial aparecen prolongaciones de mayor o menor longitud» (González Merlo et al. 2018) que pueden localizarse en cara, nuca, brazos, piernas y zona ante-torácica superior (González Merlo et al. 2018; Pellicer Martínez 2014).

Aparentemente, el aumento del flujo sanguíneo es un mecanismo de adaptación durante el embarazo que permite disipar el aumento de temperatura producido por el feto (Symonds et al. 2014)

Actividad física durante la gestación

Salvo en aquellas mujeres que durante el embarazo presenten situaciones de riesgo⁷⁶, la recomendación general es que se realice ejercicio físico moderado durante el embarazo (Mularz et al. 2017; Rodríguez Blanco, Sánchez García, et al. 2019;

⁷⁶ Como la hemorragia, o el riesgo de aborto o parto prematuro (Pellicer Martínez 2014)

Symonds et al. 2014; Tena Alavez 2013). Un metanálisis, con una muestra de 2059 mujeres embarazadas, determinó que la realización entre 35 y 90 minutos de ejercicio aeróbico, 3 ó 4 veces por semana, resultaba seguro para mujeres con normopeso durante el curso del embarazo no complicado; sin incrementar el riesgo de parto prematuro o reducir la edad gestacional al nacimiento. Además, asociaba el ejercicio con una menor incidencia de diabetes mellitus, de alteraciones hipertensivas durante el embarazo y de cesáreas en el parto (Di Mascio et al. 2016). Este ejercicio aeróbico puede incluir natación, bicicleta o paseos y puede acompañarse de entrenamiento de fuerza muscular (Mularz et al. 2017).

La actividad física es especialmente beneficiosa en mujeres con trastornos metabólicos (Pellicer Martínez 2014; Tena Alavez 2013). De hecho, un ensayo clínico aleatorio, publicado en 2017, demostró que la realización de al menos 30 minutos de ejercicio en bicicleta estática, tres veces por semana, reducía la incidencia de diabetes mellitus en mujeres embarazadas con criterios de obesidad o sobrepeso. También resultó beneficioso para reducir la ganancia de peso en la primera mitad del embarazo. Los autores destacaron, además, que no existía evidencia que relacionara la realización de ejercicio, por parte de este grupo de mujeres, con el riesgo de parto prematuro o la menor edad gestacional de los neonatos (Wang et al. 2017).

Parece claro que, si existían adecuados hábitos previos, se debe fomentar que la mujer continúe con la actividad deportiva restringiendo, solamente, la excesiva intensidad⁷⁷ y evitando la realización de aquellas actividades en las que aumentan las probabilidades de sufrir caídas (Mularz et al. 2017). A este respecto, es importante tener en cuenta la

⁷⁷ La frecuencia cardíaca objetivo, en el caso de ejercicio aeróbico debe reducirse en 15-20 lpm (Mularz et al. 2017)

progresiva limitación que el aumento del perímetro y del peso abdominal ocasiona, ya que producen cambios en el centro de gravedad y el equilibrio (Symonds et al. 2014).

El ejercicio acuático se considera uno de los ejercicios más recomendables dado que, la relativa ingravidez del medio acuático, alivia el peso del abdomen y la sobrecarga de las articulaciones (Rodríguez Blanco, Sánchez García, et al. 2019). Además la natación ayuda a la mujer a aprender a concentrarse en su propia respiración y controlarla (Rodríguez Blanco, Sánchez García, et al. 2019). Sin embargo, esta recomendación excluye el buceo con botella, debido a que se desconocen las consecuencias del uso de aire comprimido por parte de las embarazadas, a lo que se añade el riesgo a sufrir enfermedad descompresiva (Mularz et al. 2017).

De acuerdo con los diferentes estudios recientemente publicados por Raquel García Blanco *et al.*, la realización de ejercicio de resistencia de intensidad moderada en el agua durante el embarazo, en mujeres sanas, no sólo no perjudica en manera alguna la salud de madres e hijos sino que mejora la calidad y duración del sueño y el descanso de las mujeres que los practican (Rodríguez Blanco et al. 2018). La natación aporta también beneficios directamente relacionados con el parto, entre los que destacan la reducción de la duración media del mismo y el aumento de la tasa de partos eutócicos (Rodríguez Blanco, Sánchez García, et al. 2019). Además, este tipo de ejercicio, sin afectar la duración de la gestación, reduce el peso al nacer de los neonatos y aumenta las probabilidades de que el periné permanezca intacto tras el parto (Rodríguez Blanco, Sánchez García, et al. 2019; Rodríguez Blanco, Sánchez García, et al. 2019).

Recientemente, el mismo grupo de investigación ha señalado los efectos del ejercicio sobre la salud mental de las madres, constituyendo un factor protector para el desarrollo de la depresión postparto (Aguilar-Cordero et al. 2019).

Nacimiento

En el 93% de los casos, el nacimiento del bebé pone fin a la gestación en el periodo comprendido entre las semanas 37 a 42. Lo deseable, es que el nacimiento tenga lugar mediante parto vaginal (Symonds et al. 2014). Sin embargo, en determinadas circunstancias, es precisa una intervención quirúrgica, la cesárea, para extraer el feto del útero materno.

Camino a un parto respetado. El plan de parto

En la actualidad, existe una importante corriente de humanización que persigue disminuir el intervencionismo innecesario en los partos, respetando, en la medida de lo posible, el desarrollo natural de los mismos. Esta tendencia subyace a la vigente «Estrategia de atención al parto normal» (EAPN), documento que «se articula en torno al principio de que el parto y nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad y que las y los profesionales deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad y dignidad de las mujeres» (Ministerio de Sanidad 2015).

La asistencia al parto debe contar con las mujeres como sujetos activos del mismo, respetándose en la medida el plan de parto confeccionado por ellas (Gijón García 2016).

«El Plan de Parto es un documento escrito en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento», habitualmente redactado entre la 28 y la 32 semanas de gestación (Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva 2011). Este documento debe ser flexible ante las múltiples circunstancias que pueden sobrevenir durante el proceso de parto. Lo que no exime que cualquier variación deba ser comunicada a la mujer para recabar su consentimiento previo a la realización de procedimientos no recogidos en el plan de parto (Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva 2011; Gijón García 2016; González Merlo et al. 2018)

En el página de internet correspondiente al Ministerio de Sanidad está disponible una publicación informativa para madres y profesionales que recoge la evidencia disponible con respecto al proceso de parto, facilitando un modelo para el registro de preferencias de las madres en relación a la asistencia que ella y el bebé recibirán durante el parto y postparto inmediato (Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva 2011).

Parto vaginal

La forma natural y espontánea de presentación de un nacimiento es el parto vaginal «mediante el cual se expulsa el feto desde el interior de la cavidad uterina hacia el exterior del organismo materno» (González Merlo et al. 2018).

Existe la posibilidad que el parto tenga lugar antes de la semana 37 («pretermino»), aunque el límite de viabilidad fetal por prematuridad se sitúa en la semana 24; de manera que si este proceso se desencadena en estadíos más tempranos dará lugar a un aborto (Symonds et al. 2014). Si el parto, sucede después de la semana 42 el parto se denominará «postérmino» y el neonato se califica como «postmaduro» (González Merlo et al. 2018).

En la parte final del embarazo, precede al parto un periodo indefinido de días o incluso semanas, en el que se producen contracciones irregulares y poco dolorosas, las contracciones de Braxton Hicks (Kay et al. 2020; Symonds et al. 2014) «causantes de la formación del segmento uterino inferior y de la acomodación de la presentación en este, que son maniobras previas al proceso de encajamiento de la presentación fetal en la pelvis materna» (González Merlo et al. 2018).

Para que el parto se produzca con normalidad es necesario el borrado y la dilatación del cuello del útero, lo que requiere de una actividad del músculo uterino que produzca contracciones de «frecuencia, intensidad y duración suficiente» (Mularz et al. 2017). De acuerdo con Merlo, se habría iniciado esta «fase cuando existe una actividad uterina rítmica, progresiva y de cierta intensidad, con un mínimo de dos contracciones uterinas perceptibles por la molestia que producen (intensidad superior a 30 mmHg), cada 10 minutos, con un cuello borrado en más del 50% de su trayecto, y con 2 cm de dilatación en la nulípara y 3 cm en la múltípara» (González Merlo et al. 2018).

Una vez establecido el inicio del parto, podrían diferenciarse 3 fases (González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014):

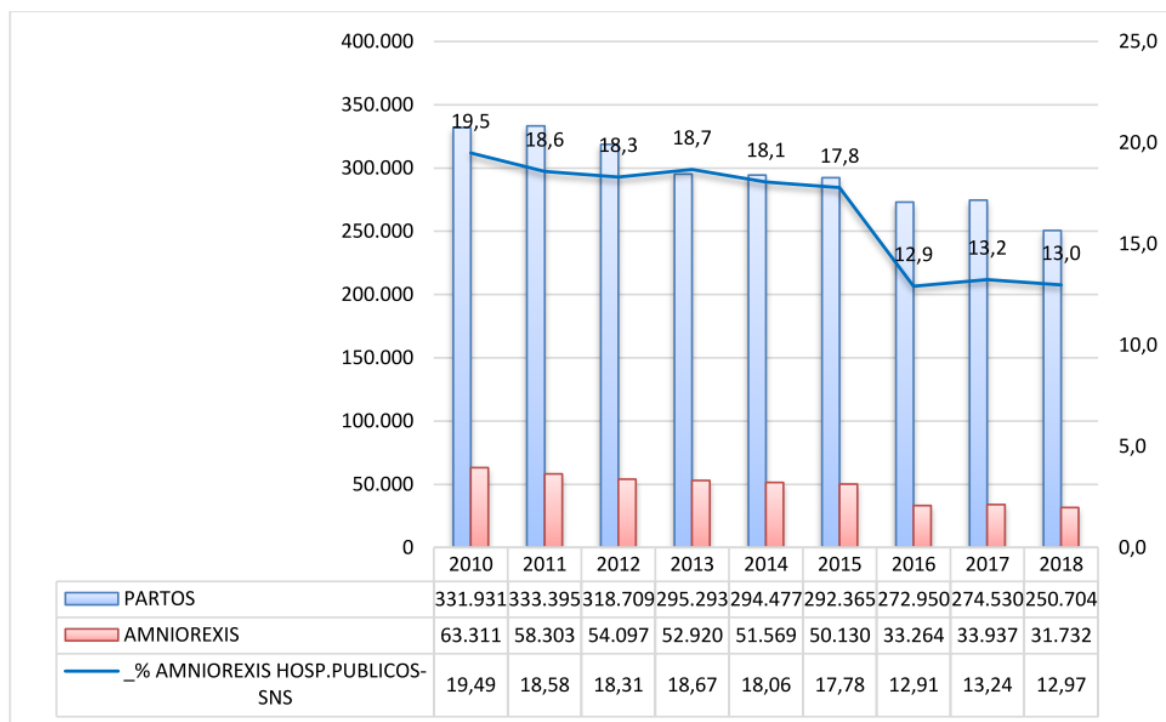
1. Primera fase o fase de dilatación: Desde el inicio de las contracciones hasta que se produce el borrado de cuello uterino y la dilatación completa (10 cm). Este proceso es de duración variable y, especialmente en primíparas, puede prolongarse. Sin embargo, «se espera que la velocidad de la dilatación cervicouterina sea de aproximadamente 0,5-1 cm/h en una mujer nulípara y de 1-2 cm/h en una mujer múltipara» (Kay et al. 2020)

La bolsa o saco amniótico puede haberse roto en algún momento previo o romperse durante esta fase. Incluso algún parto puede llegar a la fase expulsiva con la bolsa íntegra⁷⁸, si bien no es lo habitual. Aunque tradicionalmente se consideraba que la amniorrexis o amniotomía⁷⁹, cuando la ruptura no sucedía de manera espontánea, aceleraba la dilatación por la liberación de prostaglandinas endógenas, la recomendación actual va en contra de esta práctica de manera rutinaria, que aumenta el dolor de las contracciones y la tasa de cesáreas. Así de acuerdo con la evidencia disponible la amniorrexis no produce «un acortamiento en la duración del período de dilatación, pero sí un posible aumento de las cesáreas. La amniotomía sistemática no se recomienda como parte del tratamiento y la atención estándar del trabajo de parto» (Smyth, Alldred, y Markham 2013). Sin embargo, como puede apreciarse en la Figura 10, la amniorresis es aún una práctica bastante común.

⁷⁸ Denominado “Parto velado”. Por su infrecuencia es considerado popularmente como signo pronóstico de buena suerte.

⁷⁹ Amniorrexis o amniotomía. Denominación que recibe la técnica mediante la que tiene lugar la ruptura intencionada del saco amniótico, cuando aún no se ha producido de manera espontánea.

Otras complicaciones asociadas a la amniotomía son «prolapso del cordón umbilical, infección, hemorragia por vasa previa, desprendimiento placentario, fallo al provocar contracciones eficaces, embolia de líquido amniótico» (Kay et al. 2020).



*2016: rotura de serie por la transición al nuevo modelo de datos del Registro RAE-CMBD y utilización de CIE-10-ES como clasificación para la codificación de datos clínicos del Registro de la atención sanitaria especializada.

Figura 10. Amniotomías en España. 2010-2018.

Extraído de «Atención perinatal en España: análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018» Pág. 30. (Ministerio de Sanidad 2020)

La Figura 11. recoge las recomendaciones en cuanto a esta y otras prácticas asociadas a la etapa de dilatación, recogidas en la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN).

RECOMENDACIONES EAPN EN FASE DE DILATACIÓN
-Instruir a la embarazada en el reconocimiento de los signos de un verdadero trabajo de parto.
-Facilitar que la gestante pueda deambular y elegir adoptar la posición de acuerdo a sus necesidades y preferencias.
-Permitir la ingesta de líquidos y alimentos ligeros según las necesidades de las gestantes.
-Potenciar entornos amigables que ayuden a una actitud y vivencia en las mejores condiciones.
-Utilizar el partograma.
-Realizar una monitorización y control del bienestar fetal.
-No realizar amniotomía de rutina.
-No colocar vía venosa periférica de rutina.
-El empleo de oxitocina se limitará a los casos de necesidad.
-Limitar el número de tactos vaginales a los mínimos imprescindibles.

Figura 11. Recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal durante la fase de dilatación
Fuente: Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad 2015)

2. Segunda fase o fase expulsiva: Desde el fin de la primera hasta la expulsión del feto, mediante la fuerza ejercida por la madre en sus pujos, junto a la presión ejercida por el útero en sus contracciones.

Este periodo expulsivo, se considera subdividido en una primera etapa «pélvica» o «pasiva» en la que el feto desciende por el canal del parto hasta llegar a la parte más inferior del mismo; y una fase final, denominada «perineal» o «activa», que tiene lugar cuando la presentación del feto ocasiona presión y abombamiento del periné. En esta fase, si la analgesia no lo impide, la mujer siente la necesidad de empujar. Estos pujos, coordinados con las contracciones uterinas completarán la expulsión del neonato (Kay et al. 2020; Symonds et al. 2014).

En este momento del nacimiento, la mayor capacidad de distensión tanto de los tejidos blandos de la pelvis y el periné, como de los ligamentos pélvicos son clave en el descenso del feto por el canal del parto y su expulsión (González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014). Para el movimiento descendente resulta crucial también la presentación del feto, habitualmente cefálica, y los movimientos de flexo-extensión y rotación de la cabeza del bebé en las distintas fases de su descenso, como puede apreciarse en la Figura 12 (Symonds et al. 2014).

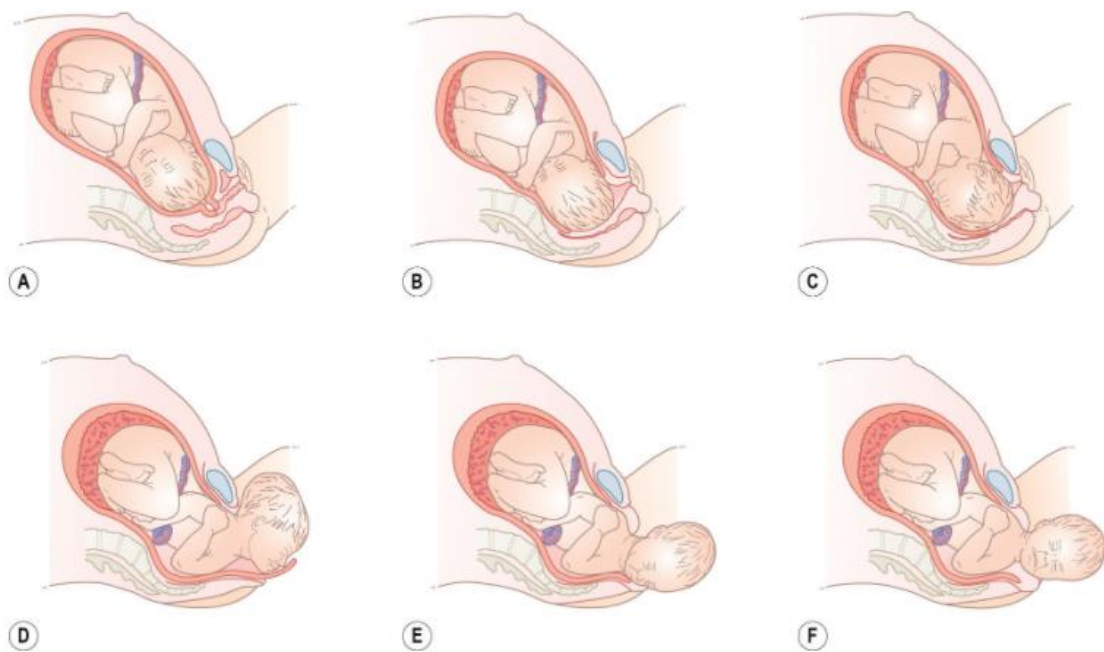


Figura 12. Descenso y expulsión del feto por el canal del parto
« A. Descenso de la parte de presentación. B. Flexión de la cabeza. C. Rotación interna. D. Distensión del periné y extensión de la cabeza fetal. E. Parto de la cabeza. F. Parto de los hombros». Extraído de *Ginecología y obstetricia esencial*. Symonds, Ian, Arulkumaran, Sir Sabaratnam. Figura 11.4 (Symonds et al. 2014)

La percepción de dolor durante esta etapa expulsiva está sujeta a una gran variabilidad individual, y las técnicas antiálgicas, farmacológicas o no, deben ser proporcionales a la intensidad del mismo, orientándose a controlarlo mientras se minimizan los riesgos tanto para la madre como para el neonato (Symonds et al. 2014).

Así entre la terapéutica analgésica descrita para el parto vaginal, se encuentran las técnicas de relajación, la aplicación de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), el uso de analgesia inhalada, la administración intravenosa de fármacos opiáceos, el uso de anestésicos locales, tanto para bloqueos nerviosos como para la anestesia raquídea o la epidural (González Merlo et al. 2018; Symonds et al. 2014).

Las recomendaciones de la EAPN en relación con el uso de anestésicos en la fase expulsiva del parto se orientan a evitar su uso de manera rutinaria, informando a las mujeres sobre sus beneficios, riesgos y alternativas (Ministerio de Sanidad 2015).

Otras recomendaciones de la EAPN, con respecto a esta fase, guardan relación con la postura adoptada por las mujeres durante el parto y a la realización de episiotomía⁸⁰. Todas ellas se presentan agrupadas en la Tabla 4 (Ministerio de Sanidad 2015).

⁸⁰ Episiotomía: «Incisión en la zona vulvoperineal que se practica para ampliar el canal blando del parto en su nivel más bajo»(González Merlo et al. 2018)

Objeto de la recomendación	Practica recomendada
Anestesia	<p>Evitar el uso rutinario</p> <p>Informar previamente a las mujeres sobre los diferentes métodos alternativos para el alivio del dolor, sus beneficios y potenciales riesgos y la posibilidad de elegir uno o varios si lo desean.</p> <p>Informar a las mujeres de la capacidad cerebral de producir sustancias analgésicas (endorfinas) en un parto fisiológico en condiciones de intimidad.</p> <p>Informar sobre los riesgos y consecuencias de la analgesia epidural para la madre y la criatura.</p> <p>Considerar la aplicación de la anestesia epidural sin bloqueo motor.</p>
Postura	<p>Permitir que las mujeres adopten libremente la postura que espontáneamente prefieran durante todo el proceso, incluido el expulsivo.</p> <p>Capacitar a las y los profesionales a la atención al parto en las diferentes posiciones.</p> <p>Investigar las percepciones de las mujeres y los factores que influyen en la elección de las posiciones que adoptan.</p>
Episiotomía	<p>Promover una política de episiotomía selectiva y no sistemática; de ser necesaria, realizar episiotomía medio-lateral con sutura continua y material reabsorbible.</p> <p>No suturar desgarros leves o cortes menores.</p> <p>Mejorar la formación de los profesionales para la protección del periné.</p>

Tabla 4. Recomendaciones EAPN en la asistencia a la fase expulsiva del parto

Fuente: Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad 2015)

En ocasiones, esta fase del parto puede requerir el uso de determinado instrumental, como ventosas o fórceps, para facilitar la expulsión del bebé (parto instrumentalizado), si bien su uso debe limitarse, ya que no está exento de complicaciones (Figura 13) (Kay et al. 2020).

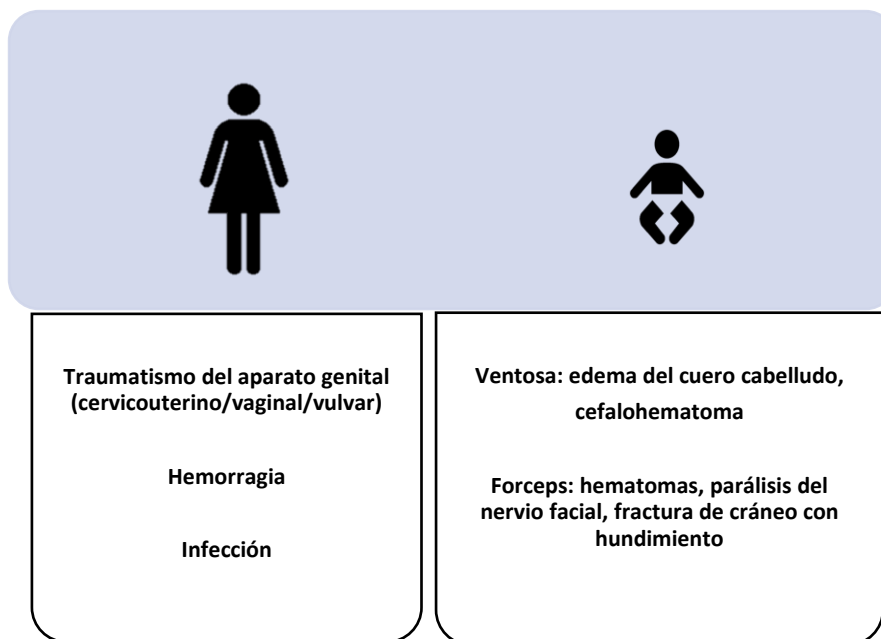


Figura 13. Posibles complicaciones del uso de ventosas y fórceps.
Elaboración propia. Fuente: (Kay et al. 2020)

3. Tercera fase o alumbramiento: desde el fin de la fase expulsiva hasta la salida de la placenta y las membranas que conforman la bolsa amniótica.

Tras la expulsión del bebé, la placenta se desprende del útero, debido a las contracciones de este, desplazándose hacia segmentos inferiores de manera que se percibe un alargamiento del cordón (Symonds et al. 2014) . La salida de la placenta se produce de manera fisiológica y, en la mayoría de los casos, no es precisa la intervención facultativa (Kay et al. 2020). Por ello, la recomendación de la EAPN es, por un lado, no realizar de manera rutinaria el pinzado del cordón mientras aún presenta latido y, por otro, «informar a las mujeres, considerando el alumbramiento espontáneo o fisiológico

una opción si la mujer lo solicita» (Ministerio de Sanidad 2015). Sin embargo, se puede optar por un manejo activo del alumbramiento, bien por elección de la madre, bien por sobrevenir situaciones que así lo aconsejen, como aquellas «en las que existe un mayor riesgo de hemorragia posparto (HP)». Este abordaje activo incluye la administración de oxitocina a la mujer, el clampaje, la sección y, finalmente, la «tracción controlada del cordón umbilical» (Kay et al. 2020). Ya se opte por una actuación activa o expectante, tras la salida de la placenta debe observarse la integridad de la misma.

La duración del parto es muy variable, pudiendo alargarse mucho en el caso de inducciones, pero se puede considerar que de media el parto se prolongará unas 8 horas en la nulípara y 5 en el múltipara. Duraciones excesivas del parto se han asociado a mayores tasas de mortalidad y morbilidad tanto fetales como maternas. En este sentido, Symonds *et al.*, consideran que «parto prolongado es aquel que dura más de 24 h en primigestas y 16 h en multigestas» (Symonds et al. 2014).

La cesárea

«En la actualidad, la operación cesárea es la cirugía más común en todo el mundo, su incidencia continúa al alza y es prudente aprender no sólo la mejor manera de ejecutarla, sino también las mejores alternativas para evitarla» (Dueñas García, Lizaola Díaz de León, y Rico Olvera 2021).

Se denomina cesárea a la «intervención obstétrica en la que se extrae el feto y la placenta a través de una incisión realizada en la pared abdominal y otra en el útero» (González Merlo et al. 2018).

Si bien la cesárea es una herramienta, al servicio de la obstetricia, que ha permitido salvar la vida de muchas madres y sus bebés, la tendencia al alza en la frecuencia de realización de esta técnica, muy por encima del umbral recomendado por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), del 15% de nacimientos, se ha asociado a un aumento de la morbi-mortalidad materna y fetal (World Health Organization 2018).

Como viene señalando la O.M.S., «el parto por cesárea se asocia a riesgos a corto y largo plazo que pueden prolongarse muchos años más allá del parto actual y afectar a la salud de la mujer, del niño y de futuros embarazos. Las elevadas tasas de cesárea se asocian a costes sanitarios considerables» (World Health Organization 2018).

En España la incidencia de cesáreas en el año 2018 fue de 24.5%, existiendo una gran variabilidad entre comunidades autónomas que sitúan la tasa de cesáreas en el «23,4% en Galicia, del 13,5% en el País Vasco y del 28,7% en Extremadura» (Recio Alcalde y Arranz Muñoz 2020).

Según González Merlo *et al*, «la introducción de los antibióticos, de la transfusión de sangre, el perfeccionamiento de los métodos anestésicos y la modificación ulterior de algunas técnicas quirúrgicas han conseguido que la cesárea pase de ser una operación que condenaba a la mujer a la muerte con una gran probabilidad, a una técnica que, en la actualidad, es demandada por algunas mujeres en sustitución del parto vaginal» (González Merlo *et al*. 2018). Mularz *et al*. cifran este exceso de cesáreas, realizadas por deseo de las mujeres en ausencia de indicación médica, en un 2% (Mularz *et al*. 2017).

Técnica y complicaciones

La cesárea se realiza bajo anestesia general o regional. Mientras la primera es preferible en caso de hemorragias masivas la segunda es preferida por ciertos especialistas ya que «ya que evita posibles riesgos o fallos de la anestesia general, no interfiere en la contracción uterina y permite a la madre ver al recién nacido» (González Merlo et al. 2018).

La forma de acceso a través de la paredes abdominal y uterina, son elegidas de acuerdo a una serie de factores tales como el número de fetos y su localización, la situación de la placenta o el historial de la mujer a la que se realiza la cesárea (Dueñas García et al. 2021). La extracción del feto es habitualmente manual aunque, en ocasiones, se utiliza instrumental quirúrgico como fórceps o ventosa. Tras esta, se asiste el desprendimiento de la placenta, mediante la administración de oxitocina a la paciente. Finalmente, y tras una revisión exhaustiva de la cavidad uterina, se procede a la sutura de los diferentes planos: útero, peritoneo y pared abdominal (Dueñas García et al. 2021; González Merlo et al. 2018).

El parto por cesárea requiere de un ingreso hospitalario madre-hijo/a más prolongado que el parto vaginal, con el objetivo de vigilar la aparición de complicaciones. Entre las complicaciones más habituales para las mujeres se encuentran las infecciones, tanto de la herida quirúrgica como del tracto urinario o, más frecuentemente, del endometrio (20-40% de todas las cesáreas) y las histerectomías. Además hematomas y hemorragias son relativamente comunes (González Merlo et al. 2018; Mularz et al. 2017). Finalmente, entre las más graves, destacan las trombosis venosas con una incidencia

«entre tres y cinco veces mayor que en el parto vaginal y el de embolia pulmonar que es más de diez veces mayor» (González Merlo et al. 2018).

En relación con «los neonatos nacidos por cesárea sin trabajo de parto precedente tienen más probabilidades de sufrir dificultad respiratoria» (Mularz et al. 2017).

Beneficios de la lactancia materna

Existe un amplio consenso acerca de la prioridad que debería concederse a la promoción de la lactancia materna (LM) por parte de gobiernos e instituciones públicas como fuente de salud y bienestar. Puede afirmarse que «la LM es la mejor intervención coste- efectiva sobre la salud del individuo, por lo que se debería considerar un objetivo prioritario de salud pública y no un estilo de crianza» (Díaz-Gómez et al. 2016).

Los beneficios de la LM a corto, medio y largo plazo, tanto para el bebé como para la madre, han sido objeto de múltiples investigaciones. Así se ha evidenciado que los bebés alimentados mediante lactancia natural habitualmente presentan menor prevalencia de problemas respiratorios, incluyendo asma e infecciones. También, se objetiva una menor frecuencia de presentación de problemas gastrointestinales e inmunológicos, tales como alergias y atopias (Kozhimannil et al. 2016; Brahm y Valdés 2017). Desde el punto de vista metabólico la leche materna parece relacionarse con una menor prevalencia de diabetes tipo 1 y de obesidad infantil (Kozhimannil et al. 2016; Ramiro González et al. 2018; Sandoval Jurado et al. s. f.). A lo que habría que añadir la evidencia de una menor prevalencia de leucemia (Brahm y Valdés 2017) y una menor tasa de mortalidad asociada a muerte súbita del lactante (Kozhimannil et al. 2016).

Además, la práctica de la LM es fundamental para el correcto desarrollo dentomaxilar, mediado por la excitación neuroparatípica durante la succión que, sin embargo, difiere de la estimulación producida por el uso de tetinas artificiales (Reyes Romagosa et al. 2017).

La LM tiene impacto también sobre la salud cardiovascular en la edad adulta, debido a su carácter protector a largo plazo frente a factores de riesgo, «tales como hipertensión arterial, hipercolesterolemia, factores inflamatorios, sobrepeso, obesidad e hiperglucemia» (Brahm y Valdés 2017; Mazariegos y Zea 2015).

En la relación madre-hijo/a, la LM juega un papel esencial en la instauración del vínculo afectivo (Ramiro González et al. 2018). Además se ha asociado a otros beneficios psicológicos y del desarrollo cognitivo entre los que, Kathleen M. Krol y Tobias Grossmann, destacan un precoz y mayor desarrollo del lenguaje, de las destrezas motoras, así como de la memoria y la capacidad de resolución de problemas (Krol y Grossmann 2018). Muchos de estos beneficios, asociados a la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, parecen mantenerse a medio y largo plazo. Entre ellos, investigadores subrayan el persistente incremento del coeficiente intelectual o de las habilidades motoras hasta la adolescencia (Krol y Grossmann 2018). Asimismo, parece que la duración de la lactancia materna se asocia, ya en la edad adulta, con indicadores de mayor rendimiento intelectual y una comprensión lectora superior a la de los individuos alimentados con fórmulas artificiales (Krol y Grossmann 2018).

Tampoco deben desestimarse los beneficios que la LM tiene sobre la salud de las madres. Así se ha correlacionado un menor riesgo de cáncer de mama y ovario en las mujeres, con la mayor duración de lactancia materna exclusiva (Brahm y Valdés 2017;

Kozhimannil et al. 2016). La LM parece tener también un efecto protector frente a la depresión posparto, la diabetes tipo 2 y ciertos procesos reumáticos como la artritis reumatoide (Antonio, Ciampo, y Lopes 2018; Kozhimannil et al. 2016); y se ha relacionado, además, con una menor prevalencia de osteoporosis (Jiménez Arreola y Aguilera Barreiro 2015), hipertensión e infarto agudo de miocardio (Brahm y Valdés 2017).

Por todo ello no es de extrañar que «la OMS, las autoridades sanitarias y las sociedades científicas nacionales e internacionales recomienden la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida, y a partir de entonces continuar con la LM al menos hasta los 2 años de edad, junto con el consumo de alimentos complementarios» (Ramiro González et al. 2018).

CAPÍTULO IV: LA FENOMENOLOGÍA HERMENÉUTICA

Una herramienta válida para la investigación de la maternidad.

De acuerdo con la Real Academia Española, «fenómeno» se define como «toda manifestación que se hace presente a la consciencia de un sujeto y aparece como objeto de su percepción» (Real Academia Española 2019). Heidegger por su parte considera un fenómeno «lo que se muestra, lo autoestrante, lo patente» (Heidegger 1927). Siendo la fenomenología, la «ciencia de los fenómenos, es decir: un modo tal de captar los objetos, que todo lo que se discute acerca de ellos debe ser tratado en directa mostración y justificación» (Heidegger 1927).

La fenomenología emergió en sus orígenes, liderada por Husserl, como una corriente reaccionaria a la hegemonía del pensamiento positivista; considerando que éste produce una disociación artificial entre la realidad y la perspectiva que las personas tienen de ella, como si una pudiera desvincularse de la otra. «Es esta realidad experimentada la que la investigación fenomenológica quiere descubrir y atender» (Willis 2001). Desde esta perspectiva, descontextualizar un fenómeno supone «eliminar el significado y, por lo tanto, la posibilidad de comprender la experiencia tal como fue experimentada, ya que solo podemos vivir en un contexto de tiempo, lugar e influencias situacionales» (Smythe et al. 2008).

Desde la perspectiva heideggeriana, la fenomenología «sólo da información acerca de la manera de mostrar y de tratar lo que en esta ciencia debe ser tratado», es decir, «toda mostración del ente tal como se muestra» (Heidegger 1927). La fenomenología, por tanto, no pretende concluir en verdades absolutas a cerca del objeto de estudio, sino

«invitar a los lectores a hacer su propio viaje, a exponerse al pensamiento de los autores y a escuchar la llamada de su propio pensamiento» (Smythe et al. 2008). En cambio, como afirman Raúl F. Guerrero Castañeda *et al.*, «la fenomenología puede considerarse un método que permite profundizar en la reflexión de los fenómenos que acontecen en el mundo, unificando la relación sujeto-objeto, haciendo partícipe al ser humano de sus experiencias ante el mundo»(Guerrero Castañeda, de Oliva Menezes, y Lenise do Prado 2019).

Dado que la hermenéutica se refiere a la manera en que las personas interpretan y dan sentido a sus experiencias, de acuerdo a su propia perspectiva y bajo la influencia de sus ideas y valores (Willis 2001); la fenomenología hermenéutica se vale de esas interpretaciones para ahondar en el fenómeno de estudio a través de la experiencia de las personas, fundamentalmente a través de narrativas procedentes de entrevistas y/o observaciones (Crist y Tanner 2003). La fenomenología hermenéutica supone, pues, «la interpretación de datos textuales que describen experiencias vividas»(Thomson y Crowther 2019). Por ello es importante advertir, que su uso requiere reconocer «el don y la limitación» que conlleva ser humano, a la hora de reflexionar sobre la experiencias que nos rodean (Smythe et al. 2008). Dado que el propio lenguaje, como expresión del pensamiento, ya supone un proceso interpretativo, para Peter Willis, el objetivo es alcanzar «la interpretación más ingenua y básica, que ya existe, pero que aún no está elaborada» (Willis 2001). Usada de manera apropiada, la entrevista fenomenológica permite «regresar al fenómeno mismo (.../...), es un reflejo del ser en la comprensión del fenómeno en cuestión en el mundo tal como se manifiesta y es aprehendido por el sujeto entrevistado» (Guerrero Castañeda et al. 2019).

Sin embargo, es preciso recordar que esta interpretación, que se realiza dentro de contexto temporal y cultural concreto, no puede abstraerse de los propios prejuicios de la persona que investiga, como ya señalaran Heidegger y Gadamer (Smythe et al. 2008) y se hace preciso una declaración explícita del posicionamiento de esta.

Por todo ello, como se ha apuntado anteriormente, y a diferencia de otras metodologías, la fenomenología hermenéutica no pretende llegar a una “verdad” única que pueda constituirse en principios generalizables al fenómeno de estudio (Crist y Tanner 2003). Su principal intención, en cambio, es ampliar los horizontes de nuestra comprensión, a través de un profundo análisis, no de una mera descripción. Persigue con ello, desvelar lo que el propio fenómeno encierra, «más allá del conocimiento de la experiencia cotidiana, que se da por sentado» en una análisis siempre incompleto e inacabado (Thomson y Crowther 2019).

Esta necesidad de desvelar los significados de los fenómenos destaca en el pensamiento de Heidegger, según el cual los fenómenos se presentan siempre de manera encubierta. Para el filósofo dicho “encubrimiento”, se presente por causas fortuitas o necesarias, supone «el contra-concepto de fenómeno». Consecuentemente, para conocer un fenómeno es preciso desvelarlo, ir más allá de este encubrimiento (Heidegger 1927), sin perder la perspectiva que «su propio desvelamiento, es una comprensión y una interpretación, por ello es hermenéutico»(Guerrero Castañeda et al. 2019).

De acuerdo con Max Van Manen, la fenomenología hermenéutica tiene el objetivo de «conocer los aspectos exclusivos y singulares (identidad/esencia/alteridad) de un fenómeno o evento» (Van Manen 2014). Es por ello que Janice D. Crist y Christine A. Tanner consideran que la fenomenología hermenéutica es una metodología cualitativa

de investigación apropiada para aquellos estudios que indagan en los significados de un fenómeno, con el objetivo de aproximarse a la comprensión de la experiencia humana (Crist y Tanner 2003). Por ello puede considerarse un enfoque útil y válido para la investigación enfermera en tanto «el cuidado desde una visión fenomenológica contempla al ser-ahí en diversas situaciones o fenómenos que son parte del cuidado, la vivencia de una enfermedad, la vivencia de la salud, la experiencia de ser madre» (Guerrero Castañeda et al. 2019).

En esta línea, Thomson y Crowther, argumentan que «si bien las diferentes preguntas de investigación requieren diferentes enfoques para una mayor comprensión, cuando se pretende comprender, informar y mejorar la atención de la maternidad basada en lo que más importa, la investigación basada en la fenomenología es una opción valiosa», pues permite que las voces de las mujeres sean escuchadas. Dichas autoras consideran irónico que las investigaciones sobre la maternidad, ignoren con frecuencia la experiencia de las madres, centrándose únicamente en el proceso reproductivo. En cambio, la fenomenología hermenéutica desafía el enfoque puramente empírico y respalda un conocimiento ontológico donde naturaleza y cultura tengan cabida (Thomson y Crowther, 2019).

Conceptos clave de la filosofía de Heidegger para la investigación de la maternidad en las Fuerzas Armadas

Dentro del análisis fenomenológico que esta tesis plantea, algunas de las ideas de Heidegger cobran especial trascendencia, en tanto resultan útiles a la hora de

explicar los comportamientos, elecciones y experiencias de los individuos, y en concreto el fenómeno de la maternidad en las Fuerzas Armadas, que se produce en la intersección de una sociedad con unos roles de género muy marcados y una institución, las Fuerzas Armadas, de marcado carácter tradicional.

El ser (en este caso, la persona) denominado Dasein por Heidegger, se encuentra «arrojado al mundo», pero no en soledad, sino en el seno de un grupo que comparte valores, creencias y estructuras determinadas, en un marco espacio-temporal y cultural muy específico (Heidegger 1927).

Heidegger describe el coestar en el grupo, más allá de la mera coincidencia de seres en una localización temporo-espacial; en tanto la propia esencia de un individuo está permeada por la de las personas que coestán a su alrededor y no se entiende si no es a través de esta (Nancy 2008). Se trata de una relación de reciprocidad, en el sentido en que la presencia propia conforma, a su vez, la del grupo. Así la ausencia o la soledad son también formas de coestar, en tanto se perciben como la carencia del otro (Heidegger 1927).

Los modos de coestar como fenómeno pudieran, por tanto, ser infinitos de acuerdo a las relaciones e influencias que entre los individuos se establecen, se ejercen o se pierden en los grupos y variables en el continuo temporal. Así, Heidegger señala la indiferencia y la extrañeza como modos negativos de coestar que se dan co-existiendo entre otros. El ser, aun encontrándose físicamente entre los otros, puede sentirse alejado de ellos, repudiado, desintegrado del grupo y experimentar la soledad y la pérdida de identidad de pertenencia al grupo. Puede sentir la indiferencia del grupo frente a él y/o sentirse un extraño entre ellos:

El coestar determina existencialmente al Dasein incluso cuando no hay otro que esté fácticamente ahí y que sea percibido. También el estar solo del Dasein es un coestar en el mundo. Tan sólo en y para un coestar puede faltar el otro. El estar solo es un modo deficiente del coestar, su posibilidad es la prueba de éste. Por otra parte, el hecho de estar solo no se suprime porque un segundo ejemplar de hombre, o diez de ellos, se hagan presentes «junto» a mí. Aunque todos éstos, y aún más, estén ahí, bien podrá el Dasein seguir estando solo. El coestar y la (121) facticidad del convivir no se funda, por consiguiente, en un encontrarse juntos de varios «sujetos». Sin embargo, el estar solo «entre» muchos tampoco quiere decir, por su parte, en relación con el ser de los muchos, que entonces ellos solamente estén ahí. También al estar «entre ellos», ellos coexisten; su coexistencia comparece en el modo de la indiferencia y de la extrañeza. «Faltar» y «estar ausente» son modos de la coexistencia, y sólo son posibles porque el Dasein, en cuanto coestar, deja comparecer en su mundo al Dasein de los otros. Coestar es una determinación del Dasein propio; la coexistencia caracteriza al Dasein de los otros en la medida en que ese Dasein es dejado en libertad para un coestar mediante el mundo de éste. El Dasein propio sólo es coexistencia en la medida en que, teniendo la estructura esencial del coestar, comparece para otros. (Heidegger 1927)

En esta concepción de coestar, Heidegger, denomina «lo público» a la sumisión del Dasein a las perspectivas y normas que el grupo comparte en base a valores e idearios propios. El filósofo destaca dos estructuras ontológicas relevantes para el coestar: «DasMan» y «distanciación» (Ward 2020).

El concepto «DasMan» hace referencia al «conjunto de normas y estándares públicos a los que esperamos ajustarnos nosotros mismos y los demás, como el modo compartido

de ver o interpretar las cosas». La percepción de la falta de adhesión del Dasein respecto a estas normas establecidas se denomina «distanciación» (Ward 2020).

Sin embargo, su complejidad requiere revisar diversos conceptos de la filosofía de Heidegger para entender cómo los seres, Dasein, arrojados al mundo se abren a éste y en qué medida son dueños reales de su voluntad para adscribirse al Das Man o alejarse de él.

Entre ellos la tradición cobra capital importancia en tanto, arraigada en lo más profundo de cada ser, es la encargada de transmitir de manera más o menos explícita el legado de la historicidad al Dasein, que no puede sino asumirla. Así, dice Heidegger, «esta tradición le subtrae la dirección de sí mismo, el preguntar y el elegir» (Heidegger 1927). Y domina su voluntad en tal forma que el sujeto ni siquiera cuestiona la autenticidad, el significado o el origen de lo de transmitido por ella (Heidegger 1927):

La tradición que de este modo llega a dominar no vuelve propiamente accesible lo “transmitido” por ella, sino que, por el contrario, inmediata y regularmente lo encubre. Convierte el legado de la tradición en cosa obvia y obstruye el acceso a las “fuentes originarias” de donde fueron tomados, en forma parcialmente auténtica, las categorías y conceptos que nos han sido transmitidos.

El contenido, pues, de lo transmitido por la tradición enmarcado en un contexto temporal, social y cultural concreto es lo que Heidegger denomina historicidad. De acuerdo con Rogers, «nuestra apertura al mundo está estructurada por la historicidad (nuestra asunción de las posibilidades que nos transmite una tradición)» (Rogers 2019)

en la que se deben, por tanto, incluir los roles que una sociedad, establece en un contexto histórico y cultural, para los géneros.

Señala el autor también a la «temporeidad» como el otro elemento clave en esta estructura y que constituye «nuestra orientación entusiasta hacia un futuro en el que volvemos a lo que hemos sido siempre». (Rogers 2019) Guerrero y Castañeda, por su parte, afirman que «lo que el Ser es, en la temporalidad e historicidad misma, es aquello que ha considerado se le ha permitido, y que ha transcurrido como tal en un tiempo lineal que no interesa desde ahora, sino el sentido de la existencia como tal » (Guerrero-Castañeda et al. 2017), enfatizando que es el significado de los eventos lo que los reviste de importancia: «Si bien es cierto que las experiencias son acumulativas, no lo son más, mientras el hombre les dé sentido” (Guerrero-Castañeda et al. 2017). En definitiva, tanto el significado que asignamos a las vivencias como con los modos de ser transmitidos por la tradición, condicionan profundamente nuestro devenir; de modo que el pasado nos adelanta a la hora de vivir, interpretar y decidir en el futuro de manera más o menos encubierta e incuestionable.

OBJETIVOS

Este estudio parte de la consideración de la maternidad en las FAS como fenómeno de estudio que, como tal, está íntimamente ligado al contexto en que se hace presente y al que solo se puede acceder «en directa mostración y justificación» (Heidegger 1927). Cómo se adelantó en el marco conceptual la fenomenología, no pretende concluir en verdades absolutas a cerca del objeto de estudio, sino «invitar a los lectores a hacer su propio viaje, a exponerse al pensamiento de los autores y a escuchar la llamada de su propio pensamiento» (Smythe et al. 2008).

Por ello, mediante el uso de entrevistas individuales con mujeres militares que han sido madres mientras servían en las FAS, persigue como **OBJETIVO GENERAL:**

Analizar, desde la perspectiva de la fenomenología hermenéutica, la vivencia de la maternidad en las Fuerzas Armadas españolas.

Objetivo que se cumplimentará a través de los siguientes **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- *Realizar una aproximación al imaginario relativo a la maternidad que comparten las mujeres militares participantes en este estudio.*
- *Valorar la percepción que tienen las mujeres militares, incluidas en el estudio, sobre la imagen de la maternidad en la institución.*
- *Identificar los apoyos y/o barreras a la crianza incluidas en los relatos de las participantes.*
- *Explorar la percepción de las entrevistadas sobre la existencia/ausencia de conflicto entre su maternidad y su desarrollo profesional.*

- *Señalar las barreras/facilitadores que, de acuerdo a las entrevistadas, intervienen en el equilibrio entre maternidad y carrera.*
- *Identificar acciones que, mediante su implementación, pudieran ayudar a mejorar el pleno desarrollo personal y profesional de las mujeres en relación con la maternidad.*
- *Analizar las experiencias de las participantes en relación con la atención al embarazo, parto y postparto.*
- *Analizar el impacto de los cambios fisiológicos derivados del embarazo, parto y postparto sobre su rendimiento físico.*
- *Estudiar sus narrativas en relación con el periodo de lactancia, valorando el apoyo institucional a la lactancia materna transmitido por sus testimonios.*

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO

Se realizó un estudio transversal y retrospectivo, de diseño cualitativo, mediante la realización de entrevistas individuales que se han analizado, posteriormente, desde la perspectiva interpretativa de la fenomenología hermenéutica, en base a los postulados de Heidegger.

El diseño del presente estudio contemplaba la realización de las entrevistas tanto en persona como de videoconferencia. Finalmente, dada la dispersión geográfica y a la escasez de tiempo disponible por parte de las participantes, se realizaron en su totalidad por medios telemáticos, siendo grabadas para su posterior transcripción y análisis. Durante las entrevistas se utilizó como método auxiliar, y a voluntad de los participantes, la fotoelicitación. Dicha técnica supone la utilización de fotografías para ocasionar una reacción en la persona a la que son mostradas, facilitando el diálogo. Esta técnica se «basa en la idea de que las imágenes evocan elementos más profundos de la conciencia humana que los aspectos que permiten que las palabras emerjan y que podrían no estar presentes en las imágenes» (Oter Quintana et al. 2017).

Así, en el proceso de información, se ofreció la posibilidad a los participantes de aportar imágenes que, en ningún caso, han sido utilizadas para ilustrar la narrativa y que están sujetas a las mismas consideraciones éticas que las grabaciones generadas en las entrevistas.

MUESTRA. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Para las entrevistas se seleccionaron las informantes, mediante un muestreo de conveniencia, de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión que pretendían homogeneizar la muestra respecto al fenómeno de estudio (Crist and Tanner 2003), es decir, respecto a la experiencia propia de “ser madre” siendo miembro de las Fuerzas Armadas españolas, permitiendo, sin embargo, que estuviera presente la más amplia diversidad de perspectivas:

- Sexo: Mujer.
- Orientación sexual: Indistinta
- Madre biológica o adoptiva de uno o más hijos.
- Preferentemente, en servicio activo durante el periodo de realización de entrevistas, con una experiencia mínima de tres años como miembro de las Fuerzas Armadas.
- Pertenencia a cualquier escala (tropa, oficial, suboficial) y cuerpo del Ejército de Tierra, Ejército del Aire, Armada o cuerpos Comunes de la Defensa.

Se excluyeron del proceso aquellas mujeres cuya maternidad (embarazo y parto o proceso de adopción) había tenido lugar antes de su incorporación a las Fuerzas Armadas o durante un periodo prolongado (superior a 6 meses) de separación del servicio activo (por ejemplo, en situación de excedencia).

No se cuantificó, a priori, el tamaño de la muestra decidiéndose que en el transcurso de la investigación este sería considerado «adecuado, cuando las interpretaciones sean

visibles y claras y los nuevos informantes no revelen nuevos hallazgos y los significados emergidos de las narrativas previas se muestren redundantes» (Crist y Tanner 2003).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a los requisitos que exige la buena praxis en investigación, se sometió el proyecto del presente trabajo a la valoración por parte del Comité de Ética de la Universidad de Alcalá, observando cuantas modificaciones fueron indicadas. El informe favorable final, emitido por dicho Comité el 22 de noviembre de 2019, se encuentra anexo al final de esta memoria ([ANEXO I](#)).

Para dar cumplimiento al Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD) y la LO 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía derechos digitales, se solicitó consentimiento informado a las participantes en las entrevistas individuales ([ANEXO II](#)). En todos los documentos de consentimiento se informó de la manera de ejercer los derechos en materia de protección de los datos de carácter personal (de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y olvido).

Respecto a las imágenes cedidas para la fotoelicitación, se solicitó, en su caso, autorización para reproducir y distribuir dichas imágenes a través de cualquier medio de comunicación, con fines docentes o educativos, respetando siempre lo dispuesto en la normativa vigente de Protección de Datos de Carácter Personal, así como lo estipulado en la Ley Orgánica 1/1982, de Derecho al Honor, Intimidad y Propia Imagen ([ANEXO III](#)).

De acuerdo a la citada normativa y para garantizar la confidencialidad de identidad de las participantes, todas las entrevistas han sido codificadas. En cualquier caso, se ha sido

garantizada la custodia de las grabaciones realizadas, así como su adecuada destrucción, en base a los principios de la citada normativa.

RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE LAS PARTICIPANTES

Para acceder a las posibles participantes en Diciembre de 2019 se difundió información muy básica a través de correo electrónico a miembros del Cuerpo Militar de Sanidad, para difusión entre las mujeres de la base, acuartelamiento o unidad correspondiente. En ella se incluía una dirección de correo electrónico en la que obtener más información. El mismo mensaje fue difundido en la red social Facebook, el 9 de enero de 2020, en un foro específico de mujeres militares españolas que contaba en ese momento con más de mil simpatizantes.

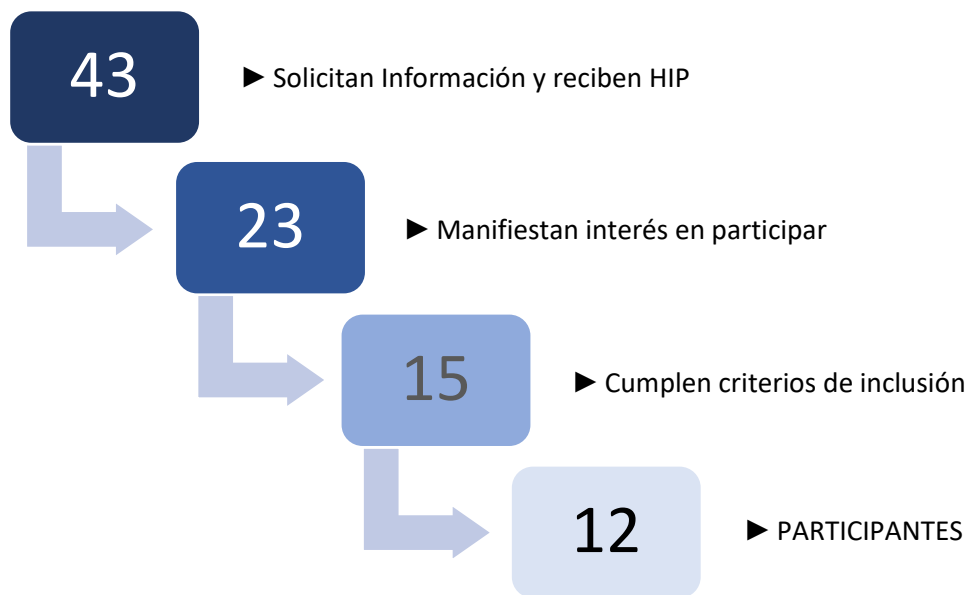


Figura 14. Proceso de reclutamiento de la muestra.
Elaboración propia

A las 43 mujeres que contactaron solicitando información más extensa, se les remitió la hoja de información a la participante (H.I.P.) aprobada por el Comité de Ética de la Universidad de Alcalá (Anexo II). Una vez facilitada esta información 23 mostraron su interés por participar en el estudio. De ellas 8 fueron descartadas tras aplicar los criterios

de inclusión descritos anteriormente. De las 15 restantes, finalmente se realizaron solo 12 entrevistas debido a la falta de disponibilidad horaria para la videoconferencia de una de las candidatas o el miedo a sufrir represalias si se difundía algún tipo de dato que las identificara como participantes, en los otros dos casos.

Cabe destacar que de las 12 participantes finales, 9 habían sido captadas a través del anuncio en redes sociales y las otras tres de la difusión en Unidades.

Perfil de las participantes

En la Tabla 5 aparecen, desglosadas por ejército de pertenencia, las características de la muestra en cuanto a relación de servicios con las Fuerzas Armadas (temporal o permanente) y escala. Resulta importante puntualizar que de las tres participantes pertenecientes a los Cuerpos Comunes de la Defensa, dos de ellas estaban destinadas, en el momento de la entrevista, en el Ejército de Tierra y una en la Armada.

	EA		ET		Arm		CC		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Militar	1	8,33	0	0,00	1	8,33	2	16,67	4	33,33
carrera/permanente										
Temporal	4	33,33	2	16,67	1	8,33	1	8,33	8	66,67
Oficiales	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	25,00	3	25,00
Suboficiales	1	8,33	0	0,00	1	8,33	0	0,00	2	16,67
Tropa	4	33,33	2	16,67	1	8,33	0	0,00	7	58,33
Total	5	41,67	2	16,67	2	16,67	3	25,00	12	100,00

Tabla 5. Descripción de la muestra (I)

Por su parte la Tabla 5. describe estadísticamente la muestra en cuanto a edad de las participantes en el momento de la entrevista, y la que tenían cuando ingresaron en las Fuerzas Armadas. Todas han tomado parte en maniobras o ejercicios de instrucción y adiestramiento y el 58% ha intervenido en despliegues internacionales antes y/o después de ser madres. De hecho una entrevista se realizó mientras la participante estaba se encontraba desplazada como miembro de un contingente, en misión internacional.

La Tabla 6. recoge también datos sobre la edad a la que se convirtieron en madres, así como del número de hijos que tienen y de la edad media de estos (6 años). Aunque el proyecto esperaba incluir madres tanto biológicas como adoptivas, ninguna madre adoptiva contactó para interesarse por el estudio y, aquellas a las que se les expuso declinaron la invitación. Tampoco se ha integrado en la muestra ninguna madre con la vivencia de un embarazo múltiple.

	Media	Rango
Edad	37,4 (σ 4,1)	33-43
Edad de ingreso	21,83 (σ 2,41)	18-25
Tiempo de servicio (años)	14,41(σ 5,03)	3-19
Edad maternidad	30,25 (σ 5,22)	21-38
Nº Hijos*	1,6 (σ 0,8)	1-3
Edad hijos (años)	6,06 (σ 4,13)	3 meses-13 años
*(Total de 19 hijos: 9 niñas,10 niños)		

Tabla 6. Descripción de la muestra (II)

De las 12 participantes solo una constituye con sus hijos un núcleo familiar monoparental. De las 11 restantes, que informaron tener conyuge/pareja, de sexo masculino, ocho pertenecían también a las Fuerzas Armadas. En la mitad de estos casos la mujer ostentaba un empleo superior al del varón.

Las entrevistas

Las entrevistas se realizaron, como ha sido mencionado anteriormente, por videoconferencia. Utilizando fundamentalmente la plataforma Skype. La duración de la entrevista varió mucho de unas participantes a otras (Tabla 7), si bien la media fue superior a una hora (de 1:11: 22) y en algunos casos se aproximó a las dos horas. Fueron conversaciones fluidas en las que las protagonistas fueron las entrevistadas. De manera que fuera su discurso el que concediera más o menos peso a cada uno de los asuntos abordados.

En general, las entrevistas comenzaban hablando del desarrollo de la vida militar de las participantes, lo que facilitaba contextualizar la conversación a la entrevistadora. Así la conversación solía empezar hablando de motivación y momento de ingreso en las Fuerzas Armadas, desempeño dentro de la organización (puestos y unidades de destino, despliegues internacionales), expectativas al ingreso o situación familiar previa. A partir de ahí la entrevistadora sólo condujo las entrevistas para asegurar que se recorrieran los temas de interés tales como la experiencia personal durante el embarazo, parto y postparto, las implicaciones de vivir la maternidad y el proceso de convertirse en madre en el seno de las Fuerzas Armadas, o las facilidades/dificultades para la conciliación de la vida familiar de las entrevistadas.

Fecha entrevista	Código	Fotoelicitación	duración entrevista
09/12/2019	1LS1	Si	1:18:30
13/01/2020	7IM1	No	0:38:05
13/01/2020	11VS2	Si	1:19:30
14/01/2020	27DM2	No	1:50:43
15/01/2020	2GS1	Si	1:05:34
20/01/2020	4NS1	Si	1:21:52
24/01/2020	6LS1	No	1:07:22
27/01/2020	41AS3	No	0:55:22
28/01/2020	42IS1	Si	1:29:22
05/02/2020	21ES2	Si	1:21:23
07/02/2020	31MS1	Si	0:42:54
11/02/2020	24LS3	No	1:05:43

Tabla 7. Duración y fecha de las entrevistas

La fotoelicitación fue usada como método auxiliar a la conversación, resultando una herramienta muy útil para este fin. De la que afloraban muchos pensamientos e ideas que no habían surgido previamente. Sin embargo, al haberse presentado como un

recurso voluntario, no todas las mujeres incluidas en el estudio quisieron aportar imágenes y conversar sobre ellas.

MEDIOS Y RECURSOS MATERIALES EMPLEADOS

- Hardware: Ordenador portátil y sobremesa, grabadora digital. Cámara, auriculares y micrófono.

- Software:
 - Grabación y procesamiento de imágenes y sonido: Software Wondershare Filmora

 - Procesamiento de la información: diferentes aplicaciones informáticas de Microsoft Office y MAXQDA Analytics Pro

 - Gestor bibliográfico: Mendeley

- Coste de las licencias: MAXQDA Analytics Pro : 100 Euros/2 años⁸¹

⁸¹ Precio de licencia concedida, exclusivamente y previa solicitud, a estudiantes de doctorado y sólo válida durante dos años

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DEL ESTUDIO

	2018	2019												2020												2021										
Construcción del marco conceptual	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Diseño metodológico	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Entrevistas	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Análisis de entrevistas	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Discusión	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Conclusiones	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Correcciones memoria	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Presentación y Defensa	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Tabla 8. Cronograma de ejecución del estudio

En sombreado azul aparece el planteamiento inicial del proyecto y en formato rayado los plazos de ejecución reales

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA CATEGORIZACIÓN PRINCIPAL

Durante el análisis de las entrevistas emergieron cinco temas principales, divididos en un amplio número de subtemas. A continuación se desarrolla una descripción general de los temas, ilustrado con tablas que aportan datos sobre los subtemas incluidos. Más adelante se procederá a su análisis por categorías.

Anticipando el impacto de la maternidad en la carrera.

Bajo este epígrafe se recogen los testimonios referidos al efecto que las mujeres prevén producirá ser madres en su carrera y/o su situación dentro de las Fuerzas Armadas. Así como los pensamientos y/o conductas que se derivan de esta anticipación, como puedan ser la solicitud de cambios de destino, la planificación familiar o el temor ante la comunicación del embarazo a sus compañeros/as y/o superiores. La Tabla 9 muestra el peso específico de los segmentos centrados en estos subtemas.

Tabla 9. Anticipando el impacto de la maternidad en la carrera	Documentos	% porcentaje	% porcentaje (válido)
Planificación familiar	7	31,82	63,64
Cambios de destino	5	22,73	45,45
Temor ante la comunicación del embarazo	5	22,73	45,45
Conductas de riesgo potencial	3	13,64	27,27
DOCUMENTOS con código(s)		50,00	100,00
DOCUMENTOS sin código(s)		50,00	-
DOCUMENTOS ANALIZADOS		100,00	-

Ser una embarazada en la milicia.

Dentro de este tema se englobó aquella parte de los discursos de las mujeres relacionados con su vivencia del embarazo en las Fuerzas Armadas. Dentro de esta categoría se abordaron desde cuestiones derivadas de sus experiencias vividas y percepciones al ser excluida de actividades habituales como medida de protección a su estado de gestación, hasta aquellas puramente logísticas, como las referidas al vestuario y equipo. De manera análoga al subpartado anterior se muestra ahora la información respecto a la codificación de este tema y sus códigos en la Tabla 10.

Tabla 10. Ser una embarazada en la milicia	Documentos	% porcentaje	% porcentaje (válido)
Restricciones en las actividades habituales	11	50,00	78,57
Intervención Sanidad Militar	7	31,82	50,00
En busca de la aprobación	5	22,73	35,71
Requerimientos normativos	4	18,18	28,57
Impacto en la relación con compañeros	4	18,18	28,57
Pérdida del sentido de pertenencia	3	13,64	21,43
Ausencia de expectativas profesionales durante este periodo	2	9,09	14,29
Prejuicios	2	9,09	14,29
Actitud jefes	1	4,55	7,14
Vestuario y equipo	9	40,91	64,29
Adaptaciones dietéticas	4	18,18	28,57
DOCUMENTOS con código(s)		63,64	100,00
DOCUMENTOS sin código(s)		36,36	-
DOCUMENTOS ANALIZADOS		100,00	-

Atención al embarazo, parto y postparto.

Dentro de este epígrafe se incluyen tanto las vivencias relacionadas con los procesos fisiológicos de embarazo, parto y postparto, como aquellas relacionadas con el sistema de salud que atiende a las madres militares (Tabla 11).

Tabla 11. Atención al embarazo, parto y postparto

	Documentos	% porcentaje	% porcentaje (válido)
Asistencia durante el embarazo	1	4,55	7,69
Asistencia al parto	2	9,09	15,38
Predominio de los profesionales ginecólogos	9	40,91	69,23
Partos con alto intervencionismo	9	40,91	69,23
Epidural	1	4,55	7,69
Episiotomía	3	13,64	23,08
Ausencia de enfermeras y matronas	7	31,82	53,85
Rol de matrona	2	9,09	15,38
Prestaciones	3	13,64	23,08
Procedimientos administrativos y autorizaciones	1	4,55	7,69
Disfunciones del suelo pélvico	6	27,27	46,15
Pared abdominal	1	4,55	7,69
Ejercicio durante el embarazo	6	27,27	46,15
Ganancia ponderal	5	22,73	38,46
Hábitos tóxicos	2	9,09	15,38
DOCUMENTOS con código(s)		59,09	100,00
DOCUMENTOS sin código(s)		40,91	-
DOCUMENTOS ANALIZADOS		100,00	-

De vuelta al servicio: la reincorporación y crianza.

Esta categoría recoge aquellas vivencias y sentimientos experimentados por la vuelta de las madres participantes al servicio activo después del periodo de permiso por maternidad. Es quizá el más extenso y complejo, como muestran los datos incluidos en las Tablas 12 y 13.

Tabla 12. De vuelta al servicio activo: la reincorporación y crianza

	Documentos	% porcentaje	% porcentaje (válido)
Actitud jefes	8	36,36	50,00
Actitud compañeros	8	36,36	50,00
Alerta ante la previsión de conflicto	2	9,09	12,50
Cambio de perspectiva profesional RC maternidad	10	45,45	62,50
Perdida de rol en las FAS	6	27,27	37,50
Percepción de fallo	3	13,64	18,75
Conflicto maternidad-milicia	8	36,36	50,00
Cambio en la percepción de riesgos	4	18,18	25,00
Repercusión efectiva en la carrera	6	27,27	37,50
Vuelta a la actividad física	8	36,36	50,00
Agotamiento	5	22,73	31,25
Factores facilitadores/obstáculos	4	18,18	25,00
Influencia del puesto específico de destino	4	18,18	25,00
Dos progenitores militares	4	18,18	25,00
Dificultades y estrategias para el cuidado de los hijos	11	50,00	68,75
Uso de medidas de conciliación familiar	10	45,45	62,50

Tabla 13. De vuelta al servicio activo: la reincorporación y crianza (continuación)

	Documentos	% porcentaje	% porcentaje (válido)
Impacto en los hijos	4	18,18	25,00
Separación	11	50,00	68,75
Alojamientos para familias	2	9,09	12,50
Salas de lactancia	5	22,73	31,25
Estrategias en lactancia	11	50,00	68,75
Guarderías y ludotecas militares	7	31,82	43,75
Apoyo familiar	4	18,18	25,00
DOCUMENTOS con código(s)		72,73	100,00
DOCUMENTOS sin código(s)		27,27	-
DOCUMENTOS ANALIZADOS		100,00	-

Propuestas de mejora.

Las sugerencias de las madres participantes acerca de aquellas mejoras que podían haber mejorado su experiencia, o aliviado sus conflictos, han sido clasificadas en tres subcategorías concientización del personal, conciliación familiar e instalaciones y servicios (Tabla 14).

Tabla 14. Propuestas de mejora

	Documentos	% porcentaje	% porcentaje (válido)
Instalaciones y servicios	3	13,64	60,00
Concienciación	2	9,09	40,00
Conciliación	2	9,09	40,00
DOCUMENTOS con código(s)		22,73	100,00
DOCUMENTOS sin código(s)		77,27	-
DOCUMENTOS ANALIZADOS		100,00	-

RELACIONES Y COOCURENCIAS ENTRE CÓDIGOS

Si bien se ha expuesto anteriormente el peso específico de los diferentes códigos del sistema, resultaba de interés analizar las principales relaciones y coocurrencias entre todos ellos. Para ello se empleó la herramienta de mapa de códigos del software Maxqda 2018, organizando todos los códigos en 5 clústeres de datos, coincidiendo con los temas. Para el mapeo del sistema, la frecuencia mínima de coocurrencias se ajustó a 15 en un espacio máximo de 3 párrafos en la transcripción. De este modo se redujo el mapa a las relaciones de códigos más relevantes que están representadas en la Figura 15 en la que cada círculo simboliza un código. A mayor diámetro de los círculos y mayor tipo de letra, más asignaciones se habían realizado con ese código. Las líneas de conexión entre los códigos, indican cuáles de ellos se solapan o co-ocurren y se muestran más gruesas cuantas más coincidencias haya entre dos códigos.

El centro de este mapa de coocurrencias del sistema de codificación está claramente dominado por la *conciliación familiar*, que se relaciona triangularmente con los códigos *conflicto maternidad-milicia* y *separación familiar*. También se puede observar como la codificación correspondiente a *actitud de los jefes* y *repercusión efectiva en la carrera* establecen, con el código *conciliación familiar* y entre sí, una relación bidireccional.

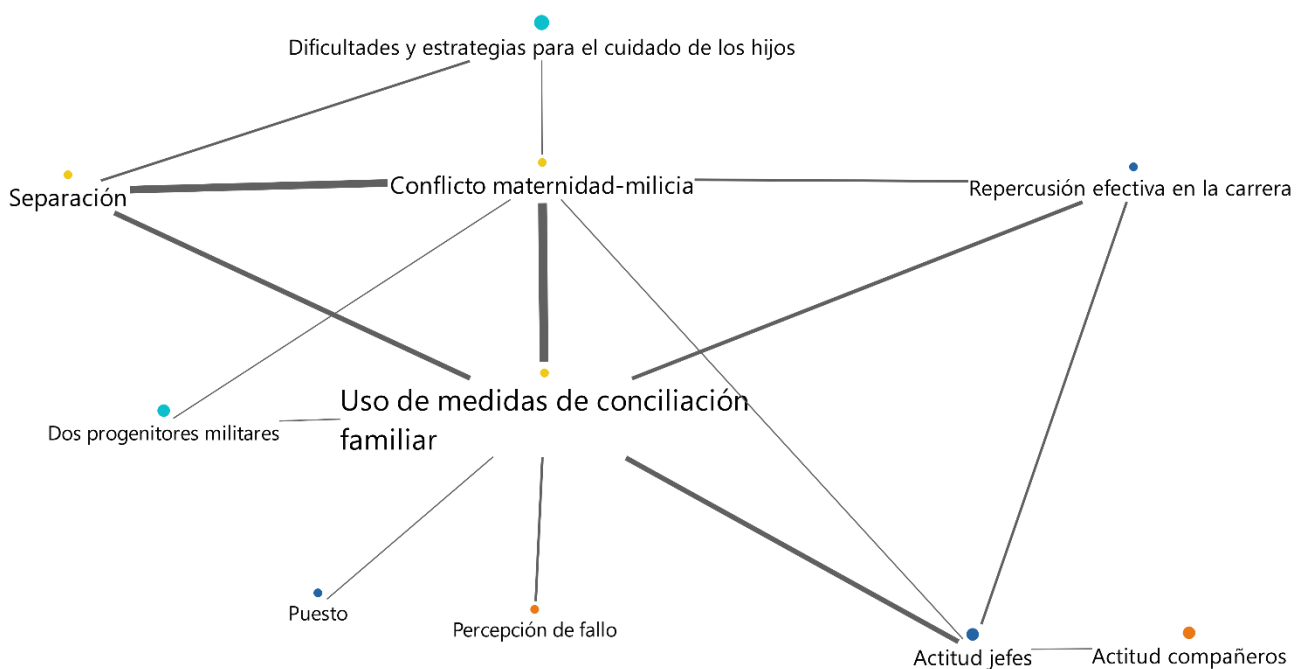


Figura 15. Mapeo principal de relaciones de códigos

Si bien es bastante ilustrativo, este esquema simplifica mucho una red mucho más compleja de códigos y relaciones. Con el objetivo de exponer de manera más completa y fluida posible los relatos analizados, la expresión de los resultados se segmentará a continuación en cinco apartados, correspondientes a cada tema de la categorización principal. Al final de uno de ellos, se incluye el mapeo de las relaciones internas de los

códigos de tema con el mismo formato de la figura anterior, a excepción del tema *Propuestas de mejora*, donde no se encontraron coocurrencias significativas. En todos los casos se ajustaron los criterios, como se indica al pie de las figuras, para obtener una sensibilidad mayor a las relaciones entre códigos.

1. ANTICIPANDO EL IMPACTO DE LA MATERNIDAD EN LA CARRERA.

1.1. ¿Qué es ser madre?

En muy pocas ocasiones las participantes definieron, de manera directa, lo que significaba para ellas ser madres. Sus respuestas más bien vagaban por las diferentes características, obligaciones y cometidos que consideraban correspondían al rol de madre y que, con frecuencia, oponían a los asignados al padre. En lo que sí coincidieron estas aproximaciones fue en la trascendencia vital y el carácter transformador de la maternidad que anticipaban desde tiempo antes de ser madres.

Pues para mí ser madre. Pues, todo, porque yo decía que no poder ser madre sería un fracaso como mujer. Que sólo he podido tener uno, porque no he podido tener más y me he quedado con la cosilla, pero también me hubiese gustado tener tres o cuatro y sólo pude tener uno. Ser madre, como mujer, es la felicidad completa. (ScreenCapture_2019-9-19 16.56.17: 21 - 21)

Quería ser madre. Es como lo más importante del mundo... Pero luego me vino muy grande. Me vino muy grande. Era como si se fuera a acabar el mundo por ser madre. Ya no iba a ser persona, iba ser madre. (VID_20200127_172629: 41 - 41)

1.2. La planificación familiar

Desde esta perspectiva, las mujeres entendían la maternidad como un evento central de sus vidas que transforma significativamente su realidad. En los casos analizados la planificación familiar era considerada imprescindible, por parte de las madres, para poder mantener el equilibrio entre la vida profesional y personal.

Los dos fueron muy planificados porque me decían que me iba a costar muchísimo trabajo quedarme embarazada. No me costó ninguno y no sé. Yo quería ser madre en ese momento. Creo que no estaba muy preparada. Pero, no sé, quería ser madre. [VID_20200127_172629; Posición: 40-40]

Esta planificación se refería, habitualmente, al momento profesional, en términos temporales, más favorable para la maternidad. En ocasiones, esto supone posponer una y otra vez la búsqueda del embarazo, o finalmente renunciar a ello. La situación se complica más si cabe cuando ambos miembros de la pareja comparten ocupación.

Es que, no sé por qué, siempre he querido ser madre desde muy jovencita, desde que tenía 20 años. Yo siempre me imaginaba el momento de ser madre. Y por el trabajo por un poco también la situación y siempre me he ido esperando. Al primero le tuve con 36 años recién cumplidos. Pero que me deje mucho ir, por a lo mejor la situación. No sé, que me deje mucho ir. [ScreenCapture_2020-1-13 09.21.34; Posición: 36-36]

A ver primero dejamos que ascendiera yo a sargento y tal, no, para aquello de aprender, porque no nos queríamos quedar embarazados sin, digamos, cómo decirlo, sin haber desarrollado nuestra carrera militar. En el sentido de que yo era sargento, yo era supervisora en la fragata y quería aprender, ¿no? Entonces digamos lo que pensamos un poco para que yo, bueno pudiera estar en un sitio cómoda, aprender, desarrollar mi carrera. Entonces digamos que lo retrasamos un poco. Cuando llegó el momento de hacerlo, después de dos años de sargento, no pudimos. [ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49; Posición: 10-10]

Cuando mi marido volvió de Afganistán, intentamos otra vez. Para tener un segundo hijo. Pero no me quedé embarazada. Supongo que por la endometriosis es más difícil. Y luego ya directamente me metí en la Academia. Y ya fue imposible. Y luego de volver, también lo hemos intentado, pero no me he quedado embarazada; y ahora como que nos hemos rendido. Ya no estamos por la labor. Yo tengo 35 y mi marido tiene 37, aún estamos en edad. Pero como no me he quedado embarazada durante meses intentándolo, pues la opción que me da el ginecólogo es que me vaya a la inseminación in vitro. Y no me apetece pasar por ahí. [VID_20200120_100200; Posición: 65-65]

La necesidad de reunir unos méritos mínimos, así como los límites de edad para acceder a una condición laboral permanente dentro de las Fuerzas Armadas, tiene un peso específico dentro de esta planificación familiar.

Yo quiero el tercero, pero bueno, con mi situación ahora... Yo todavía no soy permanente. Y está la cosa un poco complicada para hacerlo. Y, nada hemos hablado mi marido y yo que, si consigo plaza fija, vamos a por el tercero.

[ScreenCapture_2020-1-13 09.21.34; Posición: 36-36]

Pero yo nunca, nunca he querido salirme del ejército. Entonces yo, antes para para acceder a la permanencia, decían que era muchísimo más fácil si eras Cabo 1º. (.../...) Entonces yo me he tenido que esperar mucho tiempo para ascender a cabo primero. [ScreenCapture_2020-1-13 09.21.34; Posición: 62-62]

Además, consideran que la consecución de los méritos necesarios para avanzar en su carrera, puede verse afectada por la maternidad, especialmente, ante la sucesión de más de un embarazo en un corto espacio de tiempo.

Yo no puedo hacer los mismos méritos, que un compañero mío que no tiene hijos. Digo él, ahora, se ha ampliado la ley y ellos tienen sus cuatro meses también, y espero que hagan uso de ellos. Pero yo en esos 4 meses, está claro que no voy a hacer otras cosas. [VID_20200127_112621; Posición: 132-132]

No lo estábamos buscando, porque yo le dije a mi marido, vamos a esperarnos un poco porque lo que no puedo volver es a quedarme otra vez embarazada porque me van a... estoy en plena formación y no voy a decir otra vez que estoy embarazada. Digo, vamos a esperarnos por lo menos a que pase el año que yo... porque lo que te digo que hay que demostrar porque yo quería presentarme a la permanencia y yo necesitaba que a mí se me reconociera con alguna medalla con un buen IPEC. O sea, yo quería ser la 10 para que no tuvieran nada que reprocharme. [ScreenCapture_2020-1-13 09.21.34; Posición: 66-66]

1.3. Cambios de destino

En muchas ocasiones, las madres expresaron la necesidad de buscar también el puesto o destino más conveniente tanto para el embarazo y permiso maternal, como para la reincorporación posterior.

Hombre, claro, porque hemos tenido un tiempo hasta que nos hemos podido juntar en Madrid. Porque tampoco hay conciliación familiar en verdad. Tuve suerte que salió esta plaza en Madrid y que yo tenía el currículum este. Y me pude venir con mi marido aquí. Él ya estaba en Madrid y pude venir para acá. Entonces, cuando ya hemos estado juntos ya hemos podido tener al niño. [ScreenCapture_2020-1-13 12.59.12; Posición: 54-54]

Se acabaron las misiones, y a mí lo que me gustaban eran las misiones me planteé, y le planteé a mi marido tener un tercer hijo. Y me dijo que, si no iba a estar, en casa era inviable. O sea, que no. Y entonces cambié de destino a un destino donde iba a estar en casa todos los días, o iba a viajar sólo 24h, para poder tener mi tercer hijo. [VID_20200127_112621; Posición: 128-128]

En otras ocasiones es la búsqueda del apoyo familiar para el cuidado de los hijos la que ocasiona la movilidad de las madres militares.

Pues esa fue una de las razones por las que yo me moví [...] Y dije “pues yo me muevo y me voy allí a mi casa”. Y por lo menos, por esa parte bien porque yo he tenido siempre a mis padres, aquí de apoyo. [VID_20200207_163405; Posición: 93-93]

Sin embargo, en ocasiones, esta adecuación de destinos no busca sólo mejorar las condiciones para el propio desarrollo personal y profesional, sino evitar el conflicto. En estos casos es la experiencia propia o la observada en casos de compañeras la que impulsa a las mujeres a tomar decisiones en relación con su destino.

Nunca me plantearía tener un hijo en [una Unidad Operativa]. O sea, que puede decirse que sí. Si. Yo creo que siempre he mirado la vida laboral, supongo que condicionada por el primer destino. (.../...) Entonces yo creo que sí. Que a raíz de eso he ido a destinos donde sabía que no estaba mal visto o podría llevar bien, compatibilizar uno con otro. [VID_20200127_112621; Posición: 130-130]

Aun así, a menudo en los nuevos destinos eran recibidas por los superiores con comentarios relativos a su maternidad.

No lo sé de verdad, pero cuando llegué como mujer te preguntaban “no tendrás más hijos”. (VID_20200127_112621: 112 - 112)

Bueno tengo lo típico. Cuando llega un jefe ¿tienes hijos? Yo creo que solo se preocupa eso por el tema de reproducción, está súper preocupados. (VID_20200207_163405: 125 - 125)

1.4. Temor ante la comunicación del embarazo

La anticipación de los conflictos o consecuencias que pueda tener el embarazo es comúnmente expresada por las participantes, pero llaman especialmente la atención aquellas entrevistas en que las madres identifican sus sentimientos como miedo o temor.

Y no sé, no te ponían fácil faltar. No sé yo he tenido pocas compañeras. Siempre mi trabajo ha sido con mucho chico. Y no sé por qué, pero se fue retrasando. Y todo fue por el tema del ejército claro. Por el miedo. [ScreenCapture_2020-1-13 09.21.34; Posición: 62-62]

Me dio mucho miedo. El miedo, más miedo que tenía, era decirles a mis compañeros de trabajo “estoy embarazada “. El rechazo, porque cuando te quedas embarazada, estorbas. Cuando estás sentadas en una oficina, no tanto porque tu embarazo lo sueles alargar más tiempo en el trabajo. Que no es un sitio acomodado donde no pasas frío, no pasas calor, donde no tienes que hacer esfuerzos. Entonces, me daba más miedo decirle a mi jefe, y a mis compañeros “estoy embarazada”, que el hecho de estar embarazada con un [embarazo de alto riesgo]. [ScreenCapture_2020-1-14 09.33.09; Posición: 47-47]

En estos casos y como, consecuencia directa, las futuras madres explican que decidieron no comunicar su embarazo de manera inmediata.

Me hubiese gustado que todo hubiese sido natural. Decir con felicidad “estoy embarazada”. Yo el predictor me lo hice en mi sección y me dio positivo. (.../...) Y salí del baño conteniéndome la ilusión de “estoy embarazada”. Simplemente, porque yo sé lo que piensan, cuando otras personas han cogido bajas lo que piensan. “Jo, otra que se nos va, ahora que hacemos, como tapamos este hueco”. [ScreenCapture_2020-1-14 09.33.09; Posición: 54-54]

Me callé. Y dije, yo no lo puedo decir ahora mismo. Me tengo que callar y lo que sea, vamos a esperar hasta la semana 12, más o menos, y ya lo digo. [ScreenCapture_2020-1-13 09.21.34; Posición: 66-66]

La ocurrencia de embarazos consecutivos puede reforzar la decisión de ocultar el embarazo.

Tardé en decir que estaba embarazada por el miedo de que había habido un embarazo en un periodo muy corto. Acababa de incorporarme, como quien dice. Llevaba 6 meses en la base. Entonces yo lo que quería era demostrar. Demostrar, demostrar. Quería demostrar. [ScreenCapture_2020-1-13 10.11.59; Posición: 36-36]

1.5. Conductas de riesgo potencial

Para las embarazadas en las FAS, continuar con todas las labores que su trabajo implique, con independencia del impacto directo sobre su salud, puede suponer situaciones de auténtico riesgo. En el caso de esta participante, cuenta como puso fin a la situación tras un periodo de instrucción intensiva:

Claro ya había terminado mi semana de instrucción que dije, “ya de aquí no puede pasar porque yo no puedo continuar haciendo esto por la salud de mi hija”. Eso fue un viernes que volvimos y el lunes fui al botiquín y dije “estoy embarazada. No lo he dicho antes por miedo a represalias”. Es que es así. Es que es muy fuerte. Pero es así. Y ahí a aguantar ahora que dijeran, pues todo. [ScreenCapture_2020-1-13 09.21.34; Posición: 66-66]

Esta otra participante cuenta como tras haber comunicado su primer embarazo se negó a aceptar los cambios en su actividad diaria, sugeridos por sus mandos y compañeros, lo que ocasionó un aborto.

Aunque me cuidaban mucho. Pero yo, siempre he sido... mi ego va por delante de todo. Y pues nada, cogiendo peso se me desprendió la placenta y perdí al bebé. Pero bueno, eso... nadie tuvo la culpa. En realidad, ellos no querían.
[ScreenCapture_2020-1-14 09.10.05; Posición: 16-16]

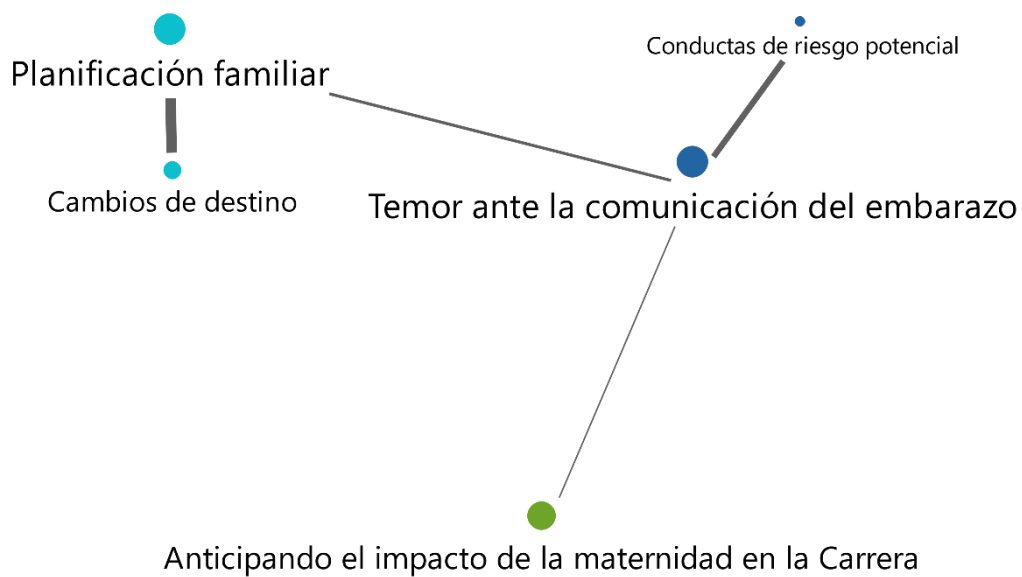


Figura 16. Mapeo del tema "Anticipando el impacto de la maternidad en la carrera"
Ajuste de frecuencia de coocurrencias: 5; espacio máximo entre los párrafos: 5 párrafos

2. SER UNA EMBARAZADA EN LA MILICIA

2.1. En busca de la aprobación

Una vez comunicado el embarazo, hay mujeres que intentan continuar desarrollando todas las tareas propias de su puesto durante este periodo, y reclaman, que en condiciones de salud, no se las aparte de las muchas funciones que sí pueden realizar.

No dejé nunca de hacer lo que hacían mis compañeros aun estando embarazada, ¿sabes? Al final yo iba buscando eso, la normalidad. Si una persona se encuentra bien estando embarazada...Porque sé que hay embarazos que no, que están todo el rato vomitando o cualquier motivo. Pero yo me encontraba bien, entonces buscaba la normalidad de estar haciendo las mismas cosas que estaban haciendo mis compañeros. [ScreenCapture_2020-1-13 10.11.59; Posición: 20-20] Hombre no le vas a pedir a una persona que está embarazada, y su trabajo es volar que siga volando. Si yo lo entiendo. Pero que no nos traten como que ya no podemos hacer nada. Porque las manos, los pies y la cabeza nos siguen funcionando. [ScreenCapture_2020-1-13 10.11.59; Posición: 52-52]

Es verdad que luego con los años lo he visto así. Como que incluso estando embarazada me quería superar a mí misma, ¿no? Decir soy mujer y tengo que demostrar que soy capaz de hacerlo todo incluyendo que estoy embarazada. Eso por descartado y a día de hoy sigue siendo así. Como soy mujer tengo que dar más de mí para que no digan que porque soy mujer. (VID_20200120_100200: 18 - 18)

Yo lo que veo es que el embarazo es una etapa más de la mujer, que no es ninguna enfermedad. Lo que yo me estoy dando cuenta es que hay muchas mujeres que en el momento en que se quedan embarazadas se cogen la baja. [ScreenCapture_2019-12-9 17.26.39; Posición: 32-32]

En ciertos casos, admiten buscar mediante este esfuerzo cierto reconocimiento que, sin embargo, no parece demostrarse.

Pues yo lo estaba haciendo, embarazada. Y eso es coger peso, hacer esfuerzo y lo estaba haciendo. Yo quería seguir demostrando pero que no vale de nada porque nadie se acuerda, ¿entiendes? Nadie te lo reconoce. Porque yo pensaba que después de eso como que iban a decir "Mira está embarazada, pero hasta el sexto mes aquí currando". Porque yo iba y trabajaba. Porque a mí no me habían asignado un puesto de una oficina ni haciendo otras labores. Y quería decir: "Lo he hecho aun sabiendo que estoy embarazada. Reconocédmelo". (.../...) No te agradecen nada, porque claro en todo momento lo que vas buscando es la aprobación de los demás. De tu jefe y de tus compañeros. Luego hay gente que dice, "Que no, que vas a hacer eso. No seas tonta que estás embarazada. Que no que aquí en esta empresa nadie te agradece nada". Y es que es así. Entonces a lo mejor ¿lo hubiera hecho? Lo hubiera hecho. Yo creo que sí. Porque yo creo que se necesita ese reconocimiento, no sé cómo explicarte. Es como... Que no sirve de nada. Sí, pero lo hubiera vuelto a hacer. [ScreenCapture_2020-1-13 10.11.59; Posición: 38-38]

2.2. Requerimientos normativos

Las restricciones a la actividad que se imponen a las mujeres durante el embarazo se encuentran, en cierta forma, normalizadas y tienen por objeto la protección de la gestante.

Me quitaron de formaciones, me quitaron de desfiles, me quitaron de historias, de instrucción militar, bipedestación prolongada... Bueno, un rebaje básico de un embarazo en un cuartel. No, no montaba guardias porque supuestamente tendría que tener 8 horas de descanso continuado por las noches y bueno... una guardia nunca tienes un descanso prolongado de 8 horas. Entonces por defecto te lo quitan. Podría haberlas montado, porque a lo mejor aquí son guardias

tranquilas: sí. Pero por defecto ya te las quitan. No quieren tener ningún tipo de problema. [2S1; ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49; Posición: 14-14]

Es que, en Armada, a las que nos quedamos embarazadas estando en barcos, nos desembarcan. Por las escaleras, por peligro de caernos y cosas de esas. Y te buscan un sitio en tierra. [VID_20200124_181027; Posición: 28-28]

La Sanidad Militar es, habitualmente, la mediadora a la hora de aplicar los cambios de actividad durante el embarazo. Así comparte una participante, a su vez perteneciente al Cuerpo Militar de Sanidad, su experiencia y su perspectiva como profesional.

Hombre, yo lo que veo, mi punto de vista es que el embarazo es una etapa más de la mujer, que no es ninguna enfermedad. Lo que yo me estoy dando cuenta es que hay muchas mujeres que en el momento en que se quedan embarazadas se cogen la baja. Entonces, cuando dices tú, si tú en casa estás haciendo la vida normal. Aquí lo puedes hacer. Vale que no sales al campo, porque te puedas caer, pero tengo los dos extremos: hay gente que continua haciendo, porque le gusta correr y demás, continúa haciendo la educación física hasta que llega un momento en que el ginecólogo o ella misma, se ve con una tripa que ya le dice el ginecólogo “oye, para, que no puedes seguir”. Y luego tengo eso, otras que en el momento que se quedan embarazadas ya son embarazo de riesgo. [ScreenCapture_2019-12-9 17.26.39; Posición: 32-32] Pero sí que es verdad que todas las embarazadas que yo tengo, automáticamente, se les rebaja de todo tipo de actividad física y poníamos además que, únicamente, realizarán labores administrativas durante todo el periodo de la gestación. [ScreenCapture_2019-12-9 17.26.39; Posición: 14-14]

2.3. Ausencia de perspectivas profesionales durante el embarazo

Aun comprendiendo el sentido de muchas de estas restricciones, las mujeres embarazadas se sienten, en ciertos casos, aisladas y menospreciadas pues se les asignan

puestos y labores de escasa o ninguna valía, mientras se les niega la posibilidad de participar en actividades para las que se sienten preparadas, que no suponen riesgos añadidos para su embarazo o que, incluso, podrían mejorar sus perspectivas laborales, como es el caso de cursos de formación. Por ello, muchas lo viven como una época en la que carecen de perspectivas de progresión profesional.

Muchas veces cuando estás embarazada te hacen sentir como que eres inútil. Y te buscan un agujero. Y te meten en la oficina de no sé qué, que ha estado cerrada con llave,... “pues nada, quedate ahí y hasta que te quieras dar de baja”. [ScreenCapture_2020-1-13 10.11.59; Posición: 48-48]

El primer embarazo, fue en el barco y en el barco en cuanto te quedas embarazada te bajan del barco y te meten en lo que yo llamo, el pañol de gordas. Es una es un despacho donde están todas las embarazadas, sin ninguna función y para cumplir solo un horario. Entonces tienes la sensación de que es un tiempo, que para hacer lo que has hecho y para lo que ha servido, te podían haber dejado en casa descansando.[VID_20200127_112621; Posición: 52-52]

Yo quise ir a tres cursos. Y los tres cursos me dijeron que no. Que como yo estaba embarazada, no podía ir a cursos. [ScreenCapture_2020-1-13 10.11.59; Posición: 4-4] Yo les decía: “Pero si a mí me mandáis al curso, yo no estoy afectando a lo que es el cuadrante de vuelos”. Me podéis mandar, incluso. Porque me estoy instruyendo y no estoy perjudicando a compañeros. Pero nada, nada. He perdido tres cursos que me interesaban bastante. Primero por mi trabajo y segundo porque me puntuaban porque eran de perfeccionamiento. [ScreenCapture_2020-1-13 10.11.59; Posición: 6-6]

Curiosamente, varias de las mujeres entrevistadas expresan que los embarazos suponen la desaparición de las militares como miembro de la Unidad en la que sirven, percibiendo que este periodo de gestación supone un problema para la organización.

Pero es que la mujer en el periodo cuando está embarazada, no está hasta el último día trabajando. (...) Y ahí ya es cuando desaparecen. Y más dentro del ejército. Yo creo que somos un problema cuando estamos embarazadas. No tienen ningún reparo en darte la baja, en mandarte para casa, en ni unidad. En mi unidad a la mínima que dices tú "Es que me duele la uña, estoy embarazada, y me duele la uña", "bueno pues te vas para tu casa". Y eso es lo que hacen. No adaptan el puesto de trabajo. A mí no me adaptaron el puesto de trabajo. [ScreenCapture_2020-1-13 10.11.59; Posición: 48-48]

Una vez te quedas embarazada, desapareces del mundo militar. Porque les causas una problemática. Porque si en la sección somos 7, ahora son 6. Una mujer embarazada, son 9 meses de embarazo, más los cuatro meses de maternidad. [ScreenCapture_2020-1-14 09.10.05; Posición: 16-16] Pero como dan por hecho que desapareces, es como si te fueses a otro destino, pues. Desapareces por completo. Ya no hay llamadas de teléfono, no hay amistad. Esta amistad que crees que existe pues deja de existir. [ScreenCapture_2020-1-14 09.33.09; Posición: 2-2]

2.4. Prejuicios

En muchos casos las mujeres suponían los comentarios y habladurías que, en su círculo de compañeros, habría generado su embarazo y las restricciones aplicadas como consecuencia para la realización de su trabajo. Estas suposiciones provenían, fundamentalmente, de las experiencias vividas como testigos de los embarazos de otras compañeras. Si bien en la mayoría de ocasiones, no se materializaron en incidentes concretos, en algunos casos las mujeres expresaban la ansiedad que les había supuesto.

Los compañeros jamás me dijeron nada. Yo supongo que no se atreverían. No lo sé. Porque si sé que hablaban de otras personas. O sea, yo soy consciente de que

se habrá hablado de mí como han hablado de otras personas que se han quedado embarazadas, pero nadie me lo dijo a la cara ni me pusieron malas caras por nada. [VID_20200127_112621; Posición: 66-66]

Entonces, fíjate, lo que estaba dando yo que hablar. De “mira esta tal”, “que al cubrir una plaza en vuelo no puede venir otra persona su lugar”, “estamos perdiendo una persona o un compañero que haga más trabajo”. Entonces a mí ya me daba muchísimo miedo la incorporación. Porque yo llevo 20 años, y ya conozco a la gente que estaba allí. [ScreenCapture_2020-1-13 09.21.34; Posición: 64-64]

Otra entrevistada que expresaba el apoyo que habían percibido por parte de los compañeros explicaba, sin embargo, así las presiones que recibió por parte de los jefes para abandonar su puesto tras quedarse embarazada.

Y cuando me quede embarazada casi que me empujaban a que me fuera. Todo eso para no estar ocupando esa plaza. Cambios, si, incluso en el barco se llegó a plantear a ver cómo podrían tocar mi nómina con complemento dedicación especial u otras cosas por estar de permiso por maternidad. Pero, de verdad, que eso fue tema jefes porque mis compañeros me defendieron, porque llevaba mucho tiempo allí y creo que había hecho un trabajo bien hecho. [VID_20200127_112621; Posición: 60-60]

Pero en el momento que tú estás de baja, ya no tienes ese complemento. Entonces, la cosa fue que el comandante del barco, le dijo al habilitado si se me podría quitar algún complemento más por no ir a navegar, cuando yo ya no tenía el complemento. Entonces mis compañeros fueron los que le dijeron que se sorprendían, por castigarme por las pensiones del futuro. Y eso lo sé por compañeros y porque me lo dijo el jefe al irme. [VID_20200127_112621; Posición: 64-64]

2.5. Logística

Este epígrafe incluye aquella parte de los relatos relativa a necesidades logísticas referidas por las mujeres entrevistadas y que se refieren, fundamentalmente, a vestuario, equipo y, puntualmente, a la alimentación provista en los establecimientos militares. Es necesario aclarar que, si bien ninguna de ellas identificaba estos asuntos dentro de los más relevantes, en casi todas las entrevistas afloraron referencias a cuestiones logísticas que hubieran facilitado la vida y el desempeño laboral de estas mujeres.

Pues a lo mejor es una tontería, pero me hubiera ayudado que hubiese ropa decente. [ScreenCapture_2020-1-13 12.59.12; Posición: 108-108]

En este sentido se ha encontrado una gran diferencia de perspectiva, en función del destino y el momento en que vivieron su embarazo.

Sí, porque solo te dan el uniforme de bonito. Entonces mi madre, me hizo un apaño con el uniforme árido, los pantalones. Porque se ve que antes sí daban árido. Hubo una época que dieron. [ScreenCapture_2020-1-13 12.59.12; Posición: 70-70]

Con la primera, la Armada no estaba preparada. No había faena para personal embarazado, puesto que las faenas son de unidades operativas que son barcos y te bajan del barco. (.../...). En el segundo pedí el mismo uniforme en el aire y tampoco tuve ningún problema, pero no era de la unidad. O sea, normalmente iba con mono de vuelo y pasé al uniforme de embarazada. [VID_20200127_112621; Posición: 78-78]

En lo que muchas informantes coinciden es en los problemas con los plazos para el abastecimiento con dicha uniformidad, pues parece se suministra, bajo pedido, varios meses después de su solicitud.

Sí, además el mío, nació mi hija y me llamaron cuatro meses después para decirme que acababa de llegar, que si lo quería. Y le dije que no. Como le había pasado a una compañera mía que fue quién me lo cedió. Pues que se lo dejarán a otra compañera que viniera detrás. A ver qué vamos a hacer. Es que no nos quedaba otro remedio. No la uniformidad no llega, no llega. Además, es algo de lo que se queja muchísima gente, no llega. [VID_20200127_172629; Posición: 77-77]

Bueno, es que está súper mal, porque yo he tenido compañeras que se han tirado todo el embarazo. Que a lo mejor estaban en una oficina y se han tirado todo el embarazo vestidas de civil. Todo el embarazo. Porque no había, no llegaba, no sé qué y no sé cuánto. Y nada yo, con la pequeña que estuve hasta el sexto mes iba con el mono de vuelo, que lo que pedí fueron dos tallas más y con el de campaña, es que no lo facilitaron y ya no me cerraba, claro. [ScreenCapture_2020-1-13 09.21.34; Posición: 92-92]

Las mujeres entrevistadas comentaron en diversas ocasiones que además de los citados retrasos en la entrega de las prendas de gestante, se suele suministrar un sólo tipo de uniformidad y que, en muchos casos, la facilitada no es la más apropiada a las labores asignadas. De manera que fueron las propias mujeres las que buscaron las soluciones, no siempre consideradas apropiadas en su ambiente laboral.

Mi madre me hizo un apaño con los pantalones. Con una camiseta, cortó los pantalones por la barriga y le puso la camiseta al revés y una gomilla y ya está. Porque tendrían que darlo el uniforme árido. Yo tampoco me tengo que poner de bonito para llevar la uña. [ScreenCapture_2020-1-13 12.59.12; Posición: 72-72]

A nosotros allí nos dan solo el pichi o el pantalón de pinzas. Eso es dos camisas manga larga o manga corta, depende de la época, y una chaqueta. Que a mí la chaqueta me la dieron de la talla que no era mía porque no había. Me dieron como una L o una XL. No sé, yo nunca utilice eso. Y el pichi sí me lo puse, apenas dos veces. Porque en capitania me mandaron a mantenimiento y ahí podía estar en el mono y así estuve. Estuve todo el tiempo en mono. Me puse el pichi dos veces para a lo mejor para conferencias que hubo, pero estuve de mono de trabajo. Y era mío, el mono era mío. [VID_20200124_181027; Posición: 115-115]

Hubo un momento en que, claro, no me cabía mi uniforme, pero tampoco me llegaba el de premamá. Y claro, pues hubo un momento en que me ponía los uniformes de mi marido, porque él era más grande. [...] Pero llegó otro momento en que ya ni con esas. Entonces empecé a llevar ropa premamá civil y se quejaron. También yo me sentía incómoda, así que me busque la vida, me busque un pichi premamá. [VID_20200127_172629; Posición: 75-75]

Es el calzado el punto en el que más problemas encuentran las mujeres ya que no se suministra ninguno específico para embarazada y, aunque algunas lo sustituyen, no siempre se les permite utilizar otro. Así las botas suponen problemas de compresión en las piernas y los zapatos de tacón del uniforme de diario habitual son inadecuados para bipedestaciones y dificultan la marcha en las mujeres en periodos de gestación avanzados, cuando pueden ocasionar riesgos de caída.

Yo mi problema, tengo muy mala circulación, las botas era imposible ponérselas. Porque, además, yo di a luz en septiembre. Entonces en mayo, junio, julio,... se me ponían las piernas. Entonces, yo ponía el pichi, medias de compresión, iba con mis zuecos y muy bien. [ScreenCapture_2019-12-9 17.26.39; Posición: 4-4]
Pues es que yo como siempre también sufrió un poco eso, estar tanto tiempo de pie me duelen tanto las botas. Pero es que yo le tengo una plantilla ortopédica, entonces no me cansan. Prefiero eso que los zapatos de traje de bonito, de gala. [VID_20200124_181027; Posición: 119-119]

Pues vaya las botas, el problema es que no te las puedes ni abrochar, pero bueno. Más o menos te apañas. [VID_20200207_163405; Posición: 75-75]

Por último, parece necesario referir, al menos, como les hace sentir el cambio estético, en una institución en que la imagen es trascendente.

Yo me cogí el pichi de embarazada que he sido la única mujer que se lo ha puesto. Porque nunca lo he visto en la Brigada. A todo el mundo le da vergüenza. [ScreenCapture_2019-12-9 17.26.39; Posición: 4-4]

Cómodo es, porque es un saco al revés.... [VID_20200207_163405; Posición: 70-70]

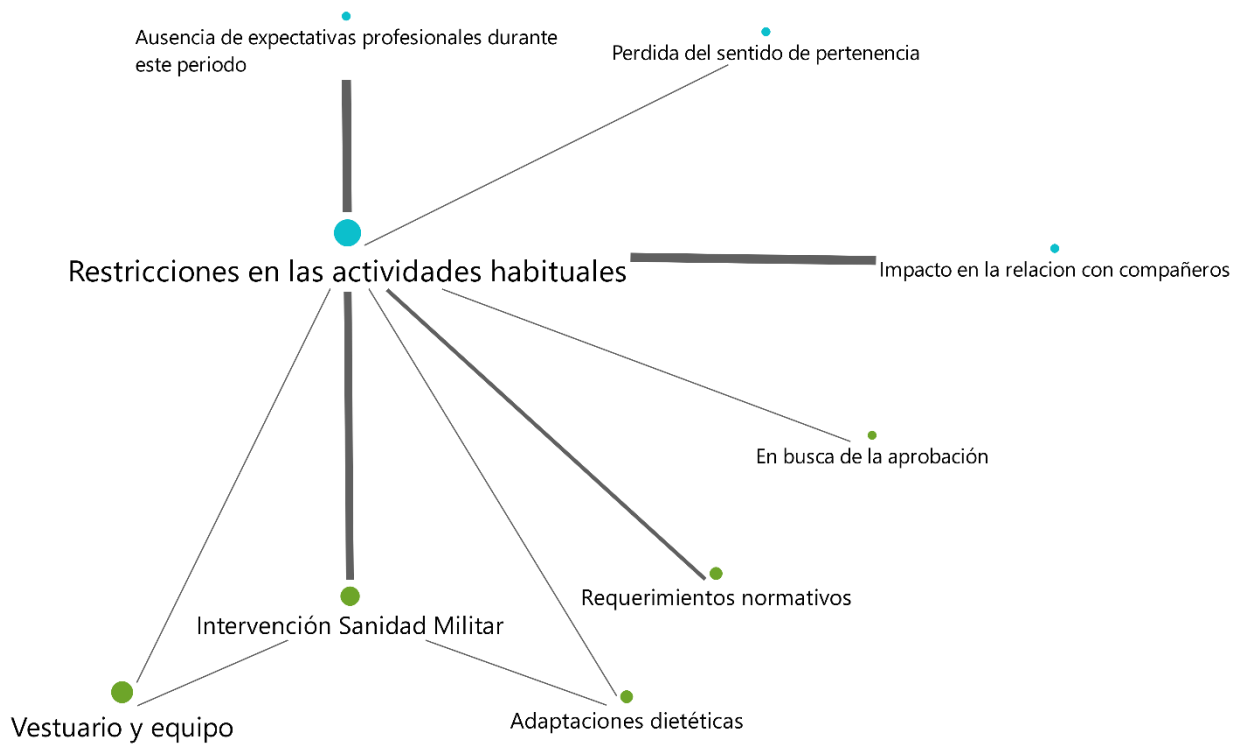
Y me dieron el de faena y luego me dieron el pichi este. El que parecemos una campana andante. Y el pichi también me lo dieron para la patrona. Y bueno pues horrible, incómodo. [VID_20200120_100200; Posición: 95-95]

Respecto a la adaptación de la dieta en las bases y acuartelamientos, parece que es posible elegir una alimentación equilibrada, e incluso adaptarlas a los requerimientos específicos. Sin embargo, la mayoría de las entrevistadas evitaron comer en sus acuartelamientos.

Sí que se adapta. La embarazada que tiene que hacer una dieta, o el hipertenso, baja en grasas y sin sal. Pues no hay ningún problema. [ScreenCapture_2019-12-9 17.26.39; Posición: 36-36]

No, porque no quise. No, porque no.... a ver aquí se come, bueno ahora cada vez se come peor, pero bueno, se comía, el año pasado o el anterior, se comía bien. Teníamos dos primeros y dos segundos. O sea, puedes elegir: carne, pescado,

patatas, ensalada,... o sea, que eso ya entra dentro de cada uno como quiera comer. [ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49; Posición: 52-52] Aquí si tienes algún problema de intolerancia lo dices y te facilitan una dieta. [ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49; Posición: 54-54]



*Figura 17. Mapeo del tema “Ser una embarazada en la milicia”
Ajuste de frecuencia de coocurrencias: 5; espacio máximo entre los párrafos: 5 párrafos*

3. ATENCIÓN AL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO

3.1. Prestaciones durante embarazo, parto y postparto.

Entre los aspectos relevantes de este proceso, descritos por las madres militares, las particularidades se asocian, principalmente, con el sistema de salud que las atiende. Si bien no hay razones para pensar que la asistencia al parto prestada a las mujeres militares debiera diferir de la de cualquier otra embarazada española, a la luz de las conversaciones mantenidas es importante resaltar un hecho que caracteriza a esta población: la asistencia sanitaria a personal militar se provee, por mediación del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), a través de centros sanitarios pertenecientes a entidades de seguro privado, la red sanitaria pública o, en su caso, a través de centros sanitarios pertenecientes a la Sanidad Militar. Sin embargo, es preciso especificar que la Red Sanitaria Militar se ha visto muy reducida en las últimas décadas, por lo que la prestación directa de asistencia por sanidad militar sólo es posible para el personal que reside en municipios como Madrid o Zaragoza.

Por esta razón, prácticamente todos los partos relatados por las participantes se realizaron por profesionales adscritos a las mutualidades privadas. Salvo en dos partos que, de acuerdo a su relato, fueron derivadas a centros públicos por carecer su entidad privada de elección de dicha prestación en la localidad de residencia de las interesadas.

Las participantes relacionan este modelo de asistencia privada con la ausencia de matronas y el seguimiento, de manera hegemónica, por parte de los médicos especialistas en ginecología sin que, en la mayoría de los casos, se les hubiera planteado ninguna otra opción.

Nosotros en la privada, no tenemos matrona. [VID_20200124_181027; Posición: 44-44] Yo no he conocido a ninguna compañera que me diga por la matrona. [VID_20200124_181027; Posición: 46-46]

No por ginecólogo. Fue por la privada, entonces era todo por ginecólogo. No matrona, no. [ScreenCapture_2020-1-13 09.21.34; Posición: 34-34]

Es que la privada, lo que falta es una matrona. Sólo está la ginecóloga que no te da los consejos de una matrona, ni antes del parto, ni después ni nada. [ScreenCapture_2020-1-13 12.59.12; Posición: 36-36]

No, siempre fue por ginecólogos. Porque en la empresa privada deciden que lo hace los ginecólogos, incluso al dar a luz a la tercera pedí que me atendiera solo la matrona, pero no fue así fue el ginecólogo (...) jamás he visto una matrona. No, siempre ha sido los ginecólogos (VID_20200127_112621: 16 - 16)

La matrona yo la vi más que nada al final. Los dos últimos meses. Porque yo sí que iba todos los meses al ginecólogo, el sí que trabajaba con una matrona. Y los dos últimos meses, fue cuando tuve más contacto con ella. Al principio sí la ví una vez y poco más. Y fueron los dos últimos meses y sobre todo el último mes. Cuando te mandan a hacer la preparación del parto que la ves más. Pero si no durante el embarazo, los siete primeros meses, yo ni la vi. [ScreenCapture_2019-12-9 17.26.39; Posición: 28-28]

Aquellas que quisieron ser atendidas por la matrona tuvieron que solicitarlo de manera explícita y las que no pudieron contar con su asistencia consideran que hubiera sido de gran ayuda durante todo el proceso.

Hombre, yo lo he reclamado en el seguro. Porque es verdad que no entra en el catálogo. Entonces, claro, ellas te ayudaban por buena fe. No porque te entraba. Entonces yo hice un escrito y lo reclamé el servicio. Al final es un servicio. Igual que hay enfermero, hay fisio, hay de todo pues la matrona, al final, en ese momento es la que más te puede ayudar. [VID_20200207_163405; Posición: 40-40]

Primero que me costó mucho porque al ser cesárea cuesta mucho que te suba la leche, una pelea ahí, también. Es muy difícil, la verdad, empezar a dar el pecho. Más en la privada que no tienes alguien que te esté ahí apoyando. Que estás ahí queriendo hacer esto y no tienes a nadie que te ayude y te aconseje. Las clases de preparto tampoco, es muy complicado porque lo tienes que solicitar. [ScreenCapture_2020-1-13 12.59.12; Posición: 40-40] Si, es que al tener el seguro privado es lo que más echo en falta. Como la enfermera de pediatría. Que tampoco la tienes, claro. En eso vas bastante perdida, con el niño. [ScreenCapture_2020-1-13 12.59.12; Posición: 120-120]

Las mujeres que, finalmente, consiguieron acceder a los servicios de estas especialistas, valoran muy positivamente su experiencia durante el embarazo, parto, postparto y lactancia.

Y descubrí a mi matrona, que para mí esa mujer tiene el cielo ganado y me dijo “por favor, el suelo pélvico”. Porque ella sí que estuvo en mi primer parto. [ScreenCapture_2020-1-13 09.21.34; Posición: 54-54]

Teníamos matrona en las clases preparto y luego durante todo el parto también tienes a la matrona. Y luego había como un consultorio para después, por si tenías algún problema con la lactancia, también podías ir. A la matrona. [VID_20200207_163405; Posición: 32-32] Entonces me ayudó bastante. Era bastante experta. [VID_20200207_163405; Posición: 38-38]

3.2. Ejercicio y ganancia de peso durante el embarazo

Actividad física durante el embarazo	Ganancia ponderal
<p><i>Y el deporte, que estaba exenta de hacer deporte. Lo hacía yo porque quería, pero... era andar, pasear.</i></p> <p><i>[VID_20200205_100130; Posición: 58-58]</i></p>	<p><i>Bueno cogí 22 kg y yo, ya te digo mido 1.54 y cogí 22 kg.</i></p> <p><i>[VID_20200205_100130; Posición: 50-50]</i></p>
<p><i>No, después no. Porque durante el embarazo(...) me dijo el ginecólogo que mantuviera una vida normal, que hiciera deporte, pero nada de correr.[ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49; Posición: 40-40] Que andara. Anduve mucho. Yo me tiraba a andar y me iba a andar una hora.[ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49; Posición: 42-42]</i></p>	<p><i>Mi ginecólogo, me echaba la bronca porque engordaba mucho. Engordé, en total, en el embarazo creo que fueron 20 kg. Frente a los 12-13 que suele que se lo habitual, yo engordé 20. [ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49; Posición: 18-18]</i></p>
<p><i>No. No me levantaba, me levantaba para ir de una oficina a otra.</i></p> <p><i>[VID_20200127_172629; Posición: 87-87]</i></p>	<p><i>Así se me puso el culo como se me puso.[VID_20200127_172629; Posición: 87-87]. Engordé muchísimo. Al final me dio un poquito de azúcar y, pero porque estaba muy gorda. Si es que cogí 29 kg 900. O sea, el día que yo tuve a mi hija pesaba 29 kilos 900 más que el día que empecé con el embarazo. O sea que...[VID_20200127_172629; Posición: 29-29]</i></p>
<p><i>Ni caminar, ni nada.</i></p> <p><i>[VID_20200120_100200: 92 – 92]</i></p>	<p><i>Y es verdad que cogí peso de más porque también dejé de fumar durante el embarazo. Se me juntó todo y cogí 18 kg.</i></p> <p><i>[VID_20200120_100200; Posición: 81-81]</i></p>
<p><i>Sí, sí que hacía mucho deporte pero fue decisión propia, no nadie me dijo nada del deporte, de si lo hacía o no lo hacía.</i></p> <p><i>[VID_20200127_112621; Posición: 74-74]</i></p>	<p><i>No hubo ninguna complicación, engordé lo normal y fue de libro</i></p> <p><i>[VID_20200127_112621: 14 – 14]</i></p>

Tabla 15. Ejercicio físico durante el embarazo y ganancia ponderal

A pesar de que, antes de ser madres, el ejercicio estaba muy presente en la rutina habitual de las militares participantes, la mayoría no mantuvieron esta actividad de manera adaptada a su periodo de gestación. Así muchas refieren escasa actividad física y elevada ganancia ponderal durante este periodo. La tabla 15 relaciona los testimonios de diversas participantes sobre la actividad física realizada durante el embarazo y su ganancia ponderal.

La ganancia ponderal adquirida durante el embarazo, no sólo afectaba la capacidad física requerida para su actividad laboral sino que tenía un importante impacto sobre su autoimagen.

*Baje de peso súper rápido. Empecé, claro yo decía madre mía eso hay que quitárselo ya. Yo quería volver a ser mujer. Es que yo era madre. Entonces yo quería volver a ser mujer. Para mí ser mujer era pues estar de nuevo en una 36-38.
(VID_20200127_172629: 115 - 115)*

3.3. Asistencia al parto

En cuanto a la asistencia al parto, las narrativas de las participantes incluyen relatos de partos y cesáreas programadas en base a criterios que consideran poco claros. Sus testimonios parecen transmitir un escaso apoyo al parto natural.

“Mira, mira te vamos a programar para el 14”. Y luego ya el 15 como es festivo me lo pasé en el hospital, evidentemente. (.../...) Así pues fueron muchas horas, muchas horas. Desde las ocho de la mañana, hasta las ocho de la tarde. Subía a la planta, bajaba oxitocina. El dolor se me quitaba, volvía a subir a la planta. Ya a las ocho de la tarde, la ginecóloga pasando su consulta y dice “estamos viendo, que no has echado tapón, que te vamos a romper la bolsa, que no nace, que va a ser cesárea”. Y yo “que no, que no, seguimos intentándolo”. Más oxitocina, rompieron la bolsa, me la rompieron y empezaron... (.../...) Fueron 10 minutos,

pero antes me pusieron la epidural, tiempo antes. Venga, va a ser cesárea, epidural. Horrible, la epidural es horrible, horrible... pero bueno y fueron 10 minutos. Yo recuerdo, decía: "lo noto, lo noto". Y me decían: "pero te duele?". "No me duele, pero lo noto". Noté los cortes, noté que me zarandeaban, me tambaleaba, pero dolor no. Y noté un "pluf", un descanso y ya... destrozada, porque no tienes ganas de nada. [VID_20200205_100130; Posición: 74-74]

Sí claro, lo recuerdo todo fue la cesárea. Pues yo iba de revisión. Iba a una revisión normal. Se adelantó 16 días. [VID_20200127_172629; Posición: 47-47] Y entonces, la bolsa se había roto según él y ya me tenía que quedar ingresada, porque esa misma noche me hacía una cesárea y la sacaba. (VID_20200127_172629: 49 - 49) Ni siquiera tenía manchado la braguita ni un poquito más ni nada. Yo creo que como ya tenía una cesárea programada dijo, aquí meto la segunda, y me ahorro ya todo. [VID_20200127_172629; Posición: 51-51]

A mí me ingresaron a las 17:30, porque tuve una revisión en la consulta ginecólogo. Me dijo "te voy a meter una cámara para ver qué tal está" y yo creo que rompió la bolsa. (ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49: 18 - 18)

No, me lo programaron para inducción y al final fue cesárea, después de todo el día ahí. Con la oxitocina. [ScreenCapture_2020-1-13 12.59.12; Posición: 30-30] Me lo programó unos días antes de cumplir. O sea, yo creo que fue más bien. No sé, a lo mejor me lo invento, pero a mí me dio la sensación de que me lo programó un sábado, que podía venir ella, la ginecóloga. Al ser la privada, que viene la ginecóloga allí a atenderte, pues me dio la impresión que se lo programó para que le fuera bien a ella venir. [ScreenCapture_2020-1-13 12.59.12; Posición: 32-32]

Lo programé. Porque el ginecólogo que me está atendiendo me dijo que él está de guardia justo el día que yo tenía/iba a cumplir las 40 semanas. Y me dijo "si quieres, inducimos". Y yo como ya no podía más con la barriga, ya me es que me molestaba. Entonces él me dijo que estaba bien de semanas que si quería lo inducíamos y así fue. [VID_20200124_181027; Posición: 49-49] Me hicieron el

corte del libro que le llama, o de hoja, o algo así. Y me cogieron muchos puntos. Yo lo que más sufrí fue eso porque cuando me sentaba y me ponía de pie, me dolía muchísimo. (VID_20200124_181027: 57 - 57)

3.4. Postparto y disfunciones del suelo pélvico

En los relatos de las participantes, los hallazgos significativos respecto a esta etapa se referían, principalmente, a pérdidas de orina asociadas a disfunciones del suelo pélvico de diversa índole

Tengo alguna pérdida de orina. Tengo pérdidas de orina. Y me dijo la matrona, porque esto sí que fue matrona, porque fue por la SS con el niño: “Haz los ejercicios de Kegel”. Y no le hice mucho caso, la verdad. Pero sí que tengo alguna pérdida de orina.[VID_20200205_100130; Posición: 104-104]

Con el mayor sí que recuerdo que los primeros meses de vida hacía un esfuerzo y me hacía pis. O tosía y me hacía pis. [ScreenCapture_2020-1-13 09.21.34; Posición: 52-52]

Cuando yo di a luz de mi hijo, después de todo esto tenía perdidas de orina, bueno tengo pérdidas de orina. [ScreenCapture_2020-1-14 09.33.09; Posición: 56-56]

Pues ahí fue cuando yo ya empezó ya empecé a notar, el suelo pélvico no fue el mismo.[VID_20200211_230041; Posición: 6-6]

Cabe destacar que ninguna de ellas había sido derivada a una unidad multidisciplinar de suelo pélvico, que sí están disponibles en el catálogo de prestaciones de las mutuas.

Si, si he estado en el urólogo y todo. Pero necesito operarme. Porque el músculo no vuelve a su sitio. Entonces lo que tienen que hacer es operar. La operación no está subvencionada, por supuesto. Y la operación cuesta 6000 euros. Entonces no me operé. (ScreenCapture_2020-1-14 09.33.09: 60 - 60) No me operé, me seguí haciendo pis pero me daba igual. Ya llegó un punto en que me daba igual. (ScreenCapture_2020-1-14 09.33.09: 64 - 64)

No. De eso [incontinencia] no he tenido porque hice hipopresivos. Me recomendaron hacerlos. Claro como tuve cesárea tuve que esperar un poco más. Entonces a las 6 semanas justas, empecé unas clases que, bueno me pagué yo aparte e íbamos bastante chicas a hacer hipopresivos. Entonces lo hice con una asociación que lleva un grupo de matronas, enfermeras, un poco así para la mujer. Todo esto de ayuda al parto, ayuda a la mujer, ayuda a la lactancia y hacía muchísimas cosas de estas. Y lo hice con ellas y muy bien.[VID_20200207_163405; Posición: 54-54]

Lo que pasó es que al principio si que durante los dos-tres primeros meses, tenía problemas en el sentido de, pues a la hora de ir al baño pues como que me tenía que limpiar más. Como que no los esfínteres, no, no acaban de cerrar bien. [ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49; Posición: 30-30] El ginecólogo me informó que tenía que hacer los ejercicios de Kegel.[ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49; Posición: 32-32]



Figura 18. Mapeo del tema "Atención al embarazo, parto y postparto"
Ajuste de frecuencia de coocurrencias: 5; espacio máximo entre los párrafos: 5 párrafos

4. DE VUELTA AL SERVICIO ACTIVO

Tras la reincorporación a la Unidad de destino, cumplido el permiso de maternidad, las mujeres entrevistadas recuerdan sus experiencias para continuar con su lactancia, volver a la actividad física o conciliar su vida familiar y laboral. Asimismo, describen en sus relatos el impacto profesional y personal de su maternidad.

4.1. Lactancia

4.1.1. Estrategias de lactancia

La lactancia, ya sea materna o artificial, es un periodo crítico para las nuevas madres que se inicia tras el parto y se extiende durante meses o incluso años. La elección de la lactancia materna fue mayoritaria en el caso de las entrevistadas. Esta supone una alta dependencia del bebé respecto de su madre, aun en los casos en que se cuenta con una pareja corresponsable o algún tipo de apoyo familiar. Por lo que, llegado el momento de la vuelta al trabajo, en algunos casos, se instauraba una lactancia mixta.

Pues me sacaba la leche, por la mañana tempranito, con el sacaleches se lo dejaba ahí y mi madre ahí, pues, se lo daba a la niña. Claro ahí también ya compaginaba un poco de lactancia mixta. Ya también era, leche de fórmula.
[VID_20200205_100130; Posición: 84-84]

Era salir antes, justo antes de salir de casa dar la teta al crío para que pudiera mi madre aguantar unas horas más con él sin tener que darle el biberón, ¿no?
[ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49; Posición: 66-66]

La continuidad, tras la incorporación, de la lactancia materna exclusiva parece impedir o complicar mucho la implicación de las mujeres en actividades y ejercicios de horario extendido o que las alejen geográficamente del bebé. Ante esta situación la reacción de las mujeres participantes fue muy diversa: desde renunciar a este tipo de actividades, hasta a poner fin a la lactancia, pasando por intentar, no sin ciertas dificultades, involucrarse en ellas manteniendo las extracciones regulares de leche.

Iba a irme de misión, me tocaba irme al Líbano, pero, como estaba en el año de lactancia, me dijeron que lo decidía yo. Era una misión obligatoria, pero que me daba la oportunidad de que como estaba con lactancia y eso es algo que se había que respetar más, pues me dieron a elegir. Yo, madre primeriza, aunque mi hijo ya iba a cumplir casi el año. [VID_20200211_221920; Posición: 22-22] Entonces estaba en ese periodo de lactancia y dije que no. [VID_20200211_221920; Posición: 24-24]

Entonces claro, mujer y además me tenía que sacar la leche, en baños donde no había para mujeres, porque no había mujeres. Pero bueno, al principio me lo quisieron negar porque “¿cómo te vas a ir?”. “Te tienes que sacar el pecho, las paradas logísticas son las que hay y no podemos parar”. Y bueno, “al final es que bueno vamos a buscar otra persona”. Y yo dije que no, que me había tocado a mí e iba a ir yo. Y me iba a ir con mi sacaleches y en cada parada que hiciésemos pues me sacaría la leche y ya está. Y al que le guste bien y al que no, no. [ScreenCapture_2020-1-14 09.10.05; Posición: 10-10]

4.1.2. Permiso de lactancia

De acuerdo a las rutinas o la situación particular de cada una, las mujeres eligieron por reducir su jornada una hora hasta que el bebé cumple 12 meses o acumularla en 28 días para disfrutarla tras el permiso posparto, retrasando así la

reincorporación a su puesto. Las mujeres que optan por alargar este tiempo, antes de su vuelta al trabajo, añadieron además otros permisos, como las vacaciones de verano o licencias no retribuidas para dar respuesta a las necesidades de lactancia de sus bebés, que consideran complejas de satisfacer mientras realizan su actividad laboral.

Prefería tener hasta diciembre, hasta que el niño cumpliera un año, prefería tener esa hora de margen para llegar, más tarde. [ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49; Posición: 66-66]

Yo cogí todo junto porque al menos un mes de tranquilidad, porque si no es muy complicado combinar trabajar con dar el pecho al niño y todo. Entonces, hice los cinco meses en casa. [ScreenCapture_2020-1-13 12.59.12; Posición: 46-46]

Si junté los cuatro meses, la lactancia, mi mes de vacaciones y los asuntos propios y todo lo que tenía para juntar. Todo ahí junto. Entonces me incorporé, cuando tenía 6 meses y yo estaba en plena lactancia a tope. Mi incorporación, pues con el mayor fue mal porque claro yo me tenía que sacar en mi horario laboral. [ScreenCapture_2020-1-13 09.21.34; Posición: 44-44]

Porque cogí casi tres meses de licencia (sin sueldo) porque como estaba con lactancia exclusiva y mi hija no cogía el biberón ni para atrás, dije no puedo, vamos no podía incorporarme. Entonces gaste la maternidad que son 16 semanas que, obviamente, tenía 3 meses y medio la niña. Luego cogí la lactancia seguida, las 4 semanas que dan. Luego cogí las vacaciones del año anterior, las vacaciones del año siguiente que ya era junio por ahí y luego ya la licencia y me incorporé en septiembre. [VID_20200207_163405; Posición: 77-77]

Algunas resaltan la contradicción que suponen las recomendaciones que reciben sobre los beneficios de mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y la duración de los permisos de maternidad y lactancia que no permiten cubrir esos periodos.

Si la OMS recomienda 6 meses de lactancia exclusiva, que den 6 meses para lactancia. De baja de maternidad o de permiso. Porque de verdad que es muy complicado combinarse, es un jaleo... dar el pecho es una historia. Unos malabares, que tienes que hacer. Que desde fuera parece muy fácil, pero desde dentro es un rollo. Lo de dar el pecho... [ScreenCapture_2020-1-13 12.59.12; Posición: 108-108]

Es llamativo el caso expuesto, por la siguiente informante de Armada, en que la solicitud de una reducción de jornada por lactancia supone, en la práctica, una prolongación del horario habitual. Es conveniente decir, que este testimonio coincide con el de otra participante en relación con la reducción de jornada y que se incluirá más adelante. Así, parece ser práctica extendida en la Armada que, dada la gran dedicación durante las navegaciones del personal embarcado, su horario se reduzca cuando están en puerto. De esta manera si el horario oficial es de 7:30 a 15:30h, el personal que habitualmente navega, cuando está en el arsenal o base de turno, acude a su lugar de trabajo en un horario reducido de 8:00 a 14:00h. Sin embargo, de acuerdo a lo explicado por la informante el personal con permiso de lactancia o reducción de jornada, debido a la exoneración de navegaciones no se beneficia de esta laxitud. Así el horario sobre el que se considera se aplica la reducción es el oficial (de 7:30 a 15:30). De esta manera, una vez aplicada la reducción (con impacto o no en la remuneración, según corresponda) el horario, paradójicamente, es más amplio que el de los compañeros que no se acogen a esta medida. De manera que la única contrapartida es no participar en navegaciones, sin ser efectiva la reducción de la jornada habitual.

Lo que pasa es que, claro, cuando yo estaba teníamos horario de 8:00 a 2 y a los de la reducción de jornada no se acoge al horario real, de las 7 el de las 7:30

hasta las 3:30 o 3. No me acuerdo, total que nosotros llegamos a las 8 como todos íbamos media hora después que lo demás. En casi todos es así. (VID_20200124_181027: 77 - 77)

Que pasa: que le están quitando el sueldo para trabajar una hora más, en vez de una hora menos. Porque el horario de escuadrilla, al final, se queda una hora más. (ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49: 92 - 92)

En este otro caso, la participante explicaba el impacto negativo que el permiso de lactancia suponía en su faceta profesional. En cambio, consideraba que podía ser beneficioso para que el padre, también militar, disfrutara de este permiso. Desafortunadamente, relata que le fue denegado, por razones que no acaba de entender, lo que finalmente la empujó a ser ella la que redujera su jornada.

No montas guardia, no montas servicios, llegas una hora más tarde... yo soy mando, yo tengo que recibir una serie de novedades. En fin, a mí el hecho de tener una lactancia, me cortaba mucho el desarrollo de mi profesión, de mi mando. Yo se la daba a él digo "mira, así yo puedo, digamos, hacer mi trabajo todo él. Entero. Lo bueno y lo malo. Y tú puedes estar sin salir a navegar con el crío. Entonces el pidió la lactancia. Le vino denegada. (...) Y dijo el Comandante, "No, no, no. Su puesto es vital, es importantísimo, no puede dejarse". Y había otras dos personas ese puesto (...). Vino denegada, creo que una semana antes de que acabáramos la lactancia. Entonces ya la disfruté yo. Dije "uno de los dos la tiene que disfrutar" y la disfruté yo. [ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49: 130 - 130]

4.1.3. Extracción y almacenamiento de la leche materna.

En la mayoría de los casos, y con independencia del disfrute que se hubiera hecho del permiso de lactancia, la lactancia continuó tras la reincorporación al puesto de

trabajo. Proseguir con la lactancia materna requería pues realizar extracciones en el horario laboral, especialmente para las mujeres que se incorporaron antes que el bebé cumpliera 6 meses, es decir, dentro del periodo de lactancia exclusiva.

En el momento que me incorporé a trabajar, tuve que compaginar el estimularme para sacarme leche, para no perderlo. Los dos o tres meses primeros fueron muy mal pero luego como se estableció otra rutina. De 7:30 a 15:00 el niño no mamaba y cuando llegaba a casa, se enganchaba y no se quitaba hasta el día siguiente a las 6 de la mañana. Entonces, estaba todo bien. Así que la lactancia con el mayor fue un poco complicada. Luego ya se fue regulando todo. [ScreenCapture_2020-1-13 09.21.34; Posición: 44-44]

Cogí la rutina de a las 12 del mediodía sacarme la leche, en el baño, y luego ya por la mañana la llevaba a la guardería la leche y allí en la guardería, en el desayuno le daban la leche. Entonces antes de salir de casa le daba el pecho y después la otra toma es la que me quitaba del día anterior a las 12. [ScreenCapture_2020-1-13 12.59.12; Posición: 46-46]

Si, me sacaba leche, en los ratos que tenía me subía al vestuario y enchufaba el sacaleches, lo sacaba y lo metía al frigo. Y cuando me iba me lo llevaba. Y esa leche que me sacaba ese día la llevaba al día siguiente a la guardería, para que se la pudieran dar allí. [VID_20200207_163405; Posición: 48-48]

Esto supone la necesidad de disponer tanto del tiempo, como de las condiciones adecuadas para la extracción y almacenamiento de la leche accesibles durante la jornada habitual.

Las entrevistadas consideraban que debían buscar ese tiempo, renunciando a los periodos de descanso y almuerzo para ello, de manera que la lactancia no interfiriera en modo alguno con su actividad diaria. Esta opinión era generalizada, tanto entre aquellas

que habían elegido reducir su jornada, al inicio y/o al final, como por parte de las que habían agotado el permiso de lactancia acumulado en 28 días.

Algunas entrevistadas, resaltaban también la importancia de la comprensión con sus superiores y se sentían avergonzadas de tener que dar explicaciones. Las mujeres buscaban soporte en las compañeras mientras convivían con las bromas, más o menos inocentes, de sus pares varones.

Yo me llevaba al extractor y como era estos eléctricos, pues a la hora el bocadillo me bajaba al sollado, me sentaba dónde podía: en el suelo, silla no teníamos, en el suelo y con una mano me tenía el sacaleches sacándome y con la otra pues me comía una manzana o algo así que no necesitara las dos manos. La verdad que es que yo no quise decir ahí “voy a ir a sacarme leche” y “¿me da permiso?” Porque me da como cosa decírselo a mi jefe. Yo aprovechaba la hora del bocadillo y hacía eso. Y luego la metía en una nevera, que teníamos una camareta los cabos, y pues ahí la metía. [VID_20200124_181027; Posición: 81-81]. No era muy adecuado, pero prefería eso al baño. [VID_20200124_181027; Posición: 87-87]

Cerraba la puerta. Y bueno, como se oye cuando te sacas la leche es como el mugido de una vaca, muuumuuuu. Pues ellos ya sabiendo que estaba sacando leche y siempre el cachondeo “pues ahora me sacas a mí la leche” pero siempre en plan risa. A mí nunca me han molestado esos comentarios y bueno, todo, a ver... con mis compañeros normal. A mi jefe le gustaba poco, porque si tenía una subida de leche, se me ponían las tetas muy duras. Entonces tenía que quitarme la leche. Entonces tenía que dejar lo que estaba haciendo y cuando podía me iba corriendo, me sacaba la leche un poco, vaciaba y volvía otra vez. Y entonces, cuando veía las bolsas de leche, mi jefe decía “hombre, es que esto, es que esto”. [ScreenCapture_2020-1-14 09.33.09; Posición: 30-30]

Fue unánime el testimonio de las mujeres participantes en referir la ausencia de salas de lactancia en las bases, acuartelamientos y establecimientos militares; que ellas intentan suplir haciendo uso para la extracción de la leche de otras instalaciones como vestuarios, aseos, oficinas u otras instalaciones comunes. La descripción que estas mujeres hacen de estos espacios improvisados incluye de forma mayoritaria condiciones de higiene inadecuadas, ausencia de intimidad y de comodidades tan básicas como calefacción o asientos, que en algunos casos relacionan con la incapacidad de extraer satisfactoriamente la leche. Cuando la extracción era posible, sólo una minoría, contaban con un sitio en el que almacenar la leche en las condiciones adecuadas por lo que varias de las participantes optaban por desecharla.

Claro era muy complicado porque sí que teníamos nuestro momento para desayunar, pero claro, o desayunaba o me sacaba leche. Si me metía, tenía que ser en un vestuario o en un cuarto de baño que no era el mío. Con el sacaleches eléctrico, no me salía leche, bueno para mí fue lo peor. [ScreenCapture_2020-1-13 09.21.34; Posición: 44-44] No había sala de lactancia. Nuestro vestuario era un vestuario que está el edificio para tirarlo. Me imagino que como prácticamente todas las bases. Pero el vestuario mío encima de todo no tenía ni calefacción ni aire acondicionado. Pasábamos muchísimo calor, estabas sentada en el suelo. Bueno, muy mal, muy mal. Fatal. [ScreenCapture_2020-1-13 09.21.34; Posición: 46-46] Era por descargarme y estimularme un poco porque no conseguía, o sea me imagino y ahora lo entiendo o creo que es eso, que la situación el entorno y todo no me ayudaba a mí para poder sacarme leche. Era horrible. [ScreenCapture_2020-1-13 09.21.34; Posición: 50-50]

Porque tenía mucha leche, tenía mucha leche. Pero claro me llevaba... en casa tenía el sacaleches, el que va enchufado y al trabajo me llevaba el manual. Me metía en el vestuario, que estaban mis compañeras, y me sacaba la leche. ¿Qué pasa? Esa leche, no teníamos nevera, yo no tenía cómo guardarla, la tiraba. La

tenía que tirar, no me aguantaba toda la jornada. Y aunque...a lo mejor si me aguantaba, yo tampoco leí mucho sobre la leche. Pero digo no le voy a dar, si le pasa algo a mi hija por darle una leche que lleva en mi taquilla dos horas o tres. No. Y la tiraba, tenía que tirar la leche. [VID_20200205_100130; Posición: 86-86]

Nada. No. Tenía que tirarlo. Es que no había nevera. [ScreenCapture_2020-1-13 09.21.34; Posición: 48-48]

Porque luego yo la guardo, porque la guardo, pero yo luego esa leche me daba hasta asco dársela a mi hijo. [ScreenCapture_2020-1-14 09.33.09; Posición: 30-30]

Una de las participantes relata en cambio cómo, a través de la iniciativa particular de una compañera, pudo contar con un espacio algo más adecuado a sus necesidades.

Fue la que se movió para conseguirnos un alojamiento, no solamente para mí sino también para ellas, y poder tener un sitio cerrado con llave, con cierta privacidad para sacarme leche. Traía el sacaleches, con las bolsitas de transporte de leche, tenemos nevera entonces lo guardaba en la nevera y antes de irme, me lo llevaba [ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49; Posición: 68-68] Bueno, no es que sea una sala. Es más bien un sollao. Entonces, aquí tenemos las taquillas, tenemos la nevera, tenemos microondas y ahí tenemos, bueno, una cama sin nada más que el colchón pelado y unos sofacitos pequeñitos. O sea, es nuestro refugio, por decirlo de alguna forma, porque somos 4, no somos más. [ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49; Posición: 74-74]

4.2. Agotamiento

Las madres militares recuerdan este periodo de su vida como agotador. A las noches en vela se suman las demandas, físicas y psicológicas, de la reincorporación y las

tensiones creadas en el núcleo familiar con la llegada de nuevos roles y el reparto, no siempre equilibrado, de responsabilidades.

Porque lloraba desde el día que nació. Era un niño que lloraba y no dormía. Lloraba y lloraba. Entonces yo llevaba un cansancio acumulado que no era el habitual de una madre, a lo mejor. De una madre de un bebé de cuatro meses o de un padre. Indistintamente. Era un cansancio físico y un cansancio psicológico, porque mi hijo me las estaba haciendo pasar fatal. A parte de todos los comentarios de pues es que a lo mejor de tus tetas como son pequeñas no sale suficiente leche, todos estos comentarios que psicológicamente también te hacen un poco estar cansada, de todo lo que... cansada de que tu marido no te apoye, de que tu marido no te ayude, de que tus compañeros no te entiendan [ScreenCapture_2020-1-14 09.33.09: 66 – 66]

Porque el que no lo tiene, o el que no lo sufre, no es consciente. Y es muy fácil hablar sin tener tú la criatura, por así decirlo. Yo, por ejemplo, tengo compañeros que no tienen hijos. No entienden de lo que les hablo. Hay días que llego sin dormir, con ojeras...Y me dicen, “ay, tienes mala cara, has dormido”. Y yo la verdad es que lo llevo bien porque soy una persona muy activa, no. Pero si pillan otra persona de esas que necesitan sus horas, que encima se pone mala leche y tal, creo que lo llevarían fatal. [VID_20200207_163405: 161 – 161]

4.3. De vuelta a la actividad física

La vuelta al trabajo de las participantes implicaba también la vuelta a la actividad física, dentro de la cual la carrera continua tiene un papel protagonista. Las militares aceptaban ésta como una parte más de su trabajo, aunque reconocían que supuso un gran esfuerzo, tras un periodo de poca o ninguna actividad física, al que se sumaba el cansancio ocasionado por el cuidado del bebé y la lactancia descritos anteriormente.

Además, algunas confesaban temor a realizar esfuerzos y desconfianza en su propia capacidad física tras el embarazo.

Pues claro, desde el primer día, a correr. En el primer día a correr. [VID_20200211_230041: 34 – 34] Yo no quería correr, pero te dicen que tienes que correr, para pasar las PAEF⁸². [VID_20200211_230041: 36 – 36]

Yo volví a los cuatro meses (...). Y a primera hora era obligatorio el deporte. Nos hacían formar para pasar la lista, a ver si faltaba alguien o no, y de ahí nos íbamos a correr. Pero yo pues así había poco porque claro llevaba más de 9 meses sin hacer deporte. Más de 9 meses, bueno casi un año. [VID_20200124_181027: 99 – 99]. Yo pensé que no iba a poder, pero si pude la verdad. No me costó. A lo mejor ya luego pues en peso, de hacer en el barco mucho peso y tal sí, que trataba de evitarlo. Pero lo que era correr, sí. [VID_20200124_181027: 101 – 101]

Con lo de la cesárea que me daba cosa hacer ejercicio, mucho esfuerzo, por si acaso. Porque aún me dolía un poquillo en algún punto. Y no sabía hasta qué punto podía hacer deporte o no. [ScreenCapture_2020-1-13 12.59.12: 80 – 80]

En muchos casos se vieron en la obligación de someterse a pruebas de aptitud física⁸³ poco después de incorporarse. Estas pruebas deben ser superadas de forma periódica y, habitualmente, son condición necesaria para ascensos, cursos o despliegues internacionales.

Porque recomiendan en teoría hacerlas al año de la cesárea. Pero el jefe ya sabes llegué y me mandó una instancia que como llevaba el año del embarazo, que

⁸² Denominación antigua de las pruebas de aptitud física en el Ejército de Tierra. Actualmente, se denominan Test General de la Condición Física (TGCF)

⁸³ Se trata de pruebas de velocidad, resistencia o fuerza que incluyen la realización de abdominales, flexiones de brazos, carrera continua o circuitos de agilidad.

sería el año que me incorporé, sin pasar las pruebas. Pues tenía la obligación de pasarlas. (VID_20200207_163405: 77 - 77)

Justo después de dar a luz al mayor, cuando me incorporé, ya no tenía las PAFAS⁸⁴ pasadas. Se me cumplieron estando embarazada y las tuve que pasar, prácticamente, nada más volver a mi puesto de trabajo. Y para ellos tu bebé ya tiene cuatro meses, pero para mí cuatro meses no eran suficientes. Y más después de lo que había tenido: del globo intrauterino, de las pérdidas de orina, de todo el cansancio físico que me conllevó tener un niño enfermo desde que nació. Pero aun así me obligaron a pasarlas y no las superé. (ScreenCapture_2020-1-14 09.33.09: 66 - 66)

Son obligatorias, pero si no las pasamos, a ver no te dicen nada, simplemente aparece expediente, en tu portal personal, aparece como “no apto” simplemente. Que pasa que yo, por ejemplo, si yo mañana quiero hacer... quiero pedir un cambio de plaza, me exigen tener las pruebas físicas pasadas. Eso sí. (ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49: 46 - 46)

Estaba súper bien. Me incorpore, con una cesárea, pase las PAFAS al mes de incorporarme. Estuve las 16 semanas de baja que yo no estuve 16, que estuve en realidad 18, porque mi subteniente me dio 2 semanas más y me dijo que me quedará en casa. Y cuando volví pues me nombraron las PAFAS y yo las pasé. (VID_20200127_172629: 105 - 105)

El siguiente testimonio ilustra el esfuerzo de la vuelta a la actividad física obligatoria con una incontinencia urinaria como las descritas, anteriormente, en el apartado *Postparto y disfunciones del suelo pélvico*:

Yo hacía deporte y cuando yo di a luz de mi hijo, después de todo esto, tenía pérdidas de orina. Bueno, tengo pérdidas de orina. Entonces me ponía unas

⁸⁴ Denominación antigua de las pruebas de aptitud física en el Ejército del Aire.

mallas y encima un pantalón para poder llevar la Tena lady, estas compresas. Cuando me cansé de disimular porque tú vas creciendo y vas madurando. Porque me molestaba mucho llevar esos pantalones que me molestaban encima de unas mallas. Entonces decidí decir la verdad: “Se me escapa el pis y lo sabéis. Y si me meo, pues me he meado”. (ScreenCapture_2020-1-14 09.33.09: 56 - 56) Con toda la vergüenza que conlleva mearte mientras corres. Te meas y estás débil. (ScreenCapture_2020-1-14 09.33.09: 72 - 72)

4.4. El impacto de la maternidad en la profesión

Los relatos de las participantes, en este punto de las entrevistas, parecen muy afectados no solo por las experiencias propias, sino también por las situaciones de que habían sido testigos con ocasión de la maternidad de otras compañeras.

Gran parte de las participantes narraban, de una manera u otra, la actitud negativa de sus superiores ante las ausencias de la Unidad con motivadas por el permiso maternal.

Si. Eso nos perjudica muchísimo. Eso es. Pero a ver, qué hacemos. No traemos niños al mundo. Como le digo yo a mis compañeros, “no quieres que te paguen las pensiones”. No. Yo le digo a mi jefe. Bueno pero tu mujer que hizo cuando estaba embarazada. Se vino al día siguiente aquí a trabajar o como lo hizo. Es que no entiendo. Yo no me estoy cogiendo más que nadie. Me estoy cogiendo lo que la ley me da. [ScreenCapture_2020-1-13 10.11.59; Posición: 48-48]

Entonces él me echaba en cara que si no lo que haces, faltas al ejército más de nueve meses, porque has tenido un hijo. Y yo le dije, es que usted tiene 3 hijos. Para usted poder tener 3 hijos su mujer, bueno sus mujeres, porque él había estado separado, han tenido que ser madres. Dice, “si, pero no es lo mismo”. No entendían, sí es lo mismo [ScreenCapture_2020-1-14 09.33.09; Posición: 54-54]

En las FAS, las ausencias por este tipo de permisos, así como por conciliación familiar o en el caso de cualquier baja laboral que se produzca, no son sustituidas por personal adicional. Por ello, el trabajo de estas mujeres es realizado, habitualmente, por otros compañeros o compañeras, lo que supone una carga añadida a las tareas propias. Las participantes indicaban que el origen de esta sobrecarga, sin embargo, no parece ser identificada como responsabilidad de la organización sino de la propia mujer ausente que, a su vuelta, percibe la tensión originada por ello y, en ocasiones, tiene que luchar por recuperar su sitio.

Claro te miran como con lupa lo que vas a hacer cuando ha sido mamá, y cuándo te vas a incorporar. Al incorporarme yo me podría haber cogido la lactancia, la hora esta. Pero me daba muchísimo miedo [ScreenCapture_2020-1-13 09.21.34: 64 – 64]

Es que mis compañeros tenían que hacer el trabajo que yo no hacía. [VID_20200127_112621: 42 – 44]

Cuando yo volvía, mi jefe decía, hombre no pretendas ahora después de que tu compañero, que ha estado haciéndolo todo mientras tú no has estado, ahora llegue este día y hagas tú el ejercicio, cuando es él el que ha estado. Entonces, sí que me ha perjudicado el hecho de ser madre. Yo siempre decía que me destronaban. Cada vez que he sido madre, me han destronado; cada vez que mi hijo se ha puesto enfermo me han destronado. Y siempre me he sentido destronada, del Ejército, por hombres. Desbancada por hombres y, a lo mejor, con menos aptitudes. [ScreenCapture_2020-1-14 09.33.09; Posición: 76-76]

Algunas participantes percibían que todos los esfuerzos realizados en etapas previas de su vida militar perdían su valor, a ojos de compañeros y jefes, una vez se convertían en madres.

Yo, a uno de los jefes que me ha tocado, que es buena persona, yo le decía “no te das cuenta, que no estáis teniendo en cuenta toda mi trayectoria de antes”. Digo, que me estáis empezando a evaluar desde el principio como si no me conocierais. “Ya, pero es que este es un destino distinto”. Digo, “ya, pero tú me conoces desde que tengo 18 años” y digo “es que cuando quieres que tenga un bebé”. “Y yo no quiero tener uno. Quiero tener dos.” Eso fue cuando tuve al niño. “Y además no sé si será en este año o en el año que viene o en el año siguiente voy a tener mi segundo hijo”. Digo, es que eso es así. Mi vida militar también tiene que ser mi vida personal. Pero es que nada, pero es que eso está muy mal en todo el ejército, creo yo. [ScreenCapture_2020-1-13 10.11.59: 10 – 10]

De hecho, mi despedida fue por teléfono, como quien dice. O sea, hicieron la despedida un día en que sabían que no podía ir, me mandaron a la siguiente unidad los regalos de despedida y eso. Vamos, que me fui por la puerta de atrás. [VID_20200127_112621: 94 – 94] Pase de ser una profesional y una compañera maravillosa, a ser lo peor del mundo, por no poder navegar por la niña. [VID_20200127_112621; Posición: 130-130]

Además, algunas mujeres consideran que el impacto de la maternidad en su carrera profesional se prolongará debido a la repercusión que esta tiene sobre sus Informes Anuales de Evaluación y Clasificación (IPECs) y sobre las oportunidades perdidas durante los periodos de embarazo, parto y posparto para hacer cursos, participar en despliegues, etc.

Yo creo que sí, que mis ausencias por maternidad han influido mis IPECs. Aunque me haya enfrentado a mi jefe muchas veces diciéndole que ¿por qué me habéis bajado la nota? “Hombre, es que has estado unos meses fuera”. Ya pero el tiempo que he estado, he estado, ¿verdad? He estado y he cumplido como vosotros. [ScreenCapture_2020-1-14 09.33.09; Posición: 78-78]

Yo no puedo hacer los mismos méritos, que un compañero mío que no tiene hijos. Digo él, ahora, se ha ampliado la ley y ellos tienen sus cuatro meses también, y

espero que hagan uso de ellos. Pero yo en esos 4 meses, está claro que no voy a hacer otras cosas. (...) Pero vamos, sí que creo que muchas veces los IPECs están condicionados a que seas hombre o mujer. [VID_20200127_112621: 132 – 132]

Sentimiento de culpabilidad ante la priorización del cuidado de los hijos sobre el desempeño de sus tareas como militar, afloran en algunos de los relatos. En el caso de la siguiente participante, provocó su abandono de las FAS días después de la entrevista.

Creo que no soy profesional, no estoy siendo profesional. Creo que estoy intentando ser buena madre pero no estoy siendo profesional de mi trabajo. (VID_20200205_100130: 116 - 116)

Hay que destacar que, entre las participantes, hubo también muchos relatos positivos en que reconocían las facilidades que habían recibido de sus mandos que, la mayoría de los casos, se describían casi como gestos personales por los que las mujeres sentían gratitud. Sin embargo, no en todos los casos contaron con la aprobación de los compañeros, tan importante en el entorno militar.

Yo he solicitado como todo el mundo la flexibilidad horaria. Pero yo hago mi trabajo, mi jefe no tiene ninguna pega conmigo, nunca he tenido ningún problema, entonces no me tiene que estar controlando y yo hago mis cosas. [ScreenCapture_2019-9-19 16.56.17: 69 – 69]

Y cuando me he cambiado de sección pues genial, la vida familiar con la vida laboral, pues muy bien. Porque mi jefe, desde el primer momento, me dijo que cualquier problema, cualquier dificultad que tuviera en relación con la niña, que se lo comentara y ellos lo intentaban solucionar. De nuevo los compañeros, les fastidia que hagas cosas, se quejan. Pero mi subteniente en todo momento se mantuvo firme y mi vida era perfecta, en el sentido de laboral y familiar, muy buena la verdad. [VID_20200127_172629: 121 – 121]

Cuando se acabó la baja de maternidad, yo lo metí en una guardería. Pues el Teniente Coronel, que había en este momento, era buenísimo, un cacho de pan. Y de hecho la hora de lactancia, para que a mí me diera tiempo de dejarlo, de dejar al niño en la guardería e incorporarme, él me dejaba llegar a las 9. Pues, una compañera se enteró, me preguntó que si llegaba tarde. Le dije “no, yo tengo permiso para llegar a esta hora”. La que se lio. Porque ella también tiene un hijo, porque no sé qué, porque a mí me dejan entrar a las 9 y a ella no. Porque a mí me dejaban, creo que eran 20 minutos más que ella, nada más. Y ya ese chollo se me acabó y tenía ya que estar a las 8:30. Y de hecho el Teniente Coronel me echó la bronca, me dijo “para qué dices nada”. Era el único, el único de verdad que comprendía, de todos los mandos que había ahí, el único bueno era él. Y yo no me acuerdo ni de su nombre. [VID_20200211_221920: 64 – 64]

Tengo que decir que mi jefe directo, de mi sección, me escudaba un poco. Porque me daba todas las facilidades para que yo pudiera estar con mis hijos [ScreenCapture_2020-1-14 09.33.09: 34 – 34]

Parece, en muchos casos, que las mujeres consideran que son los compañeros, y no los jefes, los que las juzgan. Se sienten vigiladas por ellos que no dudan en calificar de agravio comparativo cualquier facilidad concedida a las nuevas madres.

Cuando me vienen con lo de ese compañero el de “yo creo que se está cogiendo más de lo que se tiene que coger”. Yo digo, ¡¡cómo la gente es tan mala!!! Pero que me voy a coger más, si es que no se puede coger nada que no te corresponda. Si es que firmas un papelito. Es que todo está informatizado, que no es como antes, que no me estoy saltando nada. Es que comentarios así... Que si la gente se para a pensar no tienen ningún sentido. Pero que se hacen y que hacen un daño horroroso, porque lo que se quedan los que están alrededor es con “se está cogiendo más de lo que le corresponde”. Es que eso es para matarlo. De verdad te lo digo porque es que te deja en un lugar malísimo. [ScreenCapture_2020-1-13 10.11.59: 58 – 58]

Los compañeros, al final, son lo peor. Los jefes no, los compañeros. La envidia es mala. [VID_20200127_172629: 93 – 93]

Las madres con varios hijos, que han afrontado estas situaciones previamente, expresan cierta evolución en su perspectiva. En este caso, en favor de disfrutar más su vida familiar y angustiarse menos por su carrera:

Entonces prefiero disfrutar de mi vida familiar, y no ser buena, o sea, ya cómo que das por hecho que no vas a no vas a conseguirlo, no vas a hacerlo por experiencia pasada. Por el hándicap que llevas y entonces, disfrutas más de tu vida familiar, de tus hijos. De, no lo voy a hacer, o a lo mejor no quiero hacerlo. No sé si con el tercero, quieres perderte lo que te has perdido con el primero. Voy a disfrutarlo a tope. [VID_20200127_112621: 152 – 152]

Y mientras algunas mujeres dicen haber cambiado sus planes de futuro o renunciado a la promoción debido a su condición de madres, otras encuentran en su maternidad una fuente de motivación para continuar con su carrera en las FAS.

Bueno, hay que decir que la fuerza me la dio la cría, lógicamente. Aparte del orgullo decir voy a hacerlo yo porque yo puedo. Era la cría, tenía que luchar por ella. Yo no podía haber gastado el dinero que me había gastado en prepararme y renunciar, tirar la toalla. Si es verdad que hubo un momento en primero que estuvo a punto de mandarlo todo al carajo. Pero aguanté y tiré. [VID_20200120_100200: 151 – 151]

Hombre, ahora estoy pensando en algo que sea más compatible con tener niños. [ScreenCapture_2020-1-13 12.59.12: 104 – 104]

Esta es la segunda opción, después de tener a mi hija. Cabo primero, la permanencia y quedarme. Al pasar esto, como voy yo ahora a la Academia. A Calatayud, porque tendría que ir a Calatayud, 2 años... Si no la hubiera tenido... por Dios, es mi niña... pero me hubiera gustado haber ido a hacer la básica. Si me hubiera gustado mucho hacer la básica.

[VID_20200205_100130; Posición: 26-26]

Cuando vi que no había posibilidad, yo tuve una crisis existencial. Y yo decía "¿qué haces cuando has logrado lo que has querido ser?". O sea, cuando tú siempre quisiste ser algo y lo logras y de repente ya no más. Ya no puedes seguir. (VID_20200211_230041: 102 - 102)

4.5. Cambio en la percepción de riesgos.

Una de los momentos más emotivos de las conversaciones con las participantes fueron aquellos en que estas valoraban el cambio que convertirse en madres había obrado sobre su forma de percibir los riesgos de su labor como militares. Aun admitiendo que en su trabajo siempre estuvo implícito cierto nivel de riesgo, la mayoría expresaban que su preocupación ante la posibilidad de sufrir lesiones graves o morir era mucho mayor desde que eran madres.

Pero eso, por ejemplo, en la primera misión vivía en los mundos de Yupi. Hasta que sufrías un tiroteo o un bombazo y te das cuenta de que, si tú no estás, dejas a una persona colgada ahí. Y te entra un agobio y un... y la gente cuando vuelves te dice que eres muy valiente. Yo creo que no somos valientes somos insensatos. No pensamos las consecuencias que puede haber, de lo que hacemos y lo disfrutamos. [VID_20200127_112621: 154 – 154]

Me da pánico volver. Pero me da mucha cosa y por miedo a volar [ScreenCapture_2020-1-13 10.11.59: 40 – 40] Por mis niños. Que es algo, que

quiero vivir. A mí lo de volar siempre me ha gustado. No tengo problemas, pero me da miedo. Es eso de quiero y no puedo. Pero bueno, a ver qué pasa. Y luego las misiones, que me tengo que ir de misión ahora también. [ScreenCapture_2020-1-13 10.11.59: 42 – 42]

La peor situación a la que me he enfrentado como militar y como madre. Desde que fui madre, cada año revivo ese día y solo pido a Dios que me deje ver crecer a mi hijo. [ScreenCapture_2019-9-19 16.56.17: 78 – 78]

Consciente de este riesgo, la siguiente participante con pareja militar expresa su determinación a no participar en despliegues de manera simultánea, como sí habían hecho en el pasado.

Lo que sí que ha cambiado es que antes, mi marido y yo hemos ido juntos fuera de misión, y ya dijimos que no. Que uno de los dos se queda en España. Por lo que pueda pasar. Que te puede pasar de maniobras, pero de cara a las misiones uno de los dos se quedará en casa. Y a las maniobras también, uno de los dos se queda en casa. Ya, en ese sentido, sí uno siempre se queda con el peque. [ScreenCapture_2019-9-19 16.56.17: 63 – 63]

4.6. El impacto de la profesión en la maternidad

De la misma forma que la maternidad afecta el desarrollo profesional, el ejercicio como militar tiene impacto en la forma de vivir la maternidad. Las participantes señalaban muchos factores que modulaban ese impacto, como el puesto que ocupaban, el número de hijos que tenían o la edad de los mismos. Sin embargo, entre sus comentarios destacan un efecto muy positivo de la corresponsabilidad de la pareja y el apoyo de la familia extensa.

No sé... es que a lo mejor yo soy una madre un poco especial, porque hay madres que no se despegan del niño y vamos, depende de los sentimientos de la madre, yo creo, el que sea más duro la separación. No sé. Yo lo llevo bien. Como también estoy tranquila que tengo allí a mi marido y a mis padres cuidando del niño también, que está cuidado. Pues me voy tranquila por eso. Y él aún es muy pequeño y no se da cuenta. Pero a lo mejor a alguien sí que le cuesta más dejar al niño e irse de misión. [ScreenCapture_2020-1-13 12.59.12: 124 – 124]

Y aunque, en general, contando con este apoyo disfrutaban más de la maternidad, la culpabilidad está presente en muchas de las narrativas de las participantes

Y ahí es cuando dejé yo de darle el pecho. Y yo de misión, vamos lo pasé muy mal porque era la primera vez que me separaba del peque. Y pensaba “Que mala madre soy. Que por el trabajo he venido aquí, y le he abandonado”. Porque te da la sensación que has abandonado al niño. Que estaba con mis padres y con mis hermanos, y además era el primer nieto. Bueno no, era el segundo. Pero decía yo, “Jobar, que él está bien. Que no le va a pasar nada, que no le va a faltar de nada. Pero un sentimiento de mala madre, vamos. Impresionante. [ScreenCapture_2019-9-19 16.56.17: 57 – 57]

Son como un poco sentimientos encontrados. Por una parte, te apetece, y por otra parte te da cargo de conciencia. Porque digo, jolín, ¿no me tendría que apetecer sabes? [VID_20200207_163405: 99 – 99] Un poco estás entre la espada y la pared. Yo la semana que viene marcho fuera. Pues por una parte tengo muchas ganas, porque a mí me gusta realmente. Pero por otro lado tengo el sentimiento de culpa de “jolín, dejo a mi niña”. Que no la dejo en malas manos, ni mucho menos. Pero al final jolín, al final tienes que andar buscándote la vida y la que eres su madre eres tú. Bueno el padre también, pero al final es verdad que la que tira es la madre. [...] Y tú al final, siempre estás con ese cargo de conciencia, de: quiero ir a las cosas, pero te frena un poco el hecho de sentirte mal”. [VID_20200207_163405: 157 – 157]

Las mujeres acusan haber estado ausentes de los acontecimientos importantes en la vida de sus hijos.

Me he pasado dos años de mi vida desde que tengo al peque fuera. Entonces son dos años que no recuperas, son dos años que sí que lo ves por Skype, que te mandan fotos, que escribes cartas, pero son dos años de mi vida que no pasas con él. [ScreenCapture_2019-9-19 16.56.17: 27 – 27] Son cumpleaños que pierdes, navidades que pierdes, y te sientes culpable. [ScreenCapture_2019-9-19 16.56.17: 29 – 29]

Pues eso, no poder hacer las cosas con la niña. Pues cuando estaba en natación sincronizada las competiciones, las exhibiciones. Cuando ella lo pasaba mal y no tenía su madre. Tenía un padre sí que estaba ahí siempre, pero sigo diciendo que no es lo mismo. [VID_20200120_100200: 159 – 159] Todas las caídas de dientes, y es muy triste. Algo tan simple como que se le caiga un diente a tu hija, me hacía falta vivirlo. Aunque sea uno de los últimos dientes que se le caen, es el primero que vivo en directo. [VID_20200120_100200: 202 – 202]

Cuando estas ausencias se producen de manera voluntaria los sentimientos de culpa parecen vivirse aún con mayor intensidad.

Yo la misión que peor lo he pasado, fue la que pedí voluntaria. El resto entras en una lista y te llaman. Pero esta la elegí yo voluntaria. Y yo me acuerdo que unos días antes de irme, un día en casa me eché a llorar y le dije a mi marido que como me iba a ir y les iba a dejar. Que qué mala madre era. Porque en mi trabajo, si me toca me voy. Pero es que esto lo pedí voluntario yo. Y es la peor misión que he pasado yo. Bueno esa y la primera vez que me fui teniendo al peque. [ScreenCapture_2019-9-19 16.56.17: 29 – 29]

Por otro lado, las presiones del entorno familiar, social y laboral que sigue depositando en las mujeres el peso del cuidado de las hijas e hijos, supone una fuente de conflicto

adicional para las madres. En esta situación, ninguna salida parece satisfactoria y se ven forzadas a elegir entre actuar en base a sus propias convicciones o comportarse acorde a lo que se espera de ellas.

Pero todo el mundo me juzgaba porque yo quería ir a las maniobras y dejaba la niña y me iba a las maniobras. Pero vamos a ver, pero que pasa que igual que su padre ha estado fuera y yo he tenido que quedar con ella. Pues yo me voy ahora y que se quede él con ella. Si no toma pecho ni nada. Pero no me fui al final, porque parecía como que vamos era la peor madre del mundo. Súper juzgada. Incluso en el trabajo me llegó a decir el subteniente “Pero niña que tú eres madre, ¿eh?” Y yo le dije “vale, y usted padre y que”. No, no al final tuve que dárselas a un compañero por eso mismo, me sentía muy juzgada. [VID_20200127_172629: 89 – 89]

Todo el mundo me hacía creer que no era posible. “¿Cómo te vas a ir si eres madre? ¿Cómo te vas a ir si estás dando el pecho? ¿Cómo te vas a ir si tienes un hijo que te necesita? Si oye pero también tiene un padre. Que si yo me hubiese muerto el día del parto, mi marido hubiera tenido que ser madre y padre a la vez. Y ahí hubiese sido “Jo, qué valiente has sido, qué valor y no se qué y qué tenaz y que todo”. Pero que una mujer lo haga es como algo obligado. No es obligado. Tenemos la misma obligación, porque los dos somos padre y madre. Entonces sí que me he intentado presentar a todo. [ScreenCapture_2020-1-14 09.33.09: 74 – 74]

Incluso cuando ambos comparten actividad laboral las mujeres se sienten empujadas a asumir, de forma mayoritaria, el cuidado de los hijos.

Y yo decía “es que yo me metí al ejército para esto”. ¿Por qué mi marido se puede ir al extranjero y está tan normalizado, y yo no me puedo ir y dejarle a mi marido a su hijo? ¡Que es que es su hijo! [ScreenCapture_2020-1-14 09.33.09: 74 – 74]

Momentos de especial demanda ocupacional, como son los despliegues militares, ya sean dentro o fuera de nuestras fronteras suponen un doble estresor para ellas, que tienen que sumar a las exigencias profesionales la carga del (in)cumplimiento de su rol como madre. En contraposición, esta informante expresa como al padre ni se le exige ni se espera de él el mismo sacrificio:

Era como que yo tenía que renunciar a misión y tenía que ser yo, la que renunciara a la misión. Porque es que, claro, como me iba a ir yo, yéndose el padre de misión. Yo le decía, bueno, pues que renuncie él. Y, claro, él era “¿Cómo voy a renunciar yo? Es que si renuncio yo, ya no me van a meter más en el cuadrante de misiones. Es que renunciar a una misión es como un desprecio. Yo no puedo ir a mi jefe decirle, que renuncio a la misión”. “¡Ah! Tú no puedes, pero yo sí puedo ¿no?” [VID_20200127_172629; Posición: 196-196] Mis padres “pero bueno déjalo”. Sus padres “que renunciara”. Recuerdo un enfado con su hermana increíble, porque era como que yo dejaba a mi hija y me iba de misión. Y digo yo “que pasa ¿que tu hermano no deja a su hija? o cómo va?”. Digo “yo no voy a renunciar a mi misión”. [VID_20200127_172629; Posición: 198-198]

Respecto a cómo su profesión condiciona su estilo de crianza las participantes afirman que intentan transmitir sus valores a sus hijas e hijos. Quieren que se sientan orgullosos e involucrados en la vida militar y que, de alguna manera, sean capaces también de encontrar en ellas un modelo.

Para mí es un ejemplo para ella. Que sobre todo ella tiene que ser persona y mujer. Yo quiero que ella vea que, si quiere, puede. Para mí es súper importante que ella vea eso y que nunca esté atada a nada. Que yo me puedo ir y que la voy a echar de menos. Y siempre le decimos. Tú tienes que entender que el trabajo de mamá, o de papá, que es lo que a nosotros nos gusta y que, ni por ti ni por

nadie, tenemos que parar lo que nosotros nos gusta. Así que tú tienes que hacer lo que a ti te gusta (.../...) Digo “tú tienes que ser tú y tienes que hacer las cosas que a ti te gustan”. Y creo que eso es como un ejemplo de libertad personal. [VID_20200127_172629: 163 – 163]

Porque nosotros siempre le hemos hecho ver que somos militares, tanto su padre como su madre, para que lo vea como algo normal. No me tengo que esconder por ser militar. Porque para mí es un orgullo ser militar y quiero que mi hijo también lo vea y que cuando le pregunten en el cole “¿Qué es tu padre?” pues diga “es militar” y “¿Que es tu madre?” “Pues militar”. (.../...) Entonces cuando ha habido un acto, cuando he tenido maniobras incluso o cuando he tenido que cubrir algún ejercicio y se ha tenido que venir el peque conmigo y me lo he llevado sin ningún problema... Es mi familia, es parte de mi y viene conmigo a donde haga falta. Menos de misión que no me lo dejan llevar, lo demás donde sea. Porque siempre hemos hecho partícipe de todo en lo que estamos nosotros involucrados. [ScreenCapture_2019-9-19 16.56.17: 25 – 25]

4.7. El cuidado de los hijos y la conciliación familiar.

Si bien dentro de los elementos facilitadores del equilibrio familia-trabajo siempre se incluyen las medidas de conciliación familiar, para las participantes el balance no parece positivo. Afirman que una solicitud de conciliación nunca es bienvenida por los mandos y compañeros y algunas describen, desde su experiencia, la situación a la que acogerse a dichos derechos las enfrenta y que empieza por el distanciamiento de las unidades en las que sirven.

Yo me vi obligada a pedir una reducción de jornada. Y la cogí y en ese tiempo no me vi integrada nunca la verdad. Como había llegado nueva y no hacía maniobras, ni veía la gente. (.../...) Porque hasta ese momento pues como que

eres un lastre, eres una persona que han puesto ahí. Que no hace maniobras o no va de Misiones y por lo tanto no es válida para lo militar. [VID_20200127_112621; Posición: 98-98]

¿Reducción? Vamos que me tendría que ir de la Unidad. Te lo digo en serio. [ScreenCapture_2020-1-13 09.21.34: 104 – 104]

Luego en el barco llegar y decir “vengo con reducción de jornada” y ahí ya la gente. Claro, eso no les gusta a los jefes. Es normal, yo lo comprendo. Pues ellos quieren a alguien operativo y los compañeros también. Pues cuando llegue así gente a pedir reducción de jornada, pues sí, los tienes mal vistos... pero sí que es un poco como... que no sé cómo decirlo... qué es mejor evitarlo. [VID_20200124_181027: 169 – 169]

Las participantes narran experiencias que ilustran el rechazo explícito de mandos y compañeros y el estrés a que se somete a las madres que las solicitan. En este punto aparecen, nuevamente, el efecto sobre los informes de evaluación.

Y es verdad que, psicológicamente, no estás en condiciones de pelear nada. O sea, es mejor, en mi caso, unirme al sistema, hacer la misión y volver a casa. Que ponerte a pelear por algo que te está desgastando mucho y te está quitando la salud con respecto a la vida familiar y al trabajo. Pero tienes la sensación de que todo el mundo está en tu contra. [VID_20200127_112621; Posición: 102-102]

De verdad era para grabarlos. O sea, “vosotros, todos los que tenéis reducción de jornada, ya veréis los IPEC’s [Informe Personal de Evaluación y Clasificación], ya los veréis. Ya vendréis protestando, ya vendréis llorando”. A ver, ¿qué necesidad hay de fastidiar los informes personales de una persona que tiene todo su derecho del mundo, está por ley, que concilie? [ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49; Posición: 134-134]

Como ocurría durante el embarazo, la solicitud o la designación de las mujeres para la realización de cursos mientras se disfruta de medidas de conciliación familiar parece una cuestión controvertida, que se considera como premio o castigo en función del perjuicio o el beneficio que para la situación de la mujer y sus oportunidades futuras pueda suponer.

Y decían: “¿y está para que pide el curso de cabo, si tiene un niño y una reducción de jornada?”. “Si no navega ni nada”. “¿Por qué es que la gente con reducción de jornada le dan el curso?” [VID_20200124_181027: 223 – 223]

De hecho, me mandaron a hacer un curso como castigo por no haber ido a la misión. Recuerdo la frase, de mi jefe, que me dijo: “No puedo mandarte de misión, pero si puedo mandarte a hacer cursos”. Hombre, a mí me pareció estupendo. Es un curso que me encantó. Estuve un mes fuera de casa, de lunes a viernes, los viernes volvía a casa y mi hija tenía 1 añito. Me abrió los ojos, porque vi que me podía separar de ella y que no me moría ni me pasaba nada. Pero sí que fue como un castigo para ellos, lo cual yo no recibí como un castigo porque estaba deseando hacer ese curso. [VID_20200127_112621; Posición: 114-114]

Las *necesidades del servicio* suponen una fuente de conflicto adicional que, en ocasiones, implica la extinción de las medidas de conciliación familiar que se estén disfrutando. Así lo manifiestan algunas de las participantes.

Yo me había pedido reducción de jornada. Se me acabó la lactancia, pedí la reducción de jornada, mi general me la concedió, y llega un escrito diciendo que, por necesidades del servicio, voy de misión. Digo, pero mi Teniente Coronel, si es que tengo un bebé de un año como me mandan de misión y ¿por necesidades del servicio? [ScreenCapture_2019-9-19 16.56.17: 51 – 51]

*Luego me quitaron la reducción de jornada, obligada. Me mandaron de misión.
[VID_20200127_112621; Posición: 98-98]*

La mayoría de aquellas participantes que optaron por la reducción de la jornada, lo hicieron la reducción de jornada les exoneraba de guardias, maniobras y navegaciones; sin que el cuidado de sus hijos interfiriera realmente en el horario regular de trabajo. Sin embargo, es importante, tener en cuenta que el uso de la reducción de jornada lleva aparejada una merma retributiva. Esta es proporcional al sueldo percibido (por empleo y destino) y al tiempo en que se reduzca la jornada. Aun así, para las madres pertenecientes a la escala de tropa, máxime si se trata de familias monoparentales, implica una situación muy precaria y, en ocasiones, disuasoria del uso de estas medidas.

Eso sí es cierto que la gente al final se acaba cogiendo reducción para no ir de maniobras. Porque yo tengo chicas en la Unidad que tienen reunión de una hora, pero yo las veo salir y entrar a la misma hora. Y sólo lo hacen por no ir de maniobras. Porque no tienen con quién dejar a los niños. Pero están quitando un sueldo para hacer las mismas horas que luego encima no se van de maniobras y no tiene sus días adicionales libres. O sea, que al final cumplen el horario completo, pero cobran menos. Eso sí es cierto. [VID_20200207_163405: 171 – 171]

Gasolina, guardería, el colegio,... Tengo que poner de mi bolsillo. Mi sueldo más lo que ponga de mi bolsillo. No gano ni para la hipoteca. Quieres conciliar, pero hay veces que es imposible. Imposible. Yo mi pilar ahora es mi hija, evidentemente, pero mi trabajo es mi trabajo. [VID_20200205_100130: 20 – 20]

Sí que es verdad, que nuestro sueldo es como tropa es horrible, si a parte te tienen que quitar 150 euros, más el desplazarte a la base. (...) Si a parte de los 150 euros, de la reducción de jornada, le sumas que no te puedes beneficiar de la ruta, sino que tienes que gastarte dinero en gasolina para llegar a la base, es

que se te pueden estar yendo, perfectamente, 300 € largos de la nómina. De una nómina de 1000 €. O sea que es difícil, sí claro, súper complicado. [VID_20200127_172629: 233 – 233]

No, no me la vuelvo a poner sobre todo porque es una pérdida de dinero. Yo perdía 400 euros al mes y no me sirvieron de nada, porque hice maniobras y me fui de misión igual. [VID_20200127_112621: 106 – 106]

Llama la atención, de nuevo, lo que parece una práctica habitual y conocida en los destinos *a bordo* en la Armada, donde la reducción de jornada supone en la práctica un aumento de la misma, como ya habían explicado las mujeres con relación a hora de lactancia.

El barco pertenece a una escuadrilla, a una unidad. La escuadrilla tiene un horario de tierra, porque al estar en tierra no estar embarcados. Esa gente trabaja de 7:30 a 3. La gente de los barcos, al estar embarcada, tiene digamos una deferencia y entra de 7:45 a 2. ¿Vale? La gente de barcos es, digamos, ese beneficio que tenemos ¿no? Como estamos fuera muchos meses tal, pues una vez en tierra tenemos cierta, ciertas, ciertos beneficios, en cuanto a horarios. Entonces trabajamos un poquito menos, en cuanto la semana, cuando estamos en tierra. Pero que pasa que el barco no ha reducido una hora de su horario, ha cogido y ha reducido una hora del horario de escuadrilla ¿no? Porque es la unidad. [ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49: 90 – 90]

En las FAS, como ocurre en el resto de la administración pública, las medidas de conciliación están sólo disponibles para personal con hijos menores de 12 años, entendiéndose que a dicha edad las necesidades de cuidados cambian. Sin embargo, la vida militar tiene peculiaridades que no se dan en otros centros de trabajo, en lo que se refiere en horarios extensos, semanas o meses de ausencia del domicilio. Esto sumado a que los cambios de destino a menudo sitúan al núcleo familiar lejos del resto de familia

extensa, suponen un problema importante, en especial para familias monoparentales o aquellas en que ambos progenitores son militares.

Qué pasa, que porque tenga 12 años ¿yo puedo dejarlo solo en casa y nos vamos a ir los dos de maniobras 5 días? Ahí no sé qué pasará. Pero yo creo que eso no puede ser. No se les puede dejar con 12 años. Yo creo que con 12 años un niño no está capacitado para estar viviendo solo. Porque yo no tengo a nadie. [ScreenCapture_2019-9-19 16.56.17: 73 – 73]

Entendiendo que el uso de las medidas de conciliación por parte del personal destinado en una Unidad puede tener impacto en la operatividad de la misma, las mujeres piden que no se les señale por hacer uso, por necesidad, de un derecho que la normativa otorga y que la mayoría de las veces no supone un beneficio para ellas tampoco.

¿Me ha cambiado mi proyección de futuro profesional? No, porque los destinos que tenemos son contados con los dedos de la mano. Yo, aquí, tengo las mismas plazas tenga hijos o no. Otra cosa es si yo me voy a un barco, que sería hoy por hoy mi sueño porque me encantan, evidentemente sería sin ir a navegar. Eso es un problema para la Unidad, lógicamente Estoy cubriendo un puesto que, después, a la hora de la verdad no se va a cubrir, pero es que no tengo más opciones. No tengo más opciones. Aquí, dentro de 3 años me echan, por tiempo máximo, ¿y dónde voy? [ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49: 112 – 112]

Tú no puedes coger a una persona que ha cogido una reducción de jornada por el cuidado de su hijo, es que no lo puedes juzgar. Es que, “no, para eso solicita otra plaza”. No, es que la ley no dice “si tú quieres disfrutar de una reducción de jornada te tienes que ir a otra Unidad”. No, no dice eso. La puedes coger estés donde estés [ScreenCapture_2020-1-13 10.11.59: 46 – 46]

A pesar de las medidas de conciliación familiar, las demandas de determinados puestos, hacen que algunas mujeres decidan renunciar a ellos, o incluso a su condición de militar, en favor del cuidado de sus hijos. Las informantes relacionaban estas renunciaciones con la inadecuación del catálogo de medidas existentes a su situación particular; de manera que no satisfacían ni los requerimientos de la Unidad, ni las necesidades de los menores, generando conflictos de las que, nuevamente, consideran que son o se les hacía responsables.

Planteé el problema al jefe de unidad y me dijo que lo mejor era que la llevara al barco para que se acostumbrara a navegar y así poder ir yo también. Lo cual no era una solución muy buena. Vamos, ayuda cero. La incorporación la verdad que me sentí, me sentí fuera de lugar porque si no puedes navegar pues es como que no tiene sentido que estés en el barco y nada estuve 4 meses más y me marché. [VID_20200127_112621; Posición: 88-88]

Creo que no soy profesional, no estoy siendo profesional. Creo que estoy intentando ser buena madre, pero no estoy siendo profesional de mi trabajo. Entonces yo no me siento bien. No. No estoy bien porque no estoy haciendo las cosas bien. No. Mi decisión la he tomado, no podemos seguir así. No es que no que no consiga ayuda. Que la ley no contempla mi conciliación. Por lo que sea [VID_20200205_100130: 116 – 116] Yo no sé cómo hacerlo con mi hija. Entonces ayer llegué a la base, me armé de valor, porque llevo muchísimo tiempo pensándolo, muchísimo, desde que inició todo este proceso. Llegue a la capitán. Me duele. Me dice "has tomado ya una decisión. Porque si no la va a tomar las Fuerzas Armadas por ti". Dije "sí, mi Capitán. He tomado una decisión. Y va a ser rescindir contrato". [VID_20200205_100130: 20 – 20]

4.8. Las guarderías y ludotecas

Entre los servicios de apoyo al cuidado de menores, en el ámbito de las FAS, se encuentran las escuelas infantiles (de 0 a 3 años) y las ludotecas. Las escuelas infantiles, denominadas comúnmente guarderías, son servicios habitualmente situados dentro de las grandes bases, acuartelamientos y establecimientos militares. Son productos muy valorados y demandados, allá donde están disponibles, aunque no siempre pueden proporcionar plazas a todas las familias interesadas.

Pues en la primera mi mayor problema era que la niña había nacido en septiembre, me incorpore en febrero o así y no tenía guardería. Porque las Fuerzas Armadas si no nace antes de mayo que es cuando hay que pedirla, no, no hay plazas y no contemplan que tenga que entrar un niño nacido fuera, o sea, después de mayo. [VID_20200127_112621: 88 – 88]

El problema principal con estos centros de cuidado es que están planteados para cubrir el horario base, sin extensiones de jornada por actividades fuera de horario o guardias. Alguna participante comentaba soluciones que se habían planteado pero que, por el momento, no habían resultado efectivas.

Si tienes que hacer guardias y hay un número mínimo de 5 niños o así, te abren. Pero qué pasa: que las guardias no coinciden los mismos días, de la misma gente, que tiene al niño. Entonces sí que está planteado, que es muy buena idea, pero no se lleva a cabo. [VID_20200127_112621: 136 – 136]

Las usuarias también lamentaban el cierre habitual durante el mes de agosto que deja sin servicio a las familias, que no siempre pueden disfrutar de vacaciones en esa época, y para las que no es sencillo encontrar un servicio disponible en ese mes.

No, no, no. En agosto no hay nada militar. O sea, sí hay, pero es a partir de los tres cuatro años o algo así. Pero lo que es en guardería, niños menores de 3 años, hay que pagar otra guardería. [VID_20200124_181027: 251 – 251]

Las ludotecas, por su parte, proveen actividades para los niños en edad escolar durante los periodos vacacionales, fundamentalmente, en verano. Las participantes las consideraron muy económicas y adaptadas al horario de verano de las Unidades.

La ludoteca sale súper barata. Sí creo que a nosotros 15 días... 60 € la quincena. Si nosotros estuvimos mirando, porque claro como no había ludoteca, estuvimos mirando para dejarla fuera en un.... pero claro teníamos el mismo problema hasta las 7:30 no abre entonces tendríamos que llegar a las 8. Y creo que no salía 90 € la quincena, o sea, tirando por lo barato. [VID_20200127_172629: 155 – 155]

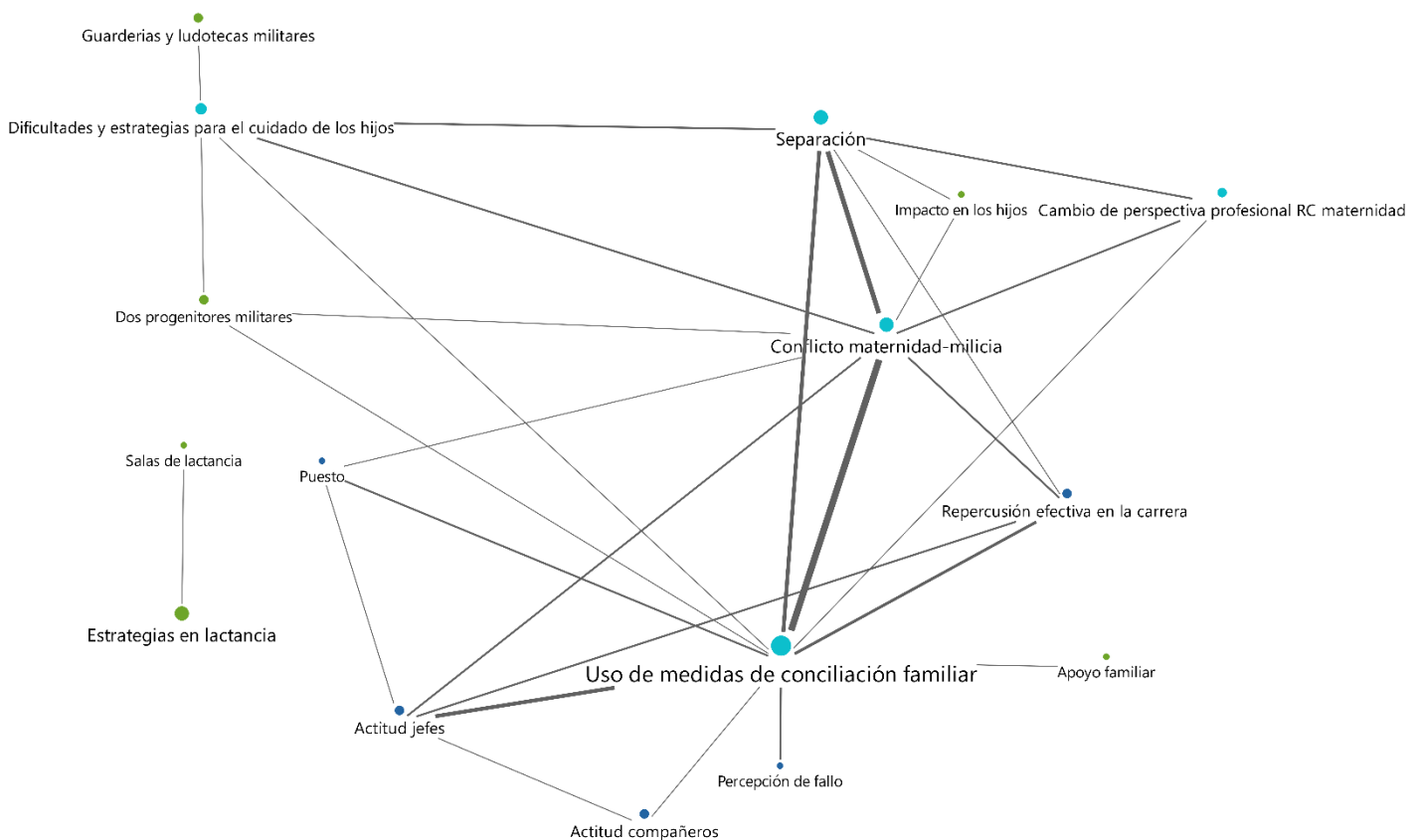


Figura 19. Mapeo del tema “Anticipando el impacto de la maternidad en la carrera”
Ajuste de frecuencia de coocurrencias: 12; espacio máximo entre los párrafos: 5 párrafos

5. PROPUESTAS DE MEJORA

5.1. Normativas y actitudinales

A lo largo de las entrevistas, las participantes, proponían cambios normativos que habrían mejorado su experiencia pero, para muchas de ellas, la mayoría de los problemas se solucionarían con un cambio de actitud general. Consideran que es prioritario concienciar a los compañeros y mandos de que los derechos en materia de conciliación son aplicables tanto a madres como a padres, innegables y que ni constituyen privilegios ni suponen la falta de competencia de aquel que los solicita.

Y sobre todo de mentalidad. O sea, las leyes creo que son correctas, pero hay que cambiar la mentalidad. [VID_20200127_112621; Posición: 132-132] Creo que tendría que tenerse más claro los derechos... el respetar la maternidad. Que tú tienes unos derechos y no es algo que ellos te conceden, y que te están haciendo un favor, no. Es que es tu derecho, tu derecho a elegir si quieres navegar, si quieres cogerte una reducción de jornada o una una excedencia. Lo que quieras. Que no se te tiene que juzgar por eso, ni mirar mal, ni te tienes que sentir tu mal. Y eso intento llevarlo a cabo con los marineros que entran y con las marineras, porque lo menos a mí, aquí en la Armada, me da la sensación de que seguimos justificando que queremos quedarnos en casa con nuestros hijos. Y es un derecho que tenemos, y que si quieres ejercerlo, tienes que ejercerlo. [VID_20200127_112621; Posición: 132-132]

Y yo creo que deberían de dejar de pensar, que porque una mujer sepa sus derechos, mujer u hombre, y quíee llevarlos a cabo, sobre todo siendo padre o madre, que dejen de verlo como como un peligro, sabes. Como un "no sirves". Claro que sirves [VID_20200211_230041; Posición: 76-76]

Entre las propuestas de mejora, está la de utilizar el tiempo que las embarazadas no puedan dedicar a otro tipo de actividades con mayor demanda física a la formación, intelectual o técnica, que entienden sí pueden asumir. Consideran que puede ser el momento ideal.

No sé en ese tiempo, se podría instruir a la persona. [ScreenCapture_2020-1-13 10.11.59; Posición: 52-52] Tienes muchas facetas como militar y a lo mejor tienes unas más físicas que tienes que aminorar pero puedes potenciar otras durante ese periodo. [ScreenCapture_2020-1-13 10.11.59; Posición: 53-53]

Tras el parto, algunas participantes consideran que la vuelta al trabajo es demasiado precipitada con un de permiso maternal demasiado corto para cubrir la lactancia exclusiva, recomendada durante 6 meses, y para recuperar la forma física.

Si la OMS recomienda 6 meses de lactancia exclusiva, que den 6 meses para lactancia. De baja de maternidad o de permiso. Porque de verdad que es muy complicado combinarse, es un jaleo... dar el pecho es una historia. Unos malabares, que tienes que hacer. Que desde fuera parece muy fácil pero desde dentro es un rollo. Lo de dar el pecho... y después dar un año para pasar las pruebas físicas. [ScreenCapture_2020-1-13 12.59.12: 108 – 108]

En general, las participantes consideran que el catálogo de medidas de conciliación podría ser más amplio y/o más flexible. Comentan como, en ocasiones, las madres se acogen a reducciones de jornada que no requieren, con la consiguiente merma de sus ingresos, porque no hay otra medida que se ajuste a su verdadera necesidad: no ausentarse del domicilio fuera del horario habitual de trabajo, del colegio o, simplemente, pernoctar en casa.

Eso si es cierto que la gente al final se acaba cogiendo reducción para no ir de maniobras. Por que yo tengo chicas en la Unidad que tienen reunión de una hora

pero yo las veo salir y entrar a la misma hora. Y sólo lo hacen por no ir de maniobras. Porque no tienen con quién dejar a los niños. Pero están quitando un sueldo para hacer las mismas horas que luego encima no sean de maniobras y no tiene sus días adicionales libres. O sea, que al final cumplen el horario completo pero cobran menos. Eso sí es cierto. [VID_20200207_163405; Posición: 171-171]

Entre las sugerencias, se encontraba también la de conceder cambios de destino a dependencias con sistemas de turnos o de acúmulo de horas que, en ciertos casos, pudieran ser más favorables como el caso de las militares destinadas lejos del domicilio familiar.

Si mi problema es económicamente y de tiempo. Pero más económicamente. La reducción de jornada, a ver, no voy a ir a trabajar de 10 a 12, lo veo absurdo y no lo veo profesional. Evidentemente. Pero que yo dejo a la niña a las 7:30, venga me voy para la Base. Que la niña tiene que salir a las 3, las 3:30 si puedo alargarlo. Venga pues a las 2 salgo, que no me quiten tanto económicamente. Que si tengo que trabajar algún fin de semana, trabajo algún fin de semana para no ir entre semana. O que me voy a unidad que trabaje una semana entera y ya, me buscaré una niñera, me sacrifico y luego estoy una semana sin trabajar. Hay unidades que puedes trabajar un día sí un día no, un día sí un día no, así tres veces a la semana y a la semana siguiente un día y libras 15 porque son tantos. En una Unidad de seguridad. De esa manera, que me lo hubieran facilitado porque yo no me he negado nunca, y jamás lo haré, a trabajar, porque me gusta. [VID_20200205_100130; Posición: 22-22]

A parte de las modificaciones que pudieran realizarse en las medidas de conciliación, algunas madres expresaron su inquietud ante que su aplicación se limite a progenitores con hijos menores de 12 años. Entendiendo que, aun siendo menos dependientes que niños de más corta edad, siguen siendo menores que precisan, al menos, de la

supervisión de un adulto y que podrían contar con un catálogo diferenciado que garantice esa atención.

*¿Desde cuándo un niño de 12 años se puede quedar sin padres, en casa, tres meses? (.../...) Yo con el crío de 12 años, embarcada, mi marido embarcado... el niño se puede quedar con 12 años se puede quedar en casa, tranquilamente, durante tres meses sin padres. No pasa nada. Eso sí que está. Sí que hay muchas leyes pequeñitas, pero la gorda, la gorda del todo, el Real Decreto este que hay o lo que sea, hasta los 12 años eso, eso hay que modificarlo en mi opinión.
[ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49: 122 – 122]*

También consideran que debería regularse contemplarse un permiso para atender al hijo enfermo. Las enfermedades banales, menos graves pero más frecuentes en los niños, suponen un problema para las madres entrevistadas a la hora de atenderlos.

Cuando un niño se pone enfermo, porque en muchas Unidades les hacen cogerse asuntos propios o vacaciones. Es un deber inexcusable. Pero en muchas Unidades no se respeta. Yo exigiría la equidad o igualdad en todas las unidades respecto a esas leyes. (VID_20200205_100130: 146 - 146)

Para algunas de las participantes el problema reside, más que en la redacción de la norma, en la aplicación arbitraria de la misma y/o en la valoración poco objetiva de circunstancias personales extraordinarias, que consideran excesivamente dependiente de la autoridad con la competencia para decidir.

O sea, eso la reducción de jornada se debería, yo pienso, que no debería estar a cargo de la decisión de un comandante de Unidad. Yo pienso que tendría que estar a un nivel muy superior. Si tú, vale qué evidentemente, ese cabo primero o sargento o ese marinero soldado, depende de un comandante, o sea, de su unidad. Pero yo pienso que esta decisión no debería ser personal ni subjetiva de un comandante. Yo creo que tendría ser de forma objetiva para todos igual. Es decir, no porque un barco tenga un comandante con su experiencia de vida y su buen carácter y su buen hacer, facilidades para la reducción de jornada a unos;

y otro comandante de la fragata de al lado, diga “no, no, no. yo te quito la lactancia”. [ScreenCapture_2020-1-15 09.56.49: 126 – 126]

Yo sé que no me van a dar el horario que yo exija, pero cerca de mi casa un tiempo. Sacar vacantes, que están inactivas. Cerca de mi hija . Me decía esta persona “hay situaciones peores que las tuyas”. Por supuesto.. Yo soy consciente. Y mejores. Claro, hay personas que tienen familiares que están malitos, que tienen enfermedades terminales y les dan esas comisiones o esas conciliaciones. Pero es que, e en mi caso, yo ya no tengo esa persona que podía estar con mi hija. Esa persona falleció y ahora el problema es ese. El problema es que esa persona falleció y no somos dos, somos uno. Yo no sé cómo hacerlo con mi hija. [VID_20200205_100130: 20 – 20] Decirme, venga, por lo menos hasta que tu hija tenga tal te sacamos una vacante temporal, que las hay, tres años, que las hay. Pero se las dan a ciertas personas, con problemas más serios, como me dijeron a mi [VID_20200205_100130; Posición: 144-144]

5.2. Logística e infraestructura

5.2.1. Vestuario

Como se recogió en un apartado anterior las mujeres reclamaban una mejora en el sistema de abastecimiento del vestuario que, durante la gestación, les suministrara equipo adecuado al trabajo a realizar y en un plazo corto de tiempo.

Pues a lo mejor es una tontería pero eso, me hubiera ayudado que hubiese ropa decente. [ScreenCapture_2020-1-13 12.59.12; Posición: 108-108]

Ya después del parto y permiso de maternidad, de vuelta al servicio activo no todas las mujeres entrevistadas habían recuperado el peso previo a la gestación, de manera que no podían utilizar los uniformes de los que disponían previamente. Según se pertenezca a uno u otro ejército o a los Cuerpos Comunes el mecanismo de abastecimiento cambia

y en la mayoría de los casos es la mujer de manera particular y, frecuentemente, asumiendo el gasto la que debe proveerse de las prendas necesarias para su reincorporación; lo que podría tenerse en cuenta estableciendo algún sistema de abastecimiento o sustitución de esta uniformidad.

*Porque encima eso no te lo sirven. Me gaste 400 € en un día en trajes, de uniformes, camisas, todo. De pecho no me abrochaban.
[VID_20200207_163405; Posición: 85-85]*

5.2.2. Instalaciones y servicios

Las escuelas infantiles, para menores de 3 años, estuvieron presentes en muchos de los discursos. Así como la necesidad de alternativas para los periodos de vacaciones escolares y otros días no lectivos para niños de todas las edades. Las participantes consideran que los recursos existentes son bienvenidos pero insuficientes para la demanda real.

Es necesario tener en cuenta que gran parte del personal está destinado lejos de otros familiares de los que recibir apoyo. Asimismo, la situación de las bases, habitualmente alejadas de los núcleos urbanos y la temprana hora de inicio de trabajo (7:30 a.m. en la mayoría de los casos) complica hacer uso de los servicios fuera de los establecimientos militares sin recurrir a flexibilizaciones y reducciones de la jornada laboral. A esto hay que añadir, que los horarios de los servicios de cuidado infantil, dentro y fuera de las bases, rara vez se adecúan a las necesidades de horario extendido de los militares, los 7 días de la semana y 24 horas al día.

Pues sobre todo la importancia de tanto las ludotecas, como las guarderías bases aéreas tan grandes y tan distanciadas de un núcleo urbano [VID_20200127_172629; Posición: 218-218]

Sí, en plan ludoteca, me imagino. Sí. Para el tiempo que tú estás trabajando, los puedas llevar allí. Porque sino es que un niño de 3 años, en casa solo, como que no. Entonces al final, todo el verano no los vas a mandar todo el día de campamento, porque también... [VID_20200207_163405; Posición: 117-117]

Las guarderías. Deberían de tener facilidades, deberían de dar facilidades a las madres. Hay muchas compañeras que, se las han visto y se las han deseado. [VID_20200211_230041; Posición: 78-78]

La inexistencia de alojamientos familiares o la dificultad de acceso a los existentes es otro punto que las mujeres consideran de interés, para facilitar tanto la conciliación de la vida laboral y personal como la movilidad de las familias militares. Así servicio de ayuda a la escolarización en los cambios de destino.

No te dan ninguna facilidad, entonces cuando te mueven no te mueven a tí sola. Se tienen que dar cuenta que somos personas y que la mayor parte de la gente arrastra una familia. Y yo creo que eso Defensa, hoy en día, eso no lo tiene en cuenta. Pero ni para las que somos madres ni para los padres. Porque hay padres que son padres solteros, yo creo que no se tiene en cuenta. La gestión de personal es donde falla un poquillo. Y luego el tema de buscarte la vivienda. [ScreenCapture_2019-9-19 17.44.41: 11 – 11]

Que no hay alojamiento para familia con niños. Y guarderías sí, pero colegios no. [VID_20200205_100130: 130 – 130]

DISCUSIÓN

1. La contradicción madre-soldado. Una explicación fenomenológica al impacto real o percibido de la maternidad en las Fuerzas Armadas.

En las Fuerzas Armadas, la cohesión, forjada la red de coexistencia descrita por Heidegger como coestar (Heidegger 1927), es uno de los principales objetivos perseguido a través de los procesos de instrucción y se configura como pilar fundamental de la efectividad de las unidades militares en el cumplimiento de su misión. Para la cohesión y la continuidad en las FAS, de acuerdo con Víctor Martínez, un factor clave es la tradición, que transmite las ideas, valores e imaginario militar, herederos de siglos de historia. Dichos idearios militares son puramente masculinos y difícilmente alterables, en unas pocas décadas (Martín Martínez 2009):

Es obvio que, durante siglos, la institución militar ha sido, como muchos otros, un ámbito expresamente vedado a la mujer. Por tanto, y con el paso de los siglos, ello ha llevado a concebir la profesión militar como una ocupación típicamente masculina, estereotipo que aún hoy perdura en cierta medida. Las razones del mantenimiento secular de esta discriminación se fundamentaban generalmente en argumentaciones de diverso tipo, que promovían en el imaginario colectivo la imagen del hombre-guerrero, por contraposición a la mujer-madre.

De este modo, el autor expone la contradicción, binaria y contundente, entre dos posibilidades del Dasein: la madre y el guerrero, la mujer y el hombre; en un imaginario

aún muy presente en la cultura de las Fuerzas Armadas. Afirmaba Heidegger que el Dasein abraza los valores y las perspectivas del grupo, transmitidas por su tradición, que hereda sin cuestionar (Heidegger 1927). Ya desde la incorporación de los nuevos miembros, la aculturación que supone uniformar a personal civil, para convertirlo en militar, no se limita al aspecto y tampoco es ajena al género. Diversos autores han señalado como, para las mujeres, el citado proceso aculturación, que subyace a los procesos de incorporación, lleva aparejada la masculinización (Bagur y Ribes 2019; Crowley y Sandhoff 2017; King 2013). Dicha transformación es descrita, por Stéfanie von Hlatky, como un proceso de asimilación que, lejos de la integración de los componentes femeninos de un ejército, les empuja a emular roles masculinos (Hlatky 2019). La masculinización nacería, por tanto, de la necesidad de alcanzar el ideal de soldado que se presenta desde un imaginario masculino y de la voluntad de identificarse con él, parte esencial del DasMan, ocultando a la mujer-madre.

En este sentido, sería recomendable una profunda reflexión sobre el impacto de estos procesos masculinizantes, en detrimento del valor de las aportaciones que la inclusión de mujeres a la institución militar supone y que incluye, pero no se limita a, integrar los valores democráticos en las FAS, aumentar de la efectividad de las unidades o diversificar del talento entre los efectivos de los que la organización dispone (Siplane 2021). Además y como afirma Pilar Bardera, respecto de la percepción de roles de mujeres y hombres en las FAS, «cuando no se dispone de información sobre el rol desempeñado por hombres y mujeres, se les percibe de manera estereotipada; sin embargo, cuando se dispone de información y descripción de rol, los estereotipos de

género quedan bloqueados, es decir, hombres y mujeres que desempeñan el mismo rol, se percibirán de modo equivalente»(Bardera Mora 2009).

Parece, en consecuencia, bastante contradictorio seguir permitiendo, o incluso fomentar, la masculinización de las mujeres militares mientras se persigue incorporar lo que lo femenino puede aportar a las Fuerzas Armadas. Desde los conceptos filosóficos anteriormente definidos, la esencia femenina de las mujeres ocasionaría su propia distanciamiento de la institución, en tanto la masculinidad se percibiría como pilar esencial del DasMan.

Así, para las mujeres militares, acomodadas en mayor o menor medida a desenvolverse con aires masculinos en un ambiente que así lo demanda, la maternidad se podría presentar como un momento de crisis, de rebelión y revelación, en que la corporalidad, como se analizará más adelante resulta clave.

Señalaban Solé y Perella que «el modelo patriarcal imperante se ha servido de la capacidad biológica para procrear que tienen las mujeres, para fundamentar la unidimensionalidad del ser femenino y la permanente identificación entre feminidad y maternidad» (Solé y Parellá 2008). Así, en tanto es un fenómeno inequívocamente asociado a la feminidad plena, la maternidad hace visible lo que estaba oculto, mimetizado tras la máscara de la masculinización y que subyace en un plano mucho más profundo en la esencia de su pertenencia a otro grupo social más amplio.

Desde esa perspectiva, sería muy difícil que, transformada en madre, la mujer militar se identificara con una imagen masculina que no le corresponde, al igual que el grupo no podría reconocerla como una igual y se evidenciaría, si llegó a estar oculta, su

distanciación con el DasMan. No es complicado observar la extrañeza y la indiferencia señaladas por Heidegger, cuando algunas de las participantes manifiestan que «desaparecieron» para los otros al quedarse embarazadas.

Así, podría considerarse que, hasta que los planes de instrucción respeten la diversidad que las mujeres aportan, mientras no se les ofrezcan modelos femeninos de los que apropiarse, la maternidad sería la más prominente de las posibilidades de que las mujeres militares se hagan conscientes de su distancialidad con el DasMan, de la mujer-madre con el hombre-guerrero.

Ser madre es socialmente considerado un evento clave en la vida de cualquier mujer. Es un punto de inflexión en todos los aspectos, en que sus prioridades y perspectivas pueden cambiar tanto como se incrementan las demandas aparejadas a su nuevo rol; por otro lado, no siempre bien soportadas por la corresponsabilidad de la pareja (Covarrubias Terán 2012; Montes López 2017). Apoyar a las mujeres en esta fase de su vida, sin privarlas de su faceta profesional, sin volverlas a confinar a la esfera privada mientras subsisten como pueden en la pública, podría suponer retener su talento y mostrar la institución militar como un entorno realmente libre de hostilidad hacia ellas y hacia otras futuras candidatas.

2. Del perjuicio a la amenaza. El miedo como disposición afectiva en el fenómeno de la maternidad

Como se anticipó en los resultados, las participantes, en sus testimonios, confesaban haber anticipado un impacto negativo de la maternidad en su esfera profesional y en

sus relaciones con compañeros y/o jefes, en muchos casos, fruto de la observación de situaciones vividas previamente por otras compañeras.

Esta anticipación, desde la perspectiva de Heidegger, respondería al miedo, una disposición afectiva y un fenómeno en sí mismo (Heidegger 1927), cuya comprensión resulta fundamental en este punto. Bajo este prisma, la imagen de la maternidad en las FAS vendría a considerarse como «lo perjudicial», aquello que puede afectar, en este caso, a su carrera pero que en la lejanía, cuando afecta a otras, solo resulta inquietante. Sin embargo, una vez confirmado el embarazo, «lo perjudicial» se acerca y se percibe ya como «lo amenazante» sin que la mujer, Dasein, tenga por seguro el efecto que sobre su carrera tendrá esta amenaza. Establecía Heidegger, que es precisamente esta incertidumbre lo que constituye el miedo que, aplicado a los testimonios de las participantes, explica las conductas de riesgo de algunas de las participantes por evitar o retrasar el efecto de lo amenazante, su maternidad, a su esfera laboral (Heidegger 1927):

(...) Lo perjudicial, al acercarse en la cercanía, lleva en sí la abierta posibilidad de no alcanzarnos y pasar de largo, lo cual no aminora ni extingue el miedo, sino que lo constituye. El tener miedo, en cuanto tal, es el dejarse afectar que libera lo amenazante tal como ha sido caracterizado. No es que primero se constate un mal venidero (malum futurum) y que luego se lo tema.

La representación de la maternidad como amenaza para la carrera, y todas las consecuencias que de ella se pudieran derivar, respondería a la propia percepción que las mujeres tienen tanto de la imagen predominante de la maternidad y de las madres en la sociedad y en las FAS, como de la opinión de sus iguales y superiores al respecto.

Consecuentemente, las participantes consideraban que, al menos durante ciertos periodos de su vida, se verían obligadas a elegir entre maternidad y carrera y, en muchos casos, que de esta decisión dependía que todos los logros alcanzados, el prestigio conseguido en base al trabajo y tesón para abrirse paso en un espacio masculino y masculinizado, perdieran su valor.

La culpabilidad manifestada en los relatos de las participantes ilustra cómo, simultáneamente, los requerimientos que el mandato de «buena madre» exige, enfrenta a las mujeres permanentemente al sobreesfuerzo de la doble jornada y/o a la necesidad de decidir entre ser malas madres o malas militares, cargando con una percepción de negligencia que se añade, según Agudo, «a la presión social que genera cualquiera de las decisiones» (Agudo Arroyo y Sanchez de Madariaga 2011), y que afecta su salud y su bienestar.

3. Las restricciones durante el embarazo. El equilibrio riesgo-beneficio

Dentro de la distanciamiento de las embarazadas y madres respecto a sus unidades, y del temor a comunicar el embarazo a la cadena de mando, las restricciones en su actividad laboral impuestas durante el embarazo tenían un papel protagonista.

Obviamente, la gestación es un periodo de mayor vulnerabilidad y las limitaciones usualmente aplicadas en las FAS españolas pretenden proteger a madre y bebé de la exposición a efectos nocivos derivados de actividades o ambientes perjudiciales. Sin embargo, las participantes manifestaban que hubieran preferido que, en condiciones de

salud, no se las apartara de las muchas funciones que sí podían realizar. Entendían que, por este motivo, se separaban del grupo y perdían oportunidades laborales, en ocasiones de manera injustificada.

Desde otra perspectiva, un artículo recientemente publicado por Christine Svop ilustra las situaciones a las que se exponen las embarazadas militares danesas, donde es frecuente que el mando militar deje al criterio de estas su participación en unas u otras actividades (Svop 2021). Esta aparente libertad de decisión está, bajo el criterio de la autora, intensamente condicionada por la posición de las mujeres en el entorno militar. Así, coincidiendo con los resultados del presente estudio, la investigación presenta los riesgos que asumen algunas gestantes y la presión que las empuja a actuar de esta manera. La autora reclama la necesidad de establecer entornos seguros e inclusivos en las Fuerzas Armadas danesas para las militares gestantes. Svop resalta «la absurdez de tener que elegir entre cumplir con el trabajo y evitar riesgos para su salud y la de sus hijos nonatos. Esta elección resulta difícil en una cultura laboral en que las militares están acostumbradas a combatir los estigmas sexistas y a priorizar las demandas del trabajo sobre las necesidades del propio cuerpo» (Svop 2021).

El diseño de estos espacios seguros debe partir siempre de una adecuada valoración de riesgos que incluya la forma de adaptar el puesto a las nuevas circunstancias o la necesidad de desplazar a la embarazada a un puesto diferente (Ministerio de Defensa 2008c). En esta evaluación es preciso recurrir a la mejor evidencia disponible, evitando sesgos que puedan distorsionar la ponderación del peligro.

Robbie M. Sutton *et al.* demostraron, una relación entre las restricciones aplicadas a las embarazadas y las ideologías sexistas, mediada por una percepción sesgada de los

riesgos en el embarazo. El argumento de estos autores se centra en los antecedentes históricos y transculturales que, en torno a la maternidad, han generado tabúes y restricciones y que «al menos en algunas naciones desarrolladas, [...] han contribuido a crear un clima normativo en el que el comportamiento de las mujeres embarazadas se interpreta como potencialmente inseguro, y en el que es aceptable actuar de forma que restrinja a las mujeres embarazadas el ejercicio de su libre elección». Estas restricciones, de acuerdo a los autores, no siempre están basadas en la evidencia, sino que se asocian a actitudes patriarcales, paternalistas y sesgadas por el género que, en muchos casos, son inconscientes y que podrían considerarse formas de *sexismo reverente* o *sexismo benévolo* (Sutton, Douglas, y McClellan 2011).

Evitar este tipo de prácticas, de manera institucional, requeriría desarrollar un análisis pormenorizado, y basado en la evidencia, de los riesgos a los que las militares están expuestas en los diferentes puestos e incluirlo en la descripción de vacantes (*job description*) de las FAS. Disponer de dicha información podría suponer una herramienta para el ejercicio del mando, a la hora de restringir la actividad a las embarazadas y limitaría la subjetividad en la toma de decisiones en esta materia.

4. Uniformidad, corporalidad e identidad militar

Aproximarse a entender el desagrado que las participantes sienten al diferenciarse, por su aspecto externo, del resto de efectivos puede requerir, en especial para el personal ajeno a la institución, cierto grado de abstracción y de conocimiento de los códigos y

valores militares. En el caso de las gestantes esta distinción es doble, debido a que las transformaciones morfológicas propias del embarazo no sólo afectan el propio cuerpo, sino que obligan a abandonar la indumentaria habitual.

En el ambiente castrense, el uniforme es «signo externo de disciplina, [...] obediencia, la camaradería y la manifestación de la fuerza militar» (Medina Ávila 2011) y encierra una innegable masculinidad en su diseño, ligada a la imagen tradicional del hombre-soldado.

«El modo de vestir, si no es en sí mismo cultura, es por lo menos signo de identificación de culturas, del estado o representación de quien lo lleva y de la época en que se vive», reza el Ceremonial Marítimo de la Armada (Armada Española 1988).

El uniforme militar, valga la redundancia, uniforma y distingue:

- Uniforma el aspecto de los/as soldados, igualando unas a otros, como símbolo de adscripción a ciertos valores y creencias, y como manifestación externa de identidad.
- Distingue a los/as militares en una doble acepción del término, en tanto, por un lado, les diferencia del resto de las personas y, por otro, les otorga una dignidad, una distinción.

Esta uniformidad y distinción no sólo señala y discrimina entre civiles y militares, sino también, de manera interna, diferencia aquellos/as que pertenecen a una determinada unidad o categoría dentro de las FAS del personal ajeno, configurando una parte esencial de la identidad del militar, simbolizada por los emblemas y divisas que se portan.

Dicha identidad hace a cada militar partícipe de la historia, los méritos y el prestigio de los que le/la precedieron en el oficio de las armas (Comandancia General de la Infantería

de Marina 2008). A este derecho se accede por la tradición, en la más heideggeriana acepción del término, al abrazar los códigos propios de la institución, siempre y cuando uno se haga merecedor de ello, mediante la propia conducta. Lo que entre los militares se denomina «honrar el uniforme» (Comandancia General de la Infantería de Marina 2008).

Carlos J, Medina Ávila explica, con toda claridad, la simbología del uniforme con los valores sociales contemporáneos y sus lazos con la tradición de la institución militar (Medina Ávila 2011):

El uniforme militar, en sí, es un claro reflejo de la época en que se vistió, con sus propios condicionantes sociales, políticos y económicos. A través suyo es posible entender muchos aspectos de un momento determinado de la historia de la vida cotidiana, parte importante de la historia social de una nación.

La indumentaria militar es también el reflejo de una tradición y un pasado histórico que es necesario respetar y mantener y, como testimonio material del hombre, ofrece una exacta referencia de las costumbres sociales de cada período histórico, al constituir claros indicativos de los diferentes estatus sociales y de las capacidades tecnológicas de la nación.

A partir de estas líneas, muchas reflexiones se podrían extraer de los testimonios de las participantes en relación con el grado de pre-ocupación de las FAS con respecto a los uniformes de las gestantes militares y del estatus que, dentro de la institución, se les concede cuando el suministro no es acorde, ni en tiempo ni en forma, a sus necesidades y, salvo en el caso del uniforme de campaña, poco ha conservado de la estética militar. Pero, desde la perspectiva de la fenomenología de Heidegger que nos ocupa, se podría

inferir que cuando una mujer militar embarazada se ve obligada a abandonar su uniforme para vestir otro, distinto y que habitualmente considera ajeno a la estética militar y a su historicidad. Así, la militar se separaría de toda la carga simbólica del mismo, en una suerte de revelación de su distancialidad con las normas, los valores y los estándares del grupo.

Por otro lado, es innegable el impacto de la percepción que las mujeres gestantes tienen de los cambios morfológicos de sus cuerpos sobre su identidad. Es por ello, inevitable tomar como referencia los postulados de la corporalidad, de otro filósofo clave para la fenomenología: Merleau Ponty. Para el filósofo francés, contrario a la dicotomía mente-cuerpo, sujeto-objeto, el cuerpo es vehículo de la experiencia del ser. Sólo desde la corporalidad del ser es posible su existencia, pues éste se relaciona con el mundo, y los otros cuerpos, a través del propio cuerpo y su movimiento (Sabido Ramos 2010).

En el ambiente castrense, la imagen individual es considerada una prolongación de la imagen de la institución. La formación militar incide tanto en la dimensión social del cuerpo, como en la biológica, destacando el papel de la corporalidad en la manera en que los militares perciben y son percibidos por sus compañeros y subordinados (Sandoval y Otálora 2015).

Tomando todo ello en consideración y, sin restar importancia a la trascendente dimensión física de los procesos de gestación, sería interesante contemplar también el embarazo, parto, postparto y periodo de lactancia de las mujeres militares como una fase de crisis de la corporalidad, descrita por Merleau Ponty, en la que «el cuerpo deja su

lugar biológico y deviene en condición existencial y social fundamental» (Sabido Ramos 2010).

En esta percepción del propio cuerpo influyen de manera trascendental dos puntos posteriores de la discusión, la recuperación física y la lactancia materna, que se abordarían de forma pragmática para ahondar en la manera que las FAS podrían apoyar a las mujeres en esa aceptación y reconciliación con el propio cuerpo.

5. Influencia de un modelo de salud privatizado: La atención a la salud en el embarazo, parto y postparto.

Dentro de los aspectos de atención a su salud durante el embarazo, parto y postparto, parece interesante resaltar que los relatos de las militares entrevistadas concurrían en cuatro aspectos en relación con su proceso de embarazo y parto:

- La asistencia proporcionada por ISFAS a través de entidades privadas.
- La hegemonía de los médicos obstetras en la atención recibida.
- La ausencia de matronas o su presencia circunscrita a tareas muy concretas.
- La práctica, con relativa frecuencia, de partos inducidos y cesáreas, sin un criterio clínico conocido por las mujeres.

El hecho es que la atención a las mujeres militares durante embarazo, parto y postparto es provista por el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), de acuerdo a su elección, a través de la Red Sanitaria Pública, la Sanidad Militar o bien compañías

privadas. Esta elección está, en realidad, muy limitada por la reducida disponibilidad actual de la red sanitaria militar, a la asistencia y las corporaciones privadas y se articula en diferentes modalidades como muestra, bajo estas líneas, la tabla 16 (Instituto Social de las Fuerzas Armadas 2020).

Modalidades asistenciales	Descripción prestaciones	Disponibilidad
Modalidad A	APS y AE: Entidad de seguro privado o Red Sanitaria Pública	En todo el territorio nacional
Modalidad C	Urgencias y APS: Entidad de seguro privado o Red Sanitaria Pública AE: Sanidad Militar	Solo provincia de Madrid y Zaragoza
Modalidad D	APS: Consultorios ISFAS Urgencias: Red Sanitaria pública AE: Sanidad Militar	Solo provincia de Madrid y Zaragoza

APS: Atención Primaria de Salud; AE: Atención Especializada

Tabla 16. Modalidades asistenciales del Instituto Social de las Fuerzas Armadas
Elaboración propia. Fuente: www.defensa.gob.es/isfas/

Siendo esta la oferta, la realidad es que la gran mayoría de las afiliaciones de ISFAS, 91.59%, se adscriben a la modalidad A, utilizando los servicios de las entidades de seguros privados. Incluso en las CCAA de Madrid y Aragón, donde la Sanidad Militar sí tiene cierta capacidad asistencial, sólo un 7.22% y un 8.29%, respectivamente, de afiliados a ISFAS optó por sus servicios. La Figura 20., extraída de la *Memoria ISFAS 2019*, es bastante ilustrativa de la situación general (Instituto Social de las Fuerzas Armadas 2020).

COLECTIVO ADSCRITO A CADA MODALIDAD ASISTENCIAL

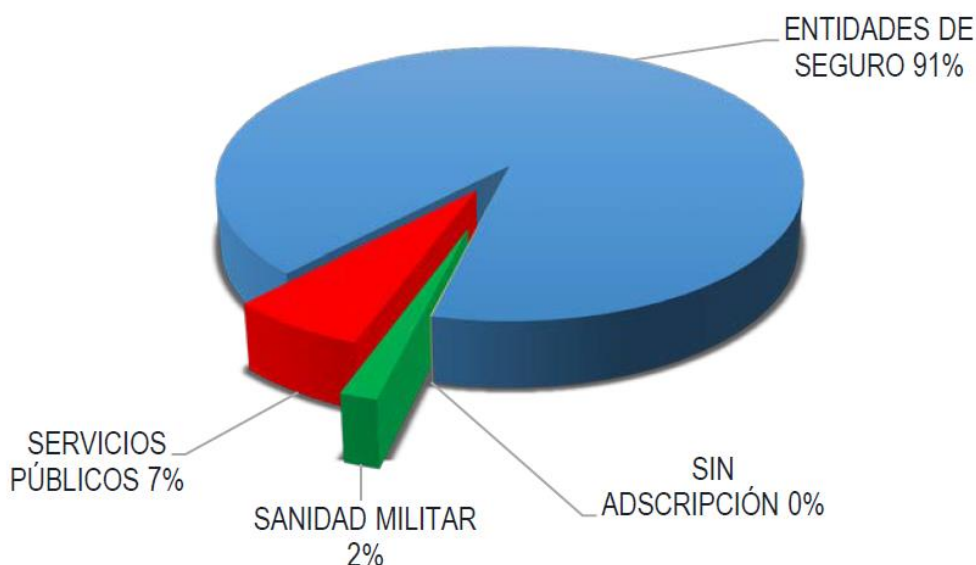


Figura 20. Proporción de colectivos adscritos a cada modalidad asistencial
Extraído de: *Memoria ISFAS 2019 (Instituto Social de las Fuerzas Armadas 2020)*

Por ello, se puede deducir que la mayoría de partos de las mujeres militares son atendidos en el seno de la sanidad privada, con sus virtudes y sus desventajas.

Los modelos privados de atención a la salud ofrecen una asistencia al embarazo, parto y postparto asumida, de manera casi exclusiva, por médicos especialistas en obstetricia; siendo, en muchas ocasiones, el mismo especialista el que sigue un caso desde el inicio hasta la atención del parto y postparto. Este tipo de prestación era reconocida, admitida y hasta cierto punto esperada y deseada por las entrevistadas en este estudio. Sin embargo, la parte más desconocida para las participantes era el rol de las matronas en dicho modelo de atención. En él, estas especialistas ven restringida su actividad profesional a aspectos muy reducidos, como la preparación al parto o la atención en fases muy iniciales de éste, lo que limita la aportación de su perspectiva y su gestión, integral e integrada, en la atención a la salud de la mujer y al nacimiento.

En un reciente estudio observacional realizado en 34 países⁸⁵, incluyendo España, Zeitlin *et al.* afirman que la organización de los centros sanitarios condiciona la mayor realización de cesáreas fundamentalmente en relación con «los incentivos económicos y de gestión del tiempo para que los obstetras practiquen cesáreas, así como la disponibilidad de matronas y la naturaleza de sus funciones en los servicios de maternidad» (Zeitlin *et al.* 2021).

En general, en el marco de la atención al nacimiento existe una tendencia universal, al alza, del nivel de intervencionismo que se ha relacionado con diversos factores, clínicos y no clínicos, como «las características de las mujeres embarazadas, la edad materna o la prevalencia de comorbilidades, la interpretación de los médicos de las pruebas sobre la gestión de los riesgos durante el embarazo, las preferencias de las mujeres o las normas socioculturales sobre el modo de parto, el miedo a los litigios y la organización y financiación de la atención a la maternidad» (Zeitlin *et al.* 2021). Sin embargo, múltiples estudios señalan un mayor impacto de los factores no clínicos, relacionados con la estructura de las organizaciones, en la asistencia prestada por las corporaciones privadas y que se manifiesta en grandes diferencias en los indicadores de intervencionismo entre centros de titularidad pública y particular.

En un estudio de cohortes retrospectivo, publicado por Deirdre J. Murphy y Tom Fahey, se analizó la historia clínica de más de 30000 nacimientos, tras gestación de feto único no complicada, entre 2008 y 2011 en una maternidad irlandesa. De ellos un 82% se atendieron con financiación pública y un 18 % con privada. Los autores concluyeron que

⁸⁵ Datos procedentes de los 27 miembros de la Unión Europea, Noruega, Suiza y de los componentes del Reino Unido de manera separada (Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte)

«la atención obstétrica financiada por el sector privado se asocia con tasas más altas de partos quirúrgicos que no se explican totalmente por las diferencias de riesgo médico u obstétrico», considerando entre estos partos quirúrgicos tanto partos vaginales instrumentalizados como cesáreas (Murphy y Fahey 2013).

Posteriormente, un nuevo estudio de cohortes realizado en otra maternidad irlandesa, por Simon Craven *et al.*, comparó las tasas de inducción de parto resultantes en cesárea posterior realizadas a mujeres primíparas atendidas por financiación pública con las usuarias primigestas de modalidades privadas de asistencia, entre 2010 y 2015 (Craven et al. 2020).

Una vez controladas las variables que pudieran sesgar los resultados, los autores concluyeron que la probabilidad de inducción de parto en las pacientes atendidas por modalidad privada era 1.3 veces superior a las pacientes del sistema público atendidas en el mismo hospital. De la misma manera el índice de cesáreas era muy superior, en este caso el doble, en las clientes de seguro privado frente a aquellas cuya atención fue financiada por el sistema de salud nacional, como lo era la prevalencia de partos instrumentalizados, tanto en el caso de los espontáneos como en los inducidos (Craven et al. 2020).

En Australia, el análisis retrospectivo realizado por Hannah Grace Dahley, sobre una muestra de casi 700.000 nacimientos, señaló la desproporcionada diferencia entre el porcentaje de partos sin intervención obstétrica de primíparas de bajo riesgo atendidas en centros públicos (35%) y privados (15%). Esta diferencia aumentaba a un 30% en el caso de las multíparas: 65% en hospitales públicos frente a 35% en centros de titularidad privada. Los hallazgos indicaron, además, que aquellas mujeres usuarias de anestesia

epidural tenían más probabilidades de sufrir un parto instrumentalizado si daban a luz en un centro privado que en uno público. Finalmente, indicaron los autores que las probabilidades de experimentar un parto vaginal eran muy inferiores para cualquier mujer atendida en un centro privado (Dahlen et al. 2012).

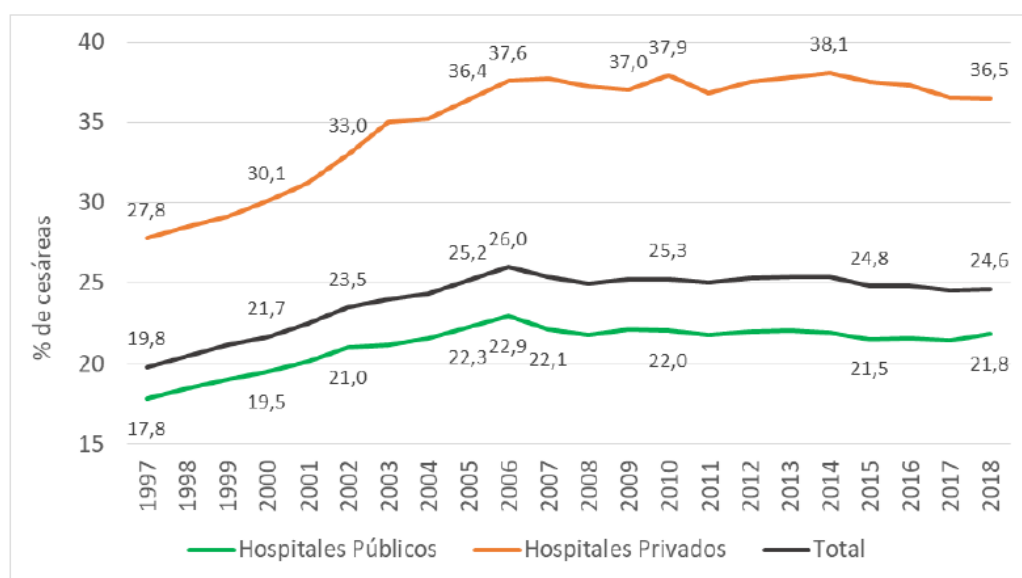
Esta tendencia a la mayor medicalización e instrumentación injustificada del parto, atendido bajo la gestión de entidades privadas de salud, parece no limitarse a estos países. Así, los resultados del meta-análisis realizado por Hoxha *et al.* señalan nuevamente una tasa de cesáreas muy superior en los centros privados frente a los públicos, para todos los países del estudio. Los autores relacionan el dato con la estructura organizativa de estas instituciones, que incentiva dicha práctica clínica. Frente a esta evidencia los autores plantean la necesidad de «identificar estrategias que fomenten el mejor juicio clínico y de los resultados, en lugar de recompensar procedimientos costosos que son clínicamente innecesarios y potencialmente perjudiciales para las madres y los recién nacidos» (Hoxha et al. 2017).

Centrados ya en España, la *Estadística de Centros de Atención Especializada 2016* afirma que «los hospitales de la red pública fueron responsables de atender el 80% del total de partos con una tasa de cesáreas de 21,61% mientras en los hospitales privados atendieron el 20% de partos y su tasa de cesáreas fue 37,34%» (Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación 2018). Como ya había señalado Adela Recio, es cuanto menos paradójico que, siendo el sistema público el que atiende los embarazos probabilísticamente más susceptibles de terminar con una cesárea, debido su complejidad, sea el colectivo privado el que acumule una tasa muy superior de cesáreas (Recio Alcaide 2015).

Esta marcada diferencia entre la tasa de cesáreas de centros públicos y privados, persistentemente superior en estos últimos, es subrayada en otro trabajo más reciente de esta investigadora en colaboración con José María Arranz Muñoz (Recio Alcalde y Arranz Muñoz 2020).

En la Figura 21. se muestra el gráfico con que, los citados autores, ilustran dicha conclusión mediante datos de la evolución en la tasa de cesáreas durante más de veinte años. Para Alcalde y Arranz, resulta llamativo el incremento en el porcentaje de cesáreas realizadas en centros privados entre los años 1997 (27.8%) y 2018 (36.5%).

EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE CESÁREAS EN ESPAÑA, EN HOSPITALES PÚBLICOS Y EN HOSPITALES PRIVADOS. AÑOS 1997 A 2018



Fuente: sistema de información de atención especializada (SIAE).

Figura 21. Evolución de las tasas de cesáreas en España, en hospitales públicos y en hospitales privados (1997-2018). Extraído de Recio Alcalde y Arranz Muñoz, 2020

Dichos periodos resultan fácilmente comparables dado que el número de partos alcanzó en ambos cifras muy similares, en torno a los 369000, de los cuales un 80% fue atendido en hospitales de la red sanitaria pública donde la tasa de cesáreas, de 17.8% (1997) y

21.8% (2018), fue muy inferior a la de los hospitales privados (Recio Alcalde y Arranz Muñoz 2020).

En su informe, los autores incluyen también una revisión de los factores que se han relacionado hasta la fecha con el incremento/disminución en las tasas de cesáreas y el consecuente impacto de estas variaciones para madres, hijas/os y sistema sanitario, que se han sintetizado en la Tabla 17. En síntesis, se subraya la influencia sobre las variaciones en la tasa de cesáreas de factores estructurales y organizativos, entre los que la disponibilidad y rol de las matronas resulta crucial (Recio Alcalde y Arranz Muñoz 2020).

Teniendo presente toda la información expuesta, los datos indican, en coherencia con la percepción de las entrevistadas, que el intervencionismo está muy presente en la atención al parto provista por los modelos privados de atención a la salud y, por tanto, podría estarlo en la atención de las mujeres militares, a priori, sanas y en buena condición física de base.

Que el intervencionismo obstétrico y, particularmente, las cesáreas, clínicamente justificados, salvan vidas y/o evitan complicaciones de salud para la madre y el neonato es un hecho indiscutible. Sin embargo, que el empleo de estos procedimientos de manera indiscriminada tiene un gran impacto sobre la salud de madres y neonatos y sobre las cargas económicas para el sistema también lo es (World Health Organization 2018).

TASA CESÁREAS	FACTORES RELACIONADOS	IMPACTO
AUMENTO	Distribución inadecuada de competencias de obstetras y matronas Mayor número de obstetras Mayor número de incubadoras Hospitales privados (Con o sin ánimo de lucro)	Madre: mayor morbi-mortalidad, mayor incidencia de complicaciones en embarazos posteriores (rotura uterina, embarazo ectópico, parto prematuro y muerte fetal), mayor incidencia de síntomas psiquiátricos Neonato: mayor riesgo de alteración desarrollo inmunológico (alergia, atopia), de asma y de obesidad Aumento de coste por proceso
DISMINUCIÓN	Buena coordinación entre servicios hospitalarios Mayor número de paritorios y de partos atendidos Programas de acompañamiento al parto Matronas: mayor número, gestión del proceso de parto Programas de formación para la reducción de intervenciones en la atención al parto Desarrollo, revisión y auditoria de práctica clínica Eliminación de incentivos económicos por cesárea realizada	Mayores índices de satisfacción Reducción de costes Reducción de complicaciones de la madre y el neonato

Tabla 17. Variaciones en la tasa de cesáreas. Consecuencias y factores relacionados
 Elaboración propia. Fuente: Recio Alcalde & Arranz Muñoz, 2020.

Desde esta perspectiva, sería recomendable una revisión del catálogo de ISFAS que, aun en convenio con seguros privados, debe velar por una asistencia al parto orientada a la reducción del intervencionismo sistemático. Esto redundaría, como indica en la Tabla 17, en una reducción de las complicaciones para las militares y sus bebés, una mayor satisfacción de estas mujeres con su experiencia y en una, no menos importante,

reducción de los costes que, siendo asumidos por las arcas públicas, son derivados de una gestión que atiende a intereses empresariales.

Los programas de formación de profesionales para la reducción de intervenciones en la atención al parto, las auditorías de práctica clínica, así como, la erradicación de compensaciones económicas por cesárea realizada serían medidas aconsejables (Recio Alcalde and Arranz Muñoz 2020).

Por otro lado, y como reflejan las recomendaciones, resultaría aconsejable promover un mayor protagonismo de las matronas en los procesos, que incluya no sólo la atención habitual del parto no complicado, sino también su gestión en otros niveles asistenciales de acuerdo a sus competencias (Tabla 18).

En estos otros niveles, parece recomendable contar con matronas dentro de la especialidad fundamental de enfermería militar que podrían aportar todas las competencias descritas, en la Tabla 18, para la atención primaria en las Unidades, y las señaladas para la atención especializada en los hospitales militares. Sin embargo, en la actualidad, esta especialidad no se reconoce, alcanza o ejerce dentro de las FAS donde, están ausentes, todas las especialidades de enfermería contempladas en el catálogo del sistema nacional de salud.⁸⁶

⁸⁶ En el ámbito militar, sólo se encuentran desarrolladas dos especialidades de enfermería propias, denominadas *Enfermería Médico-Quirúrgica en Operaciones* y *Enfermería de Urgencias y Emergencias en Operaciones*.

Áreas de competencia de las especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas)		
	Atención Primaria De Salud	Atención Especializada
Atención a la mujer previa al embarazo, durante el embarazo, parto y postparto	<p>Atención pre-concepcional</p> <p>Control del embarazo de bajo y medio riesgo</p> <p>Educación grupal a embarazadas , pareja o acompañante</p> <p>Atención en el postparto en la consulta y en el domicilio</p> <p>Educación grupal en el postparto</p>	<p>Atención a la urgencia obstétrica</p> <p>Atención durante el periodo de dilatación y parto en los embarazos de riesgo bajo y medio</p> <p>Trabajo en equipo con el ginecólogo en la consulta de alto riesgo y bienestar fetal.</p> <p>Trabajo en equipo con el ginecólogo para el seguimiento de la dilatación y la atención al parto en los embarazos de riesgo alto y muy alto.</p> <p>Atención en el postparto inmediato</p>
Neonato y lactancia	<p>Seguimiento del neonato sano</p> <p>Asesoramiento y soporte en la lactancia materna y crianza</p>	<p>Soporte a la lactancia materna y crianza en el postparto inmediato</p>
Salud sexual y reproductiva	<p>Realización de pruebas de screening para la prevención del cáncer de cérvix</p> <p>Asesoramiento en materia de salud sexual y reproductiva (elección de métodos anticonceptivos).</p> <p>Participación en el screening de la detección de infecciones de transmisión sexual</p> <p>Consulta dirigida a las mujeres en la etapa perimenopáusica y menopáusica, en relación a la salud sexual y reproductiva en esta etapa de la vida.</p>	<p>Consultas de reproducción asistida</p>
Violencia de Género	<p>Detección, y atención en la violencia de género, especialmente durante el embarazo y el postparto.</p>	

Nota: Estas competencias son siempre compatibles con la derivación, en caso necesario, a otros profesionales de la salud.

*Tabla 18. Competencias de las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología
Elaboración propia. Fuente: Federación de Asociaciones de Matronas de España 2014.*

6. La recuperación física tras el parto

6.1. Un reto común de las mujeres militares.

Como quedó reflejado entre los resultados de esta investigación, la dificultad para readaptarse a las demandas físicas de la vida militar, recuperar el peso previo al embarazo y, tras este, superar las pruebas periódicas de aptitud física, eran expresadas de manera reiterada en los testimonios de las participantes. No obstante, no ha sido posible encontrar ninguna publicación relativa a la recuperación y el rendimiento físico postparto de las madres militares españolas. Sin embargo, sí ha sido objeto de investigación, fundamentalmente, en el ámbito de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América (EEUU).

Ya en el 2006, en un estudio llevado a cabo entre mujeres del Ejército de Tierra de EEUU (US Army), Stacy Usher Weina, confirmó una relación estadística entre peores resultados en las pruebas de aptitud física, realizadas 6 y 12 meses postparto, y las complicaciones experimentadas durante el embarazo, la excesiva ganancia ponderal y la no realización de ejercicio en el postparto (Weina 2006).

Weina señaló que sólo 3 de las 52 participantes de su muestra, suspendieron en el primer test, a los seis meses y, un año después del parto, únicamente una de ellas seguía sin superar las pruebas (Weina 2006). Estas proporciones fueron mucho menos favorables en el caso de los estudios publicados más recientemente, en relación con las pruebas realizadas en el Ejército del Aire americano (USAF) (Armitage y Smart 2012;

Miller et al. 2017). En el caso del estudio de Armitage, la proporción de mujeres que suspendió la evaluación física, 6 meses tras el parto, se elevó hasta el 26.5% sin que las autoras proporcionen datos en su artículo acerca del rendimiento físico posterior ni de las características de los embarazos y partos de las participantes (Armitage y Smart 2012). Por su parte Miller *et al.*, estimaron que la probabilidad de suspender estas pruebas a los 6 meses era cuatro veces mayor que a los 12 meses (Miller et al. 2017).

Según los datos de Weina, a pesar de superar los baremos mínimo exigidos en estas pruebas, después de un año, solamente un 31% de las mujeres era capaz de alcanzar las marcas registradas antes del embarazo, experimentando una dificultad aún mayor aquellas que ya sufrían para superar los estándares exigidos antes de ser madres (Weina 2006). En el caso la Armada estadounidense (US Navy), un estudio más actual valorando el rendimiento en estas pruebas de las mujeres tras el parto, ha confirmado también un menor rendimiento general y un mayor índice de suspensos entre estas mujeres, frente a los resultados obtenidos por aquellas que no habían sido madres recientemente (Rogers et al. 2020).

Weina mencionaba también que, en el caso de aquellas que mantenían la lactancia materna tras su reincorporación, la ingurgitación mamaria resultaba dolorosa y dificultaba el rendimiento en actividades como la carrera continua (Weina 2006). A este respecto, en el estudio de Miller *et al.*, todas las mujeres que suspendieron los test de aptitud mantenían la lactancia natural, si bien, los autores indican que no se halló significación estadística que permitiera considerar la lactancia materna como un indicador de riesgo (Miller et al. 2017). Por el contrario, otro estudio, más recientemente publicado con datos del US Army, considera la lactancia materna un

factor de pronóstico positivo respecto al rendimiento físico en las pruebas, probablemente asociado a su efecto potenciador de la pérdida de peso (DeGroot et al. 2021).

Miller *et al.*, descartaron también el parto prematuro, las lesiones perineales, las hemorragias postparto, los reingresos en el postparto tardío, el peso del neonato al nacer y el índice de masa corporal (IMC) previo al embarazo como factores de condicionantes en la superación de los estándares físicos establecidos (Miller et al. 2017). Coincidiendo en este punto, de acuerdo con los hallazgos tanto de Rogers *et al.* como De Groot *et al.*, un IMC elevado previo al embarazo parece un indicador de mal pronóstico del rendimiento físico posterior (DeGroot et al. 2021; Rogers et al. 2020).

Respecto a la edad, existe una aparente disparidad entre los resultados de Miller *et al.* y Rogers *et al.*. Según Miller, en la USAF, son las madres de mayor edad las que más dificultades tienen para superar las pruebas físicas, mientras para Rogers son las mujeres embarazadas a un edad muy temprana, y en un punto muy precoz de su carrera, frente a las que planifican su gestación con más edad, las que más riesgo tienen de suspender las pruebas físicas y con ello poner en riesgo su continuidad en la US Navy (Miller et al. 2017; Rogers et al. 2020). En el caso de la muestra analizada por DeGroot *et al.* la edad inferior a 28 años se consideró factor predictivo de mal rendimiento en los test de aptitud física postparto (DeGroot et al. 2021).

Los estudios también discrepan respecto a la influencia del tipo de parto. Mientras Weina indicó relación entre el parto por cesárea y peor rendimiento físico (Weina 2006), Miller *et al.*, no hallaron diferencias significativas en las marcas alcanzadas, entre mujeres con antecedente de parto vaginal y aquellas que habían sufrido una cesárea

(Miller et al. 2017). Por su parte Rogers *et al.* sin tener resultados específicos de la influencia del nacimiento por cesárea sobre el rendimiento físico posterior de la madre intuyen que, dado que la musculatura abdominal es uno de los puntos débiles en las pruebas de aptitud postparto, la respuesta de la musculatura abdominal debe estar afectada en los casos de parto por cesárea (Rogers et al. 2020).

Otros autores, también en el entorno de las Fuerzas Armadas estadounidenses, sí habían concluido de manera categórica que el parto por cesárea estaba directamente relacionado con la retención de la ganancia ponderal obtenida durante el embarazo y, consecuentemente, afectaba a la recuperación física y al cumplimiento de los estándares militares relativos al IMC postparto (Chauhan et al. 2013).

Por otro lado, no parecen observarse diferencias significativas, entre primíparas y múltiparas. Sin embargo, el diagnóstico de diabetes gestacional y la anemia sí fueron identificadas como factores de riesgo para la no superación de los estándares exigidos (Miller et al. 2017).

Respecto al rendimiento específico en las pruebas realizadas, Armitage y Smart, indicaron que la carrera, las flexiones de brazo y el incremento de perímetro abdominal eran los principales hándicaps para la superación de las pruebas por parte de las participantes, mostrándose sorprendidas por el hecho que el número de sentadillas que las mujeres eran capaces de realizar antes y después del embarazo no se viera afectado por los cambios en la musculatura abdominal (Armitage y Smart 2012). En su investigación, Rogers *et al.*, sí identificaron, junto con una menor resistencia cardiovascular, un menor rendimiento de la musculatura abdominal, si bien en este aspecto concreto el ejercicio a desarrollar difería, debiendo realizar las mujeres flexo-

extensiones abdominales (*crunch* abdominal) (Rogers et al. 2020). Degroot et al. resaltaron también este menor rendimiento en el *crunch* abdominal, indicando que persiste, al menos, hasta 9 meses después del parto.

En cambio, tanto Rogers et al. como DeGroot y sus colaboradores, han denotado una menor afectación del rendimiento relacionado con la fuerza de hombro, pectoral y brazo (flexiones de suelo) (DeGroot et al. 2021; Rogers et al. 2020).

De acuerdo con los hallazgos Miller et al., la mayoría de las mujeres calificadas como *no aptas* físicamente, obtuvieron dicha calificación como consecuencia del sobrepeso residual tras el embarazo, no de su rendimiento físico (Miller et al. 2017). Rogers et al. también encontraron índices de masa corporal significativamente mayores en las mujeres que habían sido madres recientemente frente a las que no lo eran, valorando como un importante factor de riesgo para la no consecución de los objetivos de aptitud física el sobrepeso previo al embarazo (Rogers et al. 2020). En la misma línea, DeGroot ha definido el IMC de riesgo cuando es superior a 30 kg/m² tras 6–8 semanas postparto (DeGroot et al. 2021).

En relación con aquellos factores facilitadores de la recuperación física, las participantes del estudio de Weina, señalaron como imprescindibles tanto un programa de entrenamiento intenso y continuado, como el apoyo familiar y de sus superiores en el destino para compaginar estas demandas físicas, con el trabajo diario y el cuidado del recién nacido (Weina 2006).

La necesidad de este apoyo social y familiar, fundamentalmente de la pareja, ha sido posteriormente señalada también por Maryam Saligheh et al. al explorar las barreras y

facilitadores para la actividad física postparto (Saligheh et al. 2016). Entre los factores que limitaban una mayor actividad física las autoras destacaron la falta de confianza, motivación y tiempo, fundamentalmente asociadas a la priorización de su rol de madres, del cuidado de su familia y la atención a las tareas del hogar frente a la necesidad del ejercicio físico. Además el cansancio derivado de su dedicación como cuidadoras y la dificultad de acceso a actividades adecuadas a sus necesidades, fueron también barreras percibidas por las participantes (Saligheh et al. 2016).

Respecto al tiempo necesario para recuperar la forma física previa, la estimación de Weina se aproximaba a los 11 meses (Weina 2006). Y, mientras Armitage considera razonable contemplar un periodo para las pruebas postparto en torno a los 9-12 meses (Armitage y Smart 2012), otros autores lo consideran insuficiente. Miller et al sugirieron que se precisan de 12 a 17 meses postparto para la recuperación del nivel físico anterior (Miller et al. 2017). Y en el caso de Rogers et al. consideran que las mujeres necesitan apoyo específico para la recuperación física hasta un año después del parto, indicando además que los índices de rendimiento en las pruebas físicas, entre las madres y sus compañeras sin hijos, no se igualan hasta 2 años y medio postparto (Rogers et al. 2020). DeGroot et al. realizaron un modelado extendiendo el periodo de estudio y concluyeron que del 15 al 20% de las militares en servicio activo no habrán alcanzado los niveles físicos de aptitud anteriores al embarazo dentro de los 48 meses posteriores al parto (DeGroot et al. 2021).

Este periodo de tiempo, hasta recuperar el tono físico habitual, debe ser considerado de riesgo para la salud de las mujeres ya que, como Cordell *et al.* demostraron recientemente, retomar las demandas físicas de la actividad profesional en las Fuerzas

Armadas, desde un nivel inferior de forma, tiene como consecuencia un mayor riesgo de sufrir enfermedades y/o lesiones, durante el primer año tras el parto (Cordell et al. 2020).

6.2. Propuesta de un programa de apoyo antes, durante y después del embarazo

Tras analizar estos estudios, resulta sorprendente, o quizás revelador, observar cómo se han justificado, de manera casi exclusiva, en el requerimiento normativo de superar los estándares físicos y a su impacto en la continuidad de la carrera profesional de las militares, ignorando el efecto que la necesidad de superar estas pruebas y, en su caso, no conseguirlo, tiene sobre las propias mujeres, su corporalidad, su autoestima y su equilibrio emocional.

Sería deseable implementar un programa de apoyo y promoción de la actividad física y la nutrición equilibrada antes, durante y después del embarazo (Figura 22). Dentro de dicho programa una parte esencial debiera ser el reentrenamiento postparto, diseñado específicamente, y orientado no sólo a mejorar la forma física de las madres, controlar la ganancia ponderal y a prevenir posibles lesiones, sino a motivar y devolver a las mujeres la confianza en su capacidad física.

No se debe olvidar tampoco que gran parte de la situación física de las mujeres tras el parto está condicionada por sus circunstancias previas y por la actividad física y la ganancia ponderal durante el periodo gestante, que sería recomendable atender de forma individualizada acorde a su proceso particular.



Figura 22. Propuesta de un plan de entrenamiento físico, orientación nutricional y motivación para la gestante en las FAS

Entre las participantes se daba la circunstancia que, en ciertos casos, las mujeres, debido a las restricciones durante el embarazo o a que el uso que hacían de la reducción de jornada por lactancia o cuidado de hijos coincidía con el horario para el entrenamiento físico de la Unidad de destino, perdían la oportunidad de realizar ejercicio en el horario laboral. Esta situación sumada a la imposibilidad de entrenar fuera del horario laboral, debido a sus cargas familiares, tenía impacto en su condición física resultante. Por ello, debería plantearse la necesidad de garantizar el acceso a estos programas con

independencia del horario laboral pero procurando, sin embargo, no menoscabar sus vínculos dentro de la unidad fomentando su participación en el mayor número de actividades posibles.

Este tipo de programas existe, desde hace tiempo, en las fuerzas armadas de otros países, como es el caso de Pregnancy/Postpartum Physical Training (PPPT) del Ejército americano, desarrollado por su propio centro de promoción de la salud y medicina preventiva (U.S. Army Center for Health Promotion and Preventive Medicine); y que fue implementado como consecuencia de los problemas de las militares para recuperar el peso previo a la gestación y superar los test de aptitud física tras el parto (Weina 2006).

En el caso de las FAS españolas, la implicación de la Sanidad Militar, en colaboración con los especialistas en preparación física, para el diseño de estos proyectos sería más que deseable. Siendo, quizá, la enfermería militar, cuyos integrantes están presentes en todas las unidades, la especialidad fundamental más adecuada para supervisar su implementación. En ambas fases, de diseño e implementación de estos programas, sería esencial contar con la aportación y competencia de las enfermeras especialistas en ginecología y obstetricia, esto es, matronas.

7. La promoción de la lactancia materna en las FAS. Beneficios individuales, sociales e institucionales.

7.1. Lactancia y trabajo. Peculiaridades en las FAS

En el caso aquellas madres lactantes que trabajan fuera de casa, el apoyo recibido en el lugar de trabajo para la lactancia natural puede ser un factor decisivo para continuar esta práctica, limitar su duración o sustituirla por preparados comerciales (Cervera-Gasch et al. 2020; Jantzer, Anderson, y Kuehl 2018; Kozhimannil et al. 2016; Scott et al. 2019; Smith et al. 2013; Tsai 2014; Valizadeh et al. 2018; Waite y Christakis 2015).

Tipo de lactancia según clase social basada en la ocupación de la persona de referencia. 2017

(% población de 6 meses a 4 años)

Ocupación de la persona de referencia	6 semanas			3 meses			6 meses		
	Natural	Mixta	Artificial	Natural	Mixta	Artificial	Natural	Mixta	Artificial
	73,9	7,2	18,9	63,9	11,2	24,9	39,0	19,4	41,6
I	73,1	9,6	17,3	61,8	14,9	23,3	36,2	26,7	37,1
II	79,5	6,8	13,7	73,9	11,4	14,8	42,1	18,9	39,0
III	74,1	6,7	19,2	63,2	9,7	27,1	39,5	17,6	42,9
IV	71,5	8,4	20,2	61,8	11,6	26,7	41,0	14,9	44,1
V	71,8	7,9	20,2	61,9	12,3	25,8	37,1	21,0	41,9
VI	79,3	4,2	16,5	66,9	9,2	23,9	44,2	15,3	40,5

Nota: Clasificación de niveles socioeconómicos de la Sociedad Española de Epidemiología:

I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias

II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas

III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia

IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas

V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as

VI. Trabajadores/as no cualificados/as

Figura 23. Tipo de lactancia según clase social basada en la ocupación de la persona de referencia (2017)
Extraída de : Encuesta Nacional de Salud 2017 (Instituto Nacional de Estadística 2017).

La Figura 23, obtenida del Instituto Nacional de Estadística, refleja los datos más recientes disponibles en cuanto al tipo de lactancia (natural, mixta o artificial) de acuerdo a la clase social estimada de la madre, en base a la ocupación declarada. Como puede observarse, para todos los tipos de ocupación el gran descenso en lactancia natural, en favor de la artificial, se produce en algún momento entre los 3 y los 6 meses, probablemente coincidiendo con la incorporación al trabajo, y es más acusada en los grupos I y V.

Por su parte, un informe de la OSCE recoge las medidas de apoyo a la lactancia en las Fuerzas Armadas de los países incluidos en dicha organización, que se refieren fundamentalmente a modificaciones horarias y entre las que no se incluyen acciones explícitas de apoyo a la LM (Atkins 2018). Así, junto a España, Holanda, Bélgica, Portugal, Turquía y Macedonia recogen en sus normativas el derecho a la reducción de la jornada diaria, por este motivo, durante el primer año de vida del bebé, que oscila en su duración entre una hora y una hora y media (Atkins 2018). Esta reducción de jornada en las Fuerzas Armadas lusas y españolas, puede ser disfrutada por el padre o por la madre (Atkins 2018) constituyendo para las/los militares españoles un derecho individual e intransferible de cada uno de los progenitores (Subsecretaría de Defensa 2021). En nuestro país, su duración es de una hora y puede disfrutarse de manera acumulada resultando en 28 días de licencia adicional al permiso de maternidad/paternidad o de manera diaria. Si se opta por una reducción diaria de jornada, el militar disfrutará de «una hora diaria de ausencia del trabajo, con posibilidad de fraccionar en media hora al inicio y al final de la jornada» (Subsecretaría de Defensa 2021).

La reducción de jornada por lactancia, o la acumulación del mismo como ampliación del permiso de maternidad/paternidad, exonera «al solicitante de la realización de guardias, servicios, maniobras o actividades análogas que interfieran con el ejercicio de este derecho» (Subsecretaría de Defensa 2021). Es decir, dicha exoneración está vigente durante el primer año del bebé, si se disfruta el permiso en la modalidad de reducción diaria. Sin embargo, la norma sólo es aplicable al periodo de 28 días acumulado, si se disfruta como permiso; lo que, por un lado, resulta innecesario pues la madre está ausente de su puesto en ese periodo pero, por otro, la obliga a participar en todas estas actividades una vez incorporada, sin tener en cuenta si continúa dando el pecho a su hijo/a.

7.2. Las salas de lactancia. Facilitadores de la continuidad de la lactancia materna.

Dado que las últimas reformas normativas han ido encaminadas a la equiparación de permisos de ambos progenitores, sin que el permiso de la madre pueda cubrir el periodo de lactancia exclusiva, la posibilidad de continuar alimentando al bebé con leche materna en este periodo y posteriores, aún a través de dispositivos artificiales, pasa obligatoriamente por la extracción de leche en el lugar de trabajo.

Cómo se puede inferir de los resultados referidos a las salas de lactancia en los establecimientos militares, o más bien a la ausencia de las mismas, la instalación de este tipo de infraestructura no sólo dotaría de un lugar higiénico y digno en que extraer y almacenar la leche materna durante la jornada laboral, si no que daría visibilidad a una

actividad realizada por las mujeres militares en una suerte de clandestinidad y que debiera ser, por el contrario, reconocida y apoyada institucionalmente.

Además, es importante mencionar que la extracción de leche es esencial para la prevención del dolor y la mastitis, esto es, la «inflamación de la mama producida en la mayoría de los casos por un vaciado incompleto del pecho», por lo que debiera concederse la flexibilidad necesaria para realizarla de acuerdo a las necesidades individuales de cada madre (Espinola Docio et al. 2018).

Aunque en el entorno militar esta sería una propuesta innovadora, existen, desde hace tiempo, salas de lactancia en algunas dependencias de la Guardia Civil. Estas fueron instaladas en el marco de un programa de colaboración denominado *Empresas amigas de la Lactancia Materna*, y resultaría enormemente aplicable y beneficiosa para las mujeres militares y sus hijos (La Información 2016).

Estas instalaciones, deben reunir una serie de características, representadas en la Figura 24, que doten a la sala de las condiciones necesarias para la extracción y almacenamiento de la leche, y que engloban desde requisitos ambientales y de salubridad, hasta el respeto a la privacidad y tranquilidad de las usuarias; debiendo respetarse la norma de ser utilizadas de forma única y exclusiva para este fin y no convertirse en instalaciones multifuncionales.

Sin embargo, debiera tenerse en cuenta que su implantación podría resultar inútil si, por un lado, no se proporciona a las mujeres el tiempo necesario para las extracciones durante la jornada laboral y si, por otro, no se acompaña la instalación de las salas de una campaña de sensibilización a los/las militares y sus mandos en las unidades sobre la necesidad de fomentar y proteger la lactancia como medio de mejorar la salud y el

bienestar de las mujeres y sus hijos, con indiscutibles beneficios para la sociedad, en general y la institución en particular.



Figura 24. Requisitos de una sala de lactancia materna. Elaboración propia.

Como referencia, en 2015, el entonces denominado Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó un documento, en colaboración con la Asociación Española de Pediatría, a cerca de las ventajas de fomentar la lactancia materna en las empresas que, sin embargo, no ha tenido ningún impacto en las FAS como institución (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría 2015). En dicho documento se recomienda a las empresas con más de 50 empleados contar con salas de lactancia, promover su uso y proporcionar los descansos necesarios a las trabajadoras en base a las ventajas incluidas en la Tabla 19 y que se han adaptado y ampliado para hacerlas extensivas a las Fuerzas Armadas y sus efectivos.

Nuevamente, como sucedía en puntos anteriores de esta discusión, la capacitación de matronas militares sería esencial para el éxito de una intervención de estas características, bien definida dentro del ámbito de su competencia (Tabla 18).

Beneficios de la promoción de la lactancia y la extracción de leche materna en las FAS		
Para las FAS	Para las madres militares, los bebés y sus familias	Para la sociedad
Mejora la imagen de las FAS como institución, con el consiguiente impacto en la opinión pública y el reclutamiento	Tiene beneficios a medio, corto y largo plazo sobre el desarrollo y la salud de los bebés.	Menor impacto ambiental: No contamina, no genera residuos ni los consume, es sostenible y respetuosa con el medio ambiente
Mayor grado de satisfacción, compromiso y de fidelización de las mujeres militares con las FAS	Mejora la salud de la madre, y reduce riesgos de enfermedades como el cáncer o la diabetes	Salud pública: Mejora la salud global, reduce el gasto público del sistema sanitario
Mayor tasa de incorporación plena y precoz al trabajo	Ayuda a recuperar el peso previo a la gestación	Provee a otras instituciones y empresas privadas de un referente en el fomento de actitudes respetuosas y responsables con la lactancia materna
Menor pérdida de mujeres cualificadas tras su maternidad	Reduce los gastos de la compra de leche y complementos alimenticios artificiales	
Mayor rendimiento de las horas trabajadas	Mayor estabilidad emocional y satisfacción personal de la madre con su trabajo y con su relación con jefes y compañeros	
Menor grado de absentismo por enfermedad de los hijos	Apoya la corresponsabilidad del otro progenitor, sin forzar el abandono de la lactancia materna	

Tabla 19. Beneficios de la promoción de la lactancia y la extracción de leche materna en las FAS
Elaboración propia. Adaptada de: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2015)

8. La conciliación familiar. Un arma de doble filo.

Otros estudios ya habían vislumbrado como la maternidad es el momento en el que se produce la brecha en la carrera profesional de hombres y mujeres y se establecen, consolidan o perpetúan los estereotipos de género (Medialdea García 2016). De acuerdo con María Gómez Escarda et al. es en el momento de crear una familia cuando «se puede incrementar la probabilidad de que los trabajadores sean víctimas del suelo pegajoso o de que lleguen a plantearse abandonar temporal o definitivamente el mercado de trabajo» (Gómez Escarda et al. 2016).

Como afirman María Gómez Escarda y sus colaboradores, «la familia y la profesión militar, como instituciones voraces, dependen del compromiso de sus miembros para garantizar su supervivencia» (Gómez Escarda et al. 2016). Los autores continúan su texto afirmando que «los militares se ven impelidos, por tanto, a asumir dos lealtades: por un lado, a la profesión, y por otro, a la familia», sosteniendo que, tanto hombres como mujeres militares, se ven afectados por esta dualidad (Gómez Escarda et al. 2016). Sin embargo, parece innegable que, a día de hoy, las demandas sociales ejercen sobre las madres una presión desproporcionadamente superior y difícilmente comparable, tanto en cantidad como en calidad, a la que ejercen sobre el hombre, dado que «sobre el imaginario social de la maternidad (la madre amorosa encargada de la familia) se ha construido un andamiaje simbólico muy denso, en el que se articulan niveles del orden de lo biológico, lo cultural, lo psicológico, lo religioso y lo político» (Ávila González 2004).

Ya con el foco en los testimonios de las mujeres participantes en el presente estudio, muchas ponían de manifiesto el cambio de prioridades que había supuesto su maternidad, posponiendo su promoción profesional a un segundo plano. En el caso de la tropa temporal y las oficiales de complemento, postergar la carrera al inicio de la treintena implica que, cuando tiempo después pretenden retomar este camino, pasó la oportunidad de alcanzar muchos de los méritos baremables a tiempo para consolidar su posición dentro de las FAS antes de los temidos 45 años⁸⁷.

No es de extrañar, por tanto, la mayor temporalidad entre la tropa femenina de los Ejércitos de Tierra, Aire y Armada (91.29%) frente a la de sus pares varones (84.53%)(Observatorio Militar para la Igualdad 2021), así como su muy inferior proporción en la escala de suboficiales (5.4%) a la que se accede fundamentalmente desde la categoría de tropa para los que se reserva, «al menos, el 80% de las plazas o en algunos casos la totalidad de ellas» (Ministerio de Defensa 2021). Las mujeres de esta escala de tropa constituyen el contingente femenino más numeroso y vulnerable⁸⁸, con 12427 efectivos, una edad media de ingreso de 25.11 años y una edad media global de 34.30 años (Unidad de Estadística del Órgano Central. Secretaría General Técnica. 2019). Teniendo en cuenta que la edad media actual de la maternidad en España, 31.81 años en 2020 (Instituto Nacional de Estadística 2020a), cualquier medida de apoyo a la maternidad es una medida de apoyo directo a estas mujeres. Asimismo, sería positivo

⁸⁷ Los 45 años es la edad límite para el personal temporal, con contratos de larga duración, para haber promocionado a plazas permanentes o accedido a academias militares, debiendo abandonar las Fuerzas Armadas si no ha sido así.

⁸⁸ Considerado vulnerable por la triple condición de estar en la parte inferior de la jerarquía militar, tener los sueldos más precarios de la organización y una relación de servicios temporal que requiere de la renovación de contratos y/o de la superación de procesos de selección para su promoción para su continuidad en las FAS.

para las Oficiales de complemento, que como la tropa mantienen con las FAS una relación de servicios temporal que precisan consolidar antes de los 45 años. A esto hay que añadir el beneficio para las militares de carrera, oficiales y suboficiales, que una vez superados los primeros empleos, en los que se asciende por antigüedad, se enfrentan a la meritocracia de los sistemas de selección y/o elección para acceder a los empleos superiores de las escalas, a menudo en inferioridad de condiciones debido a una imposibilidad material de mejorar su baremo durante el tiempo de maternidad.

Ante este panorama, el diseño de estrategias de conciliación podría perfilarse como clave para apoyar a las mujeres sin empujarlas a abandonar su carrera profesional y, con ello, su rol dentro de las Fuerzas Armadas.

En el presente estudio, las participantes hacían referencia al uso de medidas de conciliación como:

- Inevitables, pues el cuidado de los hijos supone un deber inexcusable y las demandas de la actividad laboral (en tiempo y dedicación) colisionan con estas necesidades de cuidado.
- Poco ajustadas a sus necesidades, teniendo que acogerse en ocasiones a medidas que excedían sus necesidades por la falta de flexibilidad de las existentes.
- Empobrecedoras. Resultando las familias más dependientes de estas medidas, esto es, las madres monoparentales de la categoría de tropa, las más vulnerables económicamente a estas pérdidas retributivas.

- Estigmatizantes. Teniendo impacto principalmente en la imagen estereotipada que jefes y compañeros tienen de las mujeres, usuarias reales o potenciales de las mismas, pero también en el trato que reciben los hombres que se atreven a solicitarlas.

Dado que el florecimiento del abanico de medidas de conciliación en las Fuerzas Armadas fue paralelo a la incorporación de las mujeres a la institución armada, la asociación entre la presencia de mujeres y el potencial uso de estos derechos parece indisociable. Paradójicamente, la proliferación de estas medidas bien pudo haberse publicitado e interiorizado como consecuencia de la profesionalización de las Fuerzas Armadas españolas. Sin embargo, de acuerdo a los testimonios de las participantes parece que, como en otros ámbitos, la percepción en muchos casos es que la población diana de estas medidas era y sigue siendo el colectivo femenino. Una percepción respaldada por datos que se difunden pero que no distinguen cual es la causa y cual la consecuencia, de que «más de un tercio de las mujeres militares se acogen a reducciones de jornada frente al 3,75% de hombres militares que han solicitado esta medida de conciliación» (Europapress 2018).

Así, las ideas preconcebidas respecto al uso de las medidas previstas para la conciliación de la vida laboral y familiar, como facilitadores de la convivencia de roles clásicos y modernos, cristalizan en una suerte de estigma que acompaña a las mujeres incluso sin ser madres (Medialdea García 2016).

Como han descrito José Andrés Fernández Cornejo y sus colaboradores, las/os usuarias/os de las medidas de conciliación, en este caso las madres militares, son percibidas como menos comprometidas con los objetivos y valores de la institución

(Fernández Cornejo et al. 2018), en un claro ejemplo de la distancialidad descrita por Heidegger y recogida previamente en esta discusión. Afirma Bibiana Medialdea que «en realidad, la lógica asociación entre sexo femenino y menor disponibilidad para el empleo que se deriva de la división sexual del trabajo resulta en discriminación sobre todas las mujeres, que aparecen en el mercado laboral con el estigma de “menos disponibles”» (Medialdea García 2016).

Superar esta estigmatización requeriría, por un lado, un cambio social en los estereotipos que, todavía en el siglo XXI, rodean a la maternidad y en la corresponsabilidad de las parejas, especialmente en el caso de los hombres (Alamillos Guardiola 2020). Y, por otro, el diseño y promoción de estrategias de conciliación que evite señalar, presuponer o predisponer a las mujeres como usuarias. Para ello, sin embargo, sería esencial tener en cuenta las necesidades y circunstancias que las empujan a asumir mayoritariamente las cargas de cuidados, como se ha explicado en el marco conceptual, íntimamente ligadas al género, y que las conduce a limitar su desarrollo profesional a pesar, y en ocasiones como consecuencia, del uso de medidas de las actuales medidas de conciliación familiar. Parece razonable pensar que mientras las mujeres carguen de manera casi exclusiva con la doble jornada, seguirán siendo las demandantes y usuarias de las medidas de conciliación.

Por ello «modificar las condiciones que afectan al reparto de roles de género que se consolida en el momento de formar una familia se nos ofrece como una oportunidad concreta y eficaz para avanzar en igualdad en el empleo» (Medialdea García 2016).

Sin duda, la reciente equiparación de permisos de paternidad y maternidad (Jefatura del Estado 2019), así como la igual disposición de la reducción por lactancia durante el

primer año de vida del bebé (Subsecretaría de Defensa 2021) pueden ser, para las madres y familias militares, elementos clave en este sentido. Ya que el uso de otras medidas de conciliación familiar, tras este primer año de vida, es habitualmente visto como una forma de continuidad de los cuidados iniciados durante el periodo de lactancia por las madres y que ocasiona:

1. La perpetuación de la imagen de la mujer como única usuaria de los mismos
2. Un impacto negativo en las posibilidades de promoción de las mujeres a puestos de responsabilidad. En tanto, se sigue considerando garantizada la presencia en el puesto del hombre frente a la obligada ausencia, si quiera temporal, de la mujer.

Para ello, sin embargo, y dada la voluntariedad de acogerse a ellos, sería recomendable estudiar la posibilidad de monitorizar y, en su caso, promocionar el uso de dichos permisos por los militares varones. Esto resultaría de especial importancia en el caso de militares que ocupan puestos de responsabilidad debido a la visibilidad de estas personas y el impacto de sus actitudes y ejemplo en la cultura institucional. A este respecto, es necesario tener presente la evidencia que indica que hombres en puestos de especial responsabilidad y dedicación suelen renunciar a los permisos de paternidad, y la necesidad de apoyo institucional a la hora de optar por estos permisos (Horvath, Grether, y Wiese 2018).

De acuerdo, con la reciente investigación doctoral de Candida Alamillos el fomento del cuidado y la corresponsabilidad familiar por parte de los padres tiene impacto inmediato para las mujeres, pero también para los hombres y la sociedad general, a medio y largo plazo, ya que, según afirma la autora (Alamillos Guardiola 2020):

- Mejora en la corresponsabilidad que libera a la mujer de una maternidad intensiva, sin penalización laboral.
- El cambio de rol social en los varones genera nuevos estereotipos que atenúan la crisis de la masculinidad actual, acercando el perfil masculino y femenino. Estos cambios generan nuevas redes neuronales gracias a la plasticidad cerebral, lo que permite nuevas formas de pensamiento.
- Los bebés crecen observando y aprendiendo patrones parentales más igualitarios. Cuando sean adultos y se inicien en la parentalidad, su comportamiento tendrá mucho del patrón que experimentaron en su infancia.

En este sentido un registro, de los modelos familiares, las paternidades/maternidades en el seno de las FAS y del uso de las medidas de conciliación podría facilitar un banco de datos sobre el que estudiar de forma más precisa las necesidades reales respecto al cuidado de hijos que puedan conducir al diseño de un catálogo más aproximado a las necesidades de sus integrantes, hombres y mujeres, y más sensible a las situaciones de mayor vulnerabilidad, como la de las familias monoparentales.

A modo de ejemplo, este nuevo catálogo podría subvencionar las necesidades de contratación de cuidadores, jornadas matinales, extensiones de jornada en los colegios, ludotecas o actividades extraescolares de forma que ofrezca a madres y padres una alternativa, económicamente rentable y atractiva, a la reducir la propia jornada laboral y que permita compatibilizar maternidad/paternidad y carrera de manera más harmónica.

En el caso de las parejas entre militares, quizá sea donde el Ministerio de Defensa tuviera más facilidades para implantar medidas con impacto en el fomento de la corresponsabilidad. Así, de la misma manera que la sensibilidad institucional a la alta prevalencia de este tipo de familia se ha plasmado en sucesivas y recientes modificaciones de los reglamentos de destinos que, por ejemplo, permiten condicionar el destino de un miembro de la pareja al del otro; o del nombramiento de servicios, facilitando medidas para evitar que la coincidencia en las guardias impidan el cuidado del menor (Subsecretaría de Defensa 2021); las medidas de conciliación podrían ser revisadas para fomentar de forma positiva la corresponsabilidad.

Por ejemplo, aplicar una menor proporción de reducción en el salario (o respetar determinado tipo de complementos de manera íntegra) a aquellas parejas de militares que repartan de manera equitativa las horas de reducción de jornada para el cuidado de los hijos, en comparación con la reducción actual que se aplica a la nómina de la persona que acumula de manera única este derecho, fomentaría la corresponsabilidad, ayudaría a la economía familiar, y reduciría el empobrecimiento que habitualmente recae, exclusivamente, sobre un miembro de las parejas (habitualmente, las mujeres). Respecto a la institución, también tendría ventajas directas, pues reduciría la ausencia neta de uno de los miembros de la pareja, para repartirla entre ambos que podrían disfrutar de la reducción en diferentes franjas horarias al inicio o final de la jornada o bien en semanas o meses alternos. Esto supondría, un menor impacto en su disponibilidad para el servicio, en su continuidad en los procesos de instrucción y adiestramiento y por ende, en sus evaluaciones y sus carreras profesionales.

Asimismo, parece recomendable revisar la deducción de retribuciones a las familias monoparentales en las que el sostenimiento tanto de cuidado como económico de los menores depende de una única persona, habitualmente, la madre.

Fortalezas y limitaciones

La principal fortaleza de este estudio proviene del análisis de datos primarios, a partir de los relatos de las mujeres participantes.

Respecto al tamaño muestral, que pudiera parecer escaso para investigadores poco familiarizados con los análisis hermenéuticos, de acuerdo a los criterios de Crist y Tanner «se considera adecuado cuando las interpretaciones son visibles y claras, los nuevos informantes no revelan nuevos hallazgos y los significados de todos los relatos anteriores se vuelven redundantes» (Crist and Tanner 2003). De la misma manera y específicamente hablando de la investigación cualitativa en el ámbito militar, afirma el Dr. Finnegan que «cuando la recogida de datos ya no produce nuevos conocimientos teóricos o revelan nuevas propiedades de las categorías principales, la saturación teórica señala el momento de dejar de recoger datos» (Finnegan 2014a). El número final de participantes, doce, similar de otros estudios cualitativos realizados en ambiente militar (Finnegan 2014b) se puede, por tanto, considerar apropiado.

En cambio, la distribución demográfica de la muestra suscita ciertas dudas sobre la posibilidad de extrapolar los hallazgos al colectivo de mujeres oficiales, más allá de las pertenecientes a los Cuerpos Comunes de la Defensa. Las marcadas características diferenciales, derivadas de su posición en la jerarquía militar, del ejercicio del mando o

de la influencia de procesos de aculturación institucional más largos durante los periodos formativos en academias militares, podrían haber sido algunas de las causas de su ausencia entre las participantes del estudio; de la que se deriva la imposibilidad de generalizar los hallazgos a este colectivo. Futuros estudios podrían, sin embargo, indagar en esta población.

CONCLUSIONES

El objetivo principal del presente estudio perseguía analizar, desde la perspectiva de la fenomenología hermenéutica, la experiencia de la maternidad en las Fuerzas Armadas españolas.

Es innegable la unicidad de una vivencia tan íntima e irrepetible como la maternidad, sea cual sea el contexto. Sin embargo, tras el análisis de las narraciones de mujeres incluidas en este estudio, se puede afirmar que la maternidad suponía un proceso de transformación personal para las participantes, con gran impacto en la esfera profesional. Las mujeres describían una relativa limitación en su desarrollo profesional que relacionaban, principalmente, con las restricciones impuestas durante el embarazo, el periodo de obligada ausencia tras el parto y la dificultad que implica combinar dos roles de gran demanda. Algunas mujeres consideraban que este efecto se prolongaría en el tiempo, de manera directa o indirecta, debido a las oportunidades laborales perdidas, bien por renunciadas voluntarias bien por decisión del mando, y a las inferiores calificaciones obtenidas en los informes de evaluación personal durante este periodo.

Las mujeres anticipaban este impacto y se preparaban para minimizarlo a través de conductas, no siempre apropiadas, y que oscilaban desde la solicitud de cambios de destino al disimulo del embarazo frente a los superiores, cuando este se producía bajo circunstancias que podían comprometer sus logros o su prestigio profesional.

Simultáneamente, las participantes señalaban un efecto inverso, en que la forma de vida y las obligaciones como militares marcaban la manera de disfrutar de su maternidad. Un

estilo de crianza en el que se integran los valores militares y se anima a los hijos a participar de la institución, parece ser una estrategia comúnmente extendida entre las entrevistadas, para afrontar ausencias y sacrificios personales de madres, padres e hijas/os.

A pesar del desarrollo de estas estrategias, la culpabilidad emergía en algún punto de los relatos en muchos casos reagudizada cuando las entrevistadas percibían que su implicación en determinadas tareas, de manera voluntaria sustraía la atención y/o el tiempo dedicados a sus hijos/as; pero también en sentido contrario, cuando muchas manifestaban que se sentían culpables por descuidar sus obligaciones como militares al priorizar a sus hijos.

El uso de medidas de conciliación familiar era percibido como inevitable, en muchos casos, y considerado la única manera de mantener el equilibrio entre las demandas de su rol como madres y su compromiso laboral como militares. Sin embargo, el impacto en la carrera y el estigma que la acompaña pudieran indicar que el equilibrio no es tal, y que su desarrollo profesional se resiente a corto, medio y/o largo plazo.

Las mujeres participantes incidían en la insuficiente duración del permiso de maternidad para cubrir las demandas de la lactancia absoluta, así como el corto plazo para la recuperación de la forma física deteriorada tras el embarazo y nacimiento, ya fuera por parto o cesárea.

Respecto a los permisos de lactancia eran bienvenidos por las madres, bien como una manera de prolongar el permiso por maternidad hasta las 20 semanas, bien para disfrutar de la exoneración de actividades extraordinarias que dificultan la atención a

los menores en los primeros meses de vida. Sin embargo, es necesario destacar, la ausencia, en la actualidad, de programas de apoyo a la lactancia materna y de infraestructuras que la faciliten. Por ello, la continuidad de la lactancia natural tras la incorporación a la actividad laboral, y a pesar de la voluntad de lactar de las madres, se ve limitada por esta falta de apoyo institucional.

La atención de su salud durante los procesos de gestación, parto y postparto, de las participantes, estaba definida por el modelo de atención preponderante en las entidades de seguro privado. En dicho modelo asistencial, el rol de la matrona era insignificante y la gestión de los casos era responsabilidad, casi exclusiva, del ginecólogo, con un aparentemente alto grado de intervencionismo. La actividad de la Sanidad Militar se reducía a la mediación realizada por los Servicios Sanitarios de las Unidades de destino, dirigida al trámite administrativo de las restricciones a la actividad durante el embarazo.

Entre las mejoras que, las mujeres incluidas en este estudio, consideran habrían optimizado su experiencia o, al menos, aminorado sus dificultades como madres en el contexto militar, destaca un cambio de actitud generalizado. Las participantes consideraban prioritario concienciar a los compañeros y mandos que los derechos en materia de conciliación son aplicables tanto a madres como a padres, son innegables y no constituyen privilegios ni suponen la falta de competencia de aquel o aquella que los solicita. Asimismo, consideran el catálogo de medidas disponibles insuficiente y poco flexible; y que su aplicación es excesivamente dependiente de la subjetividad de mandos intermedios.

La mejora en el acceso y disponibilidad de infraestructuras como guarderías o alojamientos o la revisión del procedimiento y composición de la uniformidad y equipo suministrado, completaban sus sugerencias.

Finalmente, como resultado del análisis llevado a cabo en esta investigación se propusieron y justificaron en la discusión las siguientes acciones de mejora:

- La revisión de los diferentes planes de instrucción y programas de formación, desde una perspectiva de género, orientada a poner en valor la diversidad del talento que las mujeres aportan a la institución, evitando su masculinización sistemática.
- El estudio de los modelos de familias militares, el uso de las medidas de conciliación y el diseño de un nuevo catálogo de medidas de conciliación que, sin identificar a las mujeres como destinatarias, promueva la corresponsabilidad, reduzca el impacto económico en las familias y proteja a los colectivos más vulnerables.
- El fomento de la utilización de los permisos de maternidad y paternidad, de manera íntegra e irrenunciable, considerando la importancia del respeto hacia el valor y el beneficio personal, social e institucional de la corresponsabilidad en la crianza.
- La implantación de un programa de preparación y reentrenamiento basado en la preparación física, la orientación nutricional y la motivación antes y durante el embarazo y tras el parto; que mejore el rendimiento físico, facilite la recuperación y mejore la autoestima.

- La instalación de salas de lactancia que, sin un desembolso de gran envergadura, implicaría beneficios a corto, medio y largo plazo para las mujeres y sus bebés, para la institución y para la sociedad en general.
- La revisión del catálogo de prestaciones de ISFAS para velar por una asistencia al parto orientada a la reducción del intervencionismo sistemático que redunde en la disminución del potencial de complicaciones para las militares y sus bebés, una mayor satisfacción de las mujeres con su experiencia y en una minoración de los costes.
- El desarrollo de un programa de formación de enfermeras especialistas en ginecología y obstetricia (matronas), como especialidad complementaria de la enfermería militar que, en su doble rol de enfermeras y matronas, serían esenciales en el desarrollo e implementación de las mejoras anteriormente planteadas.

A lo largo de esta investigación, la fenomenología hermenéutica ha demostrado ser una perspectiva óptima para aproximarse al objeto de estudio. Este enfoque ha permitido que fueran las propias madres, a través de sus narrativas, las que esbozaran el camino a seguir hacia un análisis más profundo y más preciso de la maternidad en las Fuerzas Armadas.

La encrucijada entre dos conceptos, la madre y el soldado, tradicionalmente opuestos, sitúa a mujeres militares y Fuerzas Armadas ante el desafío de convertir en compatible lo que, por siglos, se consideró contradictorio.

BIBLIOGRAFÍA

- Acherman, John C. y Ieuan A. Hughes. 2017. «Trastornos pediátricos del desarrollo sexual». Pp. 893-953 en *Williams. Tratado de Endocrinología*, editado por S. Melmed, K. S. Polonsky, P. R. Larsen, y H. M. Kronenberg. Elsevier.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 2014. «Bromocriptina en inhibición de la lactancia: condiciones de uso». *Gaceta Médica de Bilbao* 111(3):81-85.
- Agudo Arroyo, Yolanda. 2014. «La participación de las mujeres en las Fuerzas Armadas españolas: de la incorporación a la integración». *Comunitania* (7):9-27.
- Agudo Arroyo, Yolanda y Inés Sanchez de Madariaga. 2011. «Construyendo un lugar en la profesión : Trayectorias de las arquitectas españolas». *Feminismos* 17:151-81.
- Aguiar-Cordero, María José, Juan Carlos Sánchez-García, Raquel Rodríguez-Blanque, Antonio Manuel Sánchez-López, y Norma Mur-Villar. 2019. «Moderate Physical Activity in an Aquatic Environment During Pregnancy (SWEP Study) and Its Influence in Preventing Postpartum Depression». *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 25(2):112-21.
- Alamillos Guardiola, M^a Candida. 2016. «La maternidad tardía: Expresión contemporánea del patriarcado occidental». *Revista de Antropología Experimental* 16(15):213-21. Recuperado (<http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae>).
- Alamillos Guardiola, M^a Candida. 2020. «La paternidad en el siglo XXI: La llave para la igualdad real de género.» Universitat de les Illes Balears.
- Albert López-Ibor, Rocío, Lorenzo Escot Mangas, y José Andrés Fernández Cornejo. 2010. «La predisposición de las estudiantes universitarias a auto-limitarse profesionalmente en el futuro por razones de conciliación». *Estudios de Economía Aplicada* 5731(28-1):1-32.
- Alcañiz, Mercedes. 2011. «Las políticas de igualdad en España : desde la agenda política internacional al marco de la aplicación municipal Las políticas de igualdad en España : desde la agenda política internacional al marco de la aplicación municipal Resumen». *Revista Iberoamericana de Estudios Municipales* 11(4):165-90.
- Alvarez Luquero, Ana Belén. 2010. «Fuerzas Armadas Unidas». *Centro de Estudios Superiores de la Defensa* 61-73. Recuperado 29 de junio de 2019 (http://blog.uclm.es/igualdadfcjsto/files/2017/11/FuerzasArmadasUnidas_CESEDEN315_Alvarez-1.pdf).
- Amorós, Celia. 1994. «Historia de la teoría feminista». en *Historia de la teoría feminista, 1994*, ISBN 8445108514, págs. 21-28, editado por Universidad Complutense de Madrid. Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas.
- Anders, Sari M. Van. 2004. «Why the Academic Pipeline Leaks: Fewer Men than Women Perceive Barriers to Becoming Professors». *Sex Roles* 51(9-10):511-21.
- Antonio, Luiz, Del Ciampo, y Ieda Regina Lopes. 2018. «Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health Aleitamento materno e seus benefícios para a saúde da mulher». *Rev Bras Ginecol Obstet* 40:354-59.
- Apparala, Malathi, Alan Relfman, y Joyce Munsch. 2003. «Cross-national comparisons of attitudes towards fathers' and mothers' participants in household tasks and childcare».

- Sex Roles* 48(March):189-203.
- Arendell, Terry y Leslie Brody. 2001. «Gender, Emotion, and the Family». *Contemporary Sociology*.
- Armada Española. 1988. «Resolución Comunicada 600/80001/1988, de 14 de septiembre. Ceremonial Marítimo». *Colección de Reglamentos*.
- Armitage, Nicole H. y Denise A. Smart. 2012. «Changes in Air Force Fitness Measurements Pre- and Post-Childbirth». *Military Medicine* 177(12):1519-23. Recuperado 12 de agosto de 2021 (<https://academic.oup.com/milmed/article/177/12/1519-1523/4336771>).
- Arteaga Martínez, Sebastián Manuel y María Isabel García Peláez. 2017. *Embriología humana y biología del desarrollo*. 2^a Edición. editado por E. M. Panamericana. Ciudad de México.
- Atkins, Susan. 2018. *Women in the Armed Forces in the OSCE Region*. Varsovia.
- Autún Rosado, Dayna Paola, Víctor Hugo Sanabria Padrón, Edgar Humberto Cortés Figueroa, Onésimo Rangel Villaseñor, y Marcelino Hernandez-Valencia. 2015. «Etiología y frecuencia de bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas». *Perinatología y Reproducción Humana* 29(4):148-51.
- Ávila González, Yanina. 2004. «Las mujeres frente a los espejos de la maternidad». *La ventana* 6(20):55-100.
- Badinter, Elisabeth. 1981. *¿Existe el amor maternal?* Paidós.
- Badinter, Elisabeth. 2017. *La mujer y la madre*. La esfera de los libros.
- Bagur, María de Lluç y Elisenda Ribes. 2019. «Aculturación y purplewashing en el ejército español. Un estudio sobre las mujeres símbolo». Recuperado (http://centredelas.org/wp-content/uploads/2020/06/informe41_PurplewashingEjercito_CAST_web_DEF_compress ed.pdf).
- Bardera Mora, M^a Pilar. 2009. «Perfil psicosocial de la mujer militar». Pp. 221-51 en *Las mujeres militares en España (1988-2008)*.
- Barrera, Carlos y Alfredo Germain. 2012. «Obesidad y embarazo». *Revista de Medicina Clínica Las Condes* 23(2):154-58.
- De Beauvoir, Simone. 2019. *El segundo sexo*. Debolsillo.
- Beckwith, Karen. 2007. «Numbers and newness: The descriptive and substantive representation of women». *Canadian Journal of Political Science* 40(1):27-49. Recuperado 29 de junio de 2019 (https://www.researchgate.net/publication/231902643_Numbers_and_Newness_The_Descriptive_and_Substantive_Representation_of_Women).
- Blank, Celine, Rogier Rudolf Wildeboer, Ilse DeCroo, Kelly Tilleman, Basiel Weyers, Petra de Sutter, Massimo Mischi, y Benedictus Christiaan Schoot. 2019. «Prediction of implantation after blastocyst transfer in in vitro fertilization: a machine-learning perspective». *Fertility and Sterility* 111(2):318-26. Recuperado 21 de febrero de 2019 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0015028218321563>).
- Bogino Larrambeber, Mercedes y Paloma Fernández-Rasines. 2017. «Relecturas de género: concepto normativo y categoría crítica.» *Revista de Estudios de Género, La Ventana* 5(45):158-85.

- Booth, Alan y Donna Duvall. 1981. «Sex roles and the link between fertility and employment». *Sex Roles* 7(8):847-56.
- Borrero, Sonya, Lisa S. Callegari, Xinhua Zhao, Maria K. Mor, Florentina E. Sileanu, Galen Switzer, Susan Zickmund, Donna L. Washington, Laurie C. Zephyrin, y E. Bimla Schwarz. 2017. «Unintended Pregnancy and Contraceptive Use Among Women Veterans: The ECUUN Study». *Journal of General Internal Medicine* 32(8):900-908.
- Boydston, Jeanne. 2008. «Gender as a Category of Historical Analysis». *Gender & History* 20(3):558-83.
- Brahm, Paulina y Verónica Valdés. 2017. «Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar». *Revista Chilena de Pediatría* 88(1):15-21.
- Brooker, Christine. 2017. *Diccionario médico*. Editorial El Manual Moderno.
- Busnelli, Andrea, Chiara Dallagiovanna, Marco Reschini, Aleddio Paffoni, Luigi Fedele, y Edgardo Somigliana. 2019. «Risk factors for monozygotic twinning after invitro fertilization: a systematic review and meta-analysis». *Fertility and Sterility* 111(2):302-17.
- Butler, Judith. 2004. *Undoing Gender*. New York: Routledge.
- Butler, Judith. 2007. *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Caamaño Rojo, Eduardo. 2010. «Derecho del trabajo». *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso* 179-210.
- Campos, Beatriz. 2011. «La falta de descendencia biológica. Una lectura social y feminista de la infertilidad de las mujeres». *Cuadernos Kóre* 1(4):97-121.
- Cano, Antonio, L. Sabonet-Morente, A. Carrasco-Catena, A. Castro, y M. González. 2015. «Regulación de las modificaciones óseas en la madre durante la gestación». *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral* 7(1):27-32.
- Casanello, Paola, José A. Castro-Rodríguez, Ricardo Uauy, y Bernardo J. Krause. 2016. «Programación epigenética placentaria en restricción del crecimiento intrauterino». *Revista Chilena de Pediatría* 87(3):154-61.
- Castellanos Llanos, Gabriela. 2008. «Releyendo el segundo sexo». *La manzana de la discordia* 3(2):27-39.
- Castilla, María Victoria. 2005. «La ausencia del amamantamiento en la construcción de la buena maternidad». *La Ventana* 22:189-218.
- Castro Pardiñas, M. A., M. Torres Lacomba, y B. Navarro Brazález. 2017. «Función muscular del suelo pélvico en mujeres sanas, púerperas y con disfunciones del suelo pélvico». *Actas Urológicas Españolas* 41(4):249-57.
- Castro Torres, Rubén. 2013. *Ministerio de Igualdad. Avances, mitos y reticencias*. Conigualdad.org.
- Centola, Damon, Joshua Becker, Devon Brackbill, y Andrea Baronchelli. 2018. «Tipping points in social convention». *Science* 360:1116-19. Recuperado 29 de junio de 2019 (<http://www.sciencemag.org/lookup/doi/10.1126/science.360.6393.1082-d>).
- Cervera-Gasch, Águeda, Desirée Mena-Tudela, Fatima Leon-Larios, Neus Felip-Galvan,

- Soukaina Rochdi-Lahniche, Laura Andreu-Pejó, y Víctor Manuel González-Chordá. 2020. «Female employees' perception of breastfeeding support in the workplace, public universities in Spain: A multicentric comparative study». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(17):1-14.
- Chauhan, Suneet P., Traci L. Johnson, Everett F. Magann, Janine Y. Woods, Han Yang Chen, Ingrid V. Sheldon, y John C. Morrison. 2013. «Compliance with regulations on weight gain 6 months after delivery in active duty military women». *Military Medicine* 178(4):406-11.
- Childs, Sarah y Mona Lena Krook. 2005. «The Substantive Representation of Women : Rethinking the ' Critical Mass ' Debate». Pp. 1-14 en *Anual Meeting of the American Political Science Association*. Washington.
- Childs, Sarah y Mona Lena Krook. 2008. «Critical mass theory and women's political representation». *Political Studies* 56(3):725-36.
- Chinchilla, Nuria, Esther Jiménez, y Marc Grau. 2017. «Análisis de las barreras e impulsores para la maternidad de las mujeres españolas». *ICWF - Centro Internacional Trabajo y Familia*. Recuperado 29 de junio de 2019 (<http://www.ieseinsight.com/fichaMaterial.aspx?pk=140700&idi=1&origen=1&idioma=1>)
- Chodorow, Nancy. 1978. *The Reproduction of Mothering*. University California Press.
- Chodorow, Nancy J. 1999. *The reproduction of mothering: Psychoanalysis and the sociology of gender*. Update Edi. University of California Press.
- Cobo Bedia, Rosa. 2000. «Género y teoría social». *Revista Internacional de Sociología* (25):5-20.
- Cobo Bedia, Rosa. 2005. «El género en las ciencias sociales». *Cuadernos de trabajo social* 18(02140314):249-58.
- Cobo Bedia, Rosa. 2008. «Patriarcado y feminismo: Del dominio a la rebelión». *El valor de la palabra. Hitzaren balioa*. N° 6:99-113.
- Comandancia General de la Infantería de Marina. 2008. «Código de Conducta del Infante de Marina». 1-116.
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. 2015. *¿Qué supone trabajar en una empresa que apoye la lactancia Materna?* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva. 2011. «Plan de parto y nacimiento». 1-25. Recuperado 1 de noviembre de 2021 (<https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/planPartoIntro.htm>).
- Consejo de las Comunidades Europeas. 1992. «Directiva 92 / 85 /CEE del Consejo de las Comunidades Europeas de 19 de octubre de 1992». *Diario Oficial de las Comunidades Europeas* (L 348/1):1-7.
- Cordell, Robin F., C. K. Wickes, A. Casey, y J. P. Greeves. 2020. «Female UK Army Service personnel are at greater risk of work-related morbidity on return to duty postpartum». *BMJ Military Health*.
- Cordero, Julia. 2009. «Birth spacing: a strategy for combining work and family in Spain». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (128):11-33.

- Cortes Constituyentes. 1931. «Constitución Española de la II República».
- Cortes Generales. 1978. «Constitución Española de 1978». *BOE nº311, de 29 de diciembre de 1978*.
- Costanzo, Linda. 2018. «Fisiología reproductiva». Pp. 461-82 en *Fisiología*. Elsevier.
- Covarrubias Terán, María Antonieta. 2012. «Maternidad, trabajo y familia: reflexiones de madres-padres de familias contemporáneas. (Spanish)». *Revista de Estudios de Género. La Ventana* 4:183-217.
- Craven, Simon, Fionnuala Byrne, Rhona Mahony, y Jennifer M. Walsh. 2020. «Do you pay to go private?: a single centre comparison of induction of labour and caesarean section rates in private versus public patients». *BMC Pregnancy and Childbirth* 20(746):1-6.
- Crist, Janice D. y Christine A. Tanner. 2003. «Interpretation/Analysis Methods in Hermeneutic Interpretive Phenomenology». *Nursing Research* 52(3):202-5.
- Crowley, Kacy y Michelle Sandhoff. 2017. «Just a Girl in the Army: U.S. Iraq War Veterans Negotiating Femininity in a Culture of Masculinity». *Armed Forces and Society* 43(2):221-37.
- Cuenca Tudela, Dolors. 1996. «Nacemos de mujer». *Diábotexto* (4-5):373-76. Recuperado 1 de octubre de 2021 (<https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/64334/373-376.pdf?sequence=1>).
- Cuesta, Josefina. 2012. «La maternidad en España, primer tercio del siglo XX. Encrucijada de trabajo, salud y género». *Dire* (3):3-22.
- Dahlen, Hannah Grace, Sally Tracy, Mark Tracy, Andrew Bisits, Chris Brown, y Charlene Thornton. 2012. «Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: A population-based descriptive study». *BMJ Open* 2:e001723.
- Dahlerup, Drude. 1993. «De Una Pequeña a Una Gran Minoría: Una Teoría De La “Masa Crítica” Aplicada Al Caso De Las Mujeres En La Política Escandinava». *Debate feminista* Año 4. Vol:125-60.
- Dattani, Mehul T. y Evelin F. Gevers. 2017. «Endocrinología del desarrollo fetal». Pp. 848-91 en *Williams. Tratado de Endocrinología*, editado por S. Melmed, K. S. Polonsky, P. R. Larsen, y H. M. Kronenberg. Elsevier.
- DeGroot, David W., Collin A. Sitler, Michael B. Lustik, Kelly L. Langan, Keith G. Hauret, Michael H. Gotschall, y Alan P. Gehrich. 2021. «The effect of pregnancy and the duration of postpartum convalescence on the physical fitness of healthy women: A cohort study of active duty servicewomen receiving 6 weeks versus 12 weeks convalescence». *PLOS ONE* 16(7):e0255248.
- Díaz-Gómez, N. Marta, María Ruzafa-Martínez, Susana Ares, Isabel Espiga, y Concepción De Alba. 2016. «Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna». *Rev Esp Salud Pública* 90(15 de septiembre):e1-18.
- Directorate General for Research and Innovation. European Union. 2016. «She Figures 2015». Recuperado 1 de octubre de 2020 (<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/28d51df8-284c-474e-be68-64a0c2929cec/language-en/format-PDF/source-search>).

- Directorate General for Research and Innovation. European Union. 2021. «She Figures 2021. Tracking progress on the path towards gender equality in research and innovation». Recuperado 1 de enero de 2021 (<https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/61564e1f-d55e-11eb-895a-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF/source-241322157>).
- Double, Rebecca L., Sophie L. Wardle, Thomas J. Leary, Natalie Weaden, G. Bailey, y Julie P. Greeves. 2021. «Hormonal contraceptive prescriptions in the UK Armed Forces». *BMJ Military Health* Published Online First: 18 January 2021.
- Dueñas García, Omar Felipe, Heriberto Lizaola Díaz de León, y Hugo Rico Olvera. 2021. «Capítulo 24: Operación cesárea». Pp. 1-18 en *Manual de obstetricia y procedimientos medicoquirúrgicos*. McGraw Hill.
- Dunn, Kacie K. 2020. «Pregnancy or Promotion». *NCO Journal* (July):1-6.
- Dunsworth, H. M., A. G. Warrener, T. Deacon, P. T. Ellison, y H. Pontzer. 2012. «Metabolic hypothesis for human altriciality». *Proceedings of the National Academy of Sciences* 109(38):15212-16.
- Dunsworth, Holly M. 2018. «There Is No “Obstetrical Dilemma”». *Perspectives in Biology and Medicine* 61(2):249-63.
- Eichner, Maxine. 2009. «Feminism, queer theory, and sexual citizenship». *Gender Equality: Dimensions of Women’s Equal Citizenship* 941(May 2008):307-26.
- Elliot, Anthony. 2009. «Sexualidades: teoría social y la crisis de identidad». *Sociológica* 69:185-212.
- Engels, Friedrich. 1884. «Origen de la familia, de la propiedad privada y del estado».
- Espinola Docio, Blanca, Marta Costa Romero, Marta Díaz Gómez, y José María Paricio Talayero. 2018. «¿ Qué es una Mastitis?» Recuperado 11 de agosto de 2021 (http://www.aelama.org/wp-content/uploads/2019/03/que-es-una-mastitis_2018.pdf).
- Espuny, M^aJesús. 2007. «La protección a la maternidad : cien años de la Ley de 8 de enero de 1907». *IUSLabor* 2.
- Etzkowitz, Henry, Carol Kemelgor, y Brian Uzzi. 2000. *Athena Unbound : The Advancement of Women in Science and Technology*. New York: Cambridge University Press.
- Europapress. 2018. «Más de un tercio de las mujeres militares se acogen a reducciones de jornada frente al 3,75% de hombres». Recuperado 11 de agosto de 2021 (<https://www.europapress.es/nacional/noticia-mas-tercio-mujeres-militares-acogen-reducciones-jornada-frente-375-hombres-20181007110239.html>).
- Evans, Arthur T. 2015. *Manual de obstetricia*. 8.^a ed. Wolters Kluwer Health.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España. 2014. *Informe De Situación De Las Matronas En España*.
- Fernández Cornejo, José Andrés, Lorenzo Escot, Eva María Del Pozo, Sabina Belope Nguema, Cristina Castellanos Serrano, Myriam Martínez, Ana Bernabeu, Lorenzo Fernández Franco, y Juan Ignacio Cáceres. 2018. «Brecha madre-padre en el uso de las medidas de conciliación y su efecto sobre las carreras profesionales de las madres».
- Fernández Vargas, Valentina. 2009. «El proceso de incorporación de la mujer a las Fuerzas

- Armadas en España. Pasado, presente y futuro». Pp. 95-115 en *Las mujeres militares en España (1988-2008)*.
- Ferrer, Fernando y Enrique Oyarzun. 2014. «Trombosis venosa en el embarazo». *Revista Médica Clínica Las Condes* 25(6):1004-18.
- Finnegan, Alan. 2014a. «Conducting qualitative research in the British Armed Forces: theoretical, analytical and ethical implications». *Journal of the Royal Army Medical Corps* 160(2):135-40. Recuperado 1 de noviembre de 2021 (<https://jramc.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jramc-2013-000223>).
- Finnegan, Alan. 2014b. «Fieldwork and the practical implications for completing qualitative research in the British Armed Forces». *Journal of the Royal Army Medical Corps* 160(2):141-45. Recuperado 1 de noviembre de 2021 (<https://jramc.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jramc-2013-000222>).
- Fischer, Barbara y Philipp Mitteroecker. 2015. «Covariation between human pelvis shape, stature, and head size alleviates the obstetric dilemma». *Proceedings of the National Academy of Sciences* 112(18):5655-60.
- Fitzgerald, April S., Rita L. Duboyce, Joan B. Ritter, Deborah J. Omori, Barbara A. Cooper, y Patrick G. O'Malley. 2013. «A Primer on the Unique Challenges of Female Soldiers' Reproductive Issues in a War-Ready Culture». *Military Medicine*.
- Fonseca Hernández, Carlos y María Luisa Quintero Soto. 2009. «La Teoría Queer: la deconstrucción de las sexualidades periféricas». *Sociológica* (69):43-60. Recuperado 20 de septiembre de 2021 (http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732009000100003).
- Foucault, Michel. 1990. *The History of Sexuality. Volume One: An Introduction*. Vintage Books.
- Freimuth, Marilyn J. y Gail A. Hornstein. 1982. «A critical examination of the concept of gender». *Sex Roles* 8(5):515-32. Recuperado 1 de febrero de 2019 (<https://link.springer.com/article/10.1007/BF00287716>).
- Frieyro de Lara, Beatriz. 2004. *La profesionalización de las Fuerzas Armadas en España*. Universidad de Almería.
- Frieyro de Lara, Beatriz. 2009. «La mujer soldado en España». Pp. 173-98 en *Las mujeres militares en España (1988-2008)*.
- Frutos Balibrea, Lola. 2009. «La igualdad y la desigualdad entre sexos en las Fuerzas Armadas» editado por Instituto Universitario Gutierrez Mellado. *Las mujeres militares en España (1988-2008)* 253-84. Recuperado 29 de junio de 2019 (https://iugm.es/wp-content/uploads/2016/07/mujeres_militares_Espana.pdf).
- Gabaccia, Donna R. y Mary Jo Maynes. 2013. «Gender History Across Epistemologies». *Gender History Across Epistemologies* 24(3):521-39.
- Galindo Huertas, Mayra Solanye y Sandra Lorena Herrera Giraldo. 2017. «La categoría de género en la investigación y producción de conocimiento en enfermería en Iberoamérica: aportes para el debate». *La ventana. Revista de estudios de género* 5:177-201.
- Gallego Morón, Nazareth y Estrella Montes López. 2018. «La participación de las mujeres en el Cuerpo Nacional de Policía y en el Personal Militar en España». *Cuestiones de género: de*

la igualdad y la diferencia (13):67-88.

- Gamboa Solís, Flor de María y Mario Orozco Guzmán. 2012. «De madres e hijas y nuevas maternidades». *Revista de estudios de género: La ventana* 4(36):50-86.
- Gayle Rubin. 1986. «El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política». *Nueva Antropología* VIII(30):95-145.
- Gijón García, Natalia. 2016. «Plan de parto: Nomenclatura, toma de decisiones e implicación de los profesionales sanitarios». *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad* 1(2):35-51. Recuperado 1 de noviembre de 2021 (<https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/planPartoIntro.htm>).
- Gil Muñoz, Carlos. 2009. «Los estudios previos a la incorporación de la mujer». Pp. 45-63 en *Las mujeres militares en España (1988-2008)*.
- Golik, Mariela. 2013. «LAS EXPECTATIVAS DE EQUILIBRIO ENTRE VIDA LABORAL Y VIDA PRIVADA Y LAS ELECCIONES LABORALES DE LA NUEVA GENERACIÓN. (Spanish)». *New generation's work and life balance expectations and professional choices*. 26(46):107-33. Recuperado 29 de junio de 2019 (<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=92572523&lang=es&site=ehost-live>).
- Gómez Escarda, María. 2013. *La familia en las Fuerzas Armadas españolas*. Secretaría General Técnica. Ministerio de Defensa.
- Gómez Escarda, María, Jaime Hormigos Ruiz, y Rubén J. Pérez Redondo. 2016. «Familia y suelo pegajoso en las fuerzas armadas españolas». *Revista Mexicana de Sociología* 78(2):203-28.
- Gomez Escarda, María y Isidro Sepúlveda Muñoz. 2009. «Las mujeres militares en España (1988-2008)». Recuperado 29 de junio de 2019 (https://iugm.es/wp-content/uploads/2016/07/mujeres_militares_Espana.pdf).
- Gonçalves, Gabriela, Cátia Sousa, Joana Santos, Tânia Silva, y Karen Korabik. 2018. «Portuguese Mothers and Fathers Share Similar Levels of Work-Family Guilt According to a Newly Validated Measure». *Sex Roles* 78(3-4):194-207.
- González Merlo, Jesús, Eduardo González Bosquet, y Jesús González Bosquet. 2015. *Ginecología*. 9.^a ed. Elsevier Health Sciences Spain.
- González Merlo, Jesús, José M. Laílla Vicens, Ernesto Fabre González, y Eduardo González Bosquet. 2018. *González-Merlo : Obstetricia*.
- González Pérez, Teresa. 2008. «El aprendizaje de la maternidad: Discursos para la educación de las mujeres en España (siglo XX)». *Convergencia* 15(46):91-117. Recuperado 10 de septiembre de 2021 (<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4857438>).
- González Vázquez, Araceli. 2009. «Michael Foucault, Judith Butler y los cuerpos e identidades críticas, subversivas y deconstructivas de la intersexualidad». *ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política* (40):235-44. Recuperado 30 de marzo de 2019 (<https://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/view/657/659>).
- González Yanes, Jerónimo. 2014. «Historia de la enfermería en la Defensa. Regulación normativa y marco jurídico de funciones profesionales». 107. Recuperado 29 de junio de 2019 (<http://historiaenfermeriacanaria.org/wp-content/uploads/2016/04/HISTORIA-DE->

LA-ENFERMERIA-EN-LA-DEFENSA-3.pdf).

- Goyal, Vinita, Sonya Borrero, y Eleanor Bimia Schwarz. 2012. «Unintended pregnancy and contraception among active duty servicewoman and veterans». *Am J Obstet Gynecol* 6(206):463-69. Recuperado 9 de septiembre de 2021 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3361625/>).
- Grau Duhart, Olga. 2013. «La ambigua escritura de Simone de Beauvoir». *Revista de filosofía* 69:151-67. Recuperado 9 de septiembre de 2021 (http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-43602013000100012&script=sci_arttext).
- Greer, Joy A., Craig M. Zelig, Kenny K. Choi, Nicole Calloway Rankins, Suneet P. Chauhan, y Everett F. Magann. 2012. «Return to military weight standards after pregnancy in active duty working women: comparison of marine corps vs. navy». *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 25(8):1433-37. Recuperado 12 de agosto de 2021 (<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14767058.2011.639820>).
- Grimwood, Tom. 2008. «Re-Reading The Second Sex 's 'Simone de Beauvoir'». *British Journal for the History of Philosophy* 16(1):197-213. Recuperado 9 de septiembre de 2021 (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09608780701789376>).
- Grupo de Coordinación de los Procedimientos de Reconocimiento Mutuo y Descentralizados – Medicamentos Humanos. 2014. «Restricciones de uso de bromocriptina en la inhibición de la lactancia». Recuperado 9 de septiembre de 2021 (https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/bromocriptine-article-31-referral-restrictions-use-bromocriptine-stopping-breast-milk-production_es.pdf).
- Guerrero Castañeda, Raúl Fernando, Tânia Maria de Oliva Menezes, y Marta Lenise do Prado. 2019. «Phenomenology in nursing research: reflection based on Heidegger's hermeneutics». *Escola Anna Nery* 23(4):1-7. Recuperado 9 de septiembre de 2021 (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000400501&tIng=en).
- Guzmán Carrasco, Patricia., Ana María. Díaz López, Daniel. Gómez López, Raquel. Guzmán Carrasco, y Ángela. Guzman Carrasco. 2012. «Actuación del fisioterapeuta en el tratamiento integral de la embarazada». *Nure Investigacion* (1). Recuperado 9 de septiembre de 2021 (<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/626>).
- Hakim, Catherine. 1998. «Developing a sociology for the Twenty-first Century: Preference Theory». *The British Journal of Sociology* 49(1):137-43. Recuperado 20 de septiembre de 2021 (https://www.jstor.org/stable/591267?seq=1#metadata_info_tab_contents).
- Hassim, Shireen. 2016. «Critical Thoughts on Keywords in Gender and History: An Introduction». *Gender & History* 28(2):299-306. Recuperado 20 de septiembre de 2021 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0424.12208>).
- Héctor Lacassie, Q. 2014. «Dolor y Embarazo». *Revista Médica Clínica Las Condes* 25(4):641-50.
- Heidegger, Martin. 1927. «Ser y Tiempo». Recuperado 10 de octubre de 2019 ([http://www.afoiceeomartelo.com.br/posfsa/Autores/Heidegger, Martin/Heidegger - Ser y tiempo.pdf](http://www.afoiceeomartelo.com.br/posfsa/Autores/Heidegger,%20Martin/Heidegger%20-%20Ser%20y%20tiempo.pdf)).
- Hernández Higareda, Salvador, Omar Alejandro Perez Pérez, Luz M^a Adriana Balderas Peña, Brenda Eugenia Martínez Herrera, Ana Leticia Salcedo Rocha, y Rosa Emilia Ramírez

- Conchas. 2017. «Enfermedades metabólicas maternas asociadas a sobrepeso y obesidad pregestacional en mujeres mexicanas que cursan con embarazos de alto riesgo». *Cirugía y cirujanos* 85(4):292-98. Recuperado 20 de septiembre de 2021 (<https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-avance-resumen-enfermedades-metabolicas-maternas-asociadas-sobrepeso-S0009741116300858>).
- Hernández Rodríguez, Alfonso. 1999. «Etnografía y género». *La ventana. Revista de estudios de género* (9):214-21. Recuperado 21 de febrero de 2019 (<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5202230>).
- Hidalgo Lacalle, Marta, María del Carmen López León, Maríz del Rocío Román Almendros, y Alba García Campaña. 2017. «Conocimientos de las gestantes sobre los cuidados del suelo pélvico. ¿Aportan las matronas suficiente información acerca de los cuidados del suelo pélvico?» *Nure Investigación* 14(90):1-22. Recuperado 20 de septiembre de 2021 (<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1145>).
- Hlatky, Stéfanie von. 2019. «The gender perspective and Canada's Armed Forces: Internal and external dimensions of military culture». Pp. 73-86 en *Women and gender perspective in the military. An international comparison*. Georgetown University Press.
- Hoepfner, Erika Barba-Müller. 2015. «Morphologic brain changes induced by pregnancy . A longitudinal magnetic resonance imaging study .» Universidad Carlos III.
- Holloway, Susan D., Sawako Suzuki, Yoko Yamamoto, y Jessica Dalesandro Mindnich. 2006. «Relation of Maternal Role Concepts to Parenting, Employment Choices, and Life Satisfaction Among Japanese Women». *Sex Roles* 54(3-4):235-49. Recuperado 20 de septiembre de 2021 (<http://link.springer.com/10.1007/s11199-006-9341-3>).
- Horvath, Lisa K., Thorana Grether, y Bettina S. Wiese. 2018. «Fathers' Realizations of Parental Leave Plans: Leadership Responsibility as Help or Hindrance?» *Sex Roles* 79(3-4):163-75. Recuperado 20 de septiembre de 2021 (<http://link.springer.com/10.1007/s11199-017-0861-9>).
- Hoxha, Ilir, Lamprini Syrogiannouli, Xhyljeta Luta, Kali Tal, David C. Goodman, Bruno R. da Costa, y Peter Jüni. 2017. «Caesarean sections and for-profit status of hospitals: systematic review and meta-analysis». *BMJ Open* 7(2):e013670. Recuperado 9 de septiembre de 2021 (<https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2016-013670>).
- Huseynov, Alik, Christoph P. E. Zollikofer, Walter Coudyzer, Dominic Gascho, Christian Kellenberger, Ricarda Hinzpeter, y Marcia S. Ponce de León. 2016. «Developmental evidence for obstetric adaptation of the human female pelvis». *Proceedings of the National Academy of Sciences* 113(19):5227-32. Recuperado 20 de septiembre de 2021 (<http://www.pnas.org/lookup/doi/10.1073/pnas.1517085113>).
- Igareda González, Noelia. 2009. «De la protección de la maternidad a una legislación sobre el cuidado». *Cuadernos electrónicos de Filosofía del Derecho. Universidad de Valencia* (18):140-52. Recuperado 15 de septiembre de 2021 (<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3022498>).
- Imaz, Elixabete. 2016. «Las madres bricoleurs. Estrategias, prácticas y modelos maternos contemporáneos». *Revista Estudos Feministas* 24(2):485-97. Recuperado 15 de septiembre de 2021 (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2016000200485&lng=es&tlng=es).

- La Información. 2016. «Trabajadoras de la Guardia Civil pueden usar la nueva sala de lactancia de la T4 de Barajas». Recuperado 15 de septiembre de 2021 (https://www.lainformacion.com/asuntos-sociales/TRABAJADORAS-GUARDIA-PUEDEN-LACTANCIA-BARAJAS_0_938907265.html).
- Instituto Bernabeu. Medicina Reproductiva. 2018. «Diccionario ginecológico». Recuperado 22 de mayo de 2019 (<https://www.institutobernabeu.com/es/diccionario-ginecologico/v/blastomera/>).
- Instituto de Reformas Sociales. 1906. «Reforma del art. 9º de la Ley 13 de marzo de 1900». *Boletín del Instituto de Reformas Sociales* III(26):81-97. Recuperado 15 de septiembre de 2021 (https://repositoriodocumental.mites.gob.es/jspui/bitstream/123456789/503/1/1_069555_1.pdf).
- Instituto Nacional de Estadística. 2017. «Tipo de lactancia según clase social basada en la ocupación de la persona de referencia. 2017». Recuperado 11 de agosto de 2021 (http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&secc=1254736195650&idp=1254735573175).
- Instituto Nacional de Estadística. 2020a. «Indicadores de fecundidad». Recuperado 10 de septiembre de 2020 (<https://www.ine.es/consul/serie.do?s=IDB80622>).
- Instituto Nacional de Estadística. 2020b. «Natalidad y fecundidad». Recuperado 3 de junio de 2021 (<https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1579>).
- Instituto Nacional de Estadística. 2021. «Mujeres y hombres en España 2020». 127. Recuperado 5 de septiembre de 2021 (<http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/mujeresHombres/docs/2014/Mujeresyhombres2013.pdf>).
- Instituto Nacional de Estadística. s. f. «Nacimientos por tipo de parto. Año 2015». Recuperado 2 de marzo de 2019 (<http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e301/nacim/a2015/I0/&file=01011.px>).
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. 2007. «Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres». *Boletín Oficial del Estado* (71).
- Instituto Social de las Fuerzas Armadas. 2020. «Memoria 2019. ISFAS». Recuperado 7 de septiembre de 2021 (https://www.defensa.gob.es/isfas/Galerias/ficheros/Memoria/Memoria_2019.pdf).
- Jantzer, Amanda M., Jenn Anderson, y Rebecca A. Kuehl. 2018. «Breastfeeding Support in the Workplace: The Relationships Among Breastfeeding Support, Work-Life Balance, and Job Satisfaction.» *Journal of Human Lactation : Official Journal of International Lactation Consultant Association* 34(2):379-85.
- Jefatura del estado. 2009. «Ley 9/2009, de 6 de octubre, de ampliación de la duración del permiso de paternidad en los casos de nacimiento, adopción o acogida». 84692-94.
- Jefatura del Estado. 1945. «Fuero de los Españoles». *Boletín Oficial del Estado* (199):358-60. Recuperado 10 de octubre de 2021 (<https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1945/199/A00358-00360.pdf>).
- Jefatura del Estado. 1961. «Ley 56/1961, de 22 de julio, sobre derechos políticos profesionales y de trabajo de la mujer». *Boletín Oficial del Estado* (175):11.004-11.005.

- Jefatura del Estado. 1978. «Constitución Española». *Boletín Oficial del Estado* (311.1):29315-424.
- Jefatura del Estado. 1984. «Ley 30/1984, de 2 de agosto, de medidas para la reforma de la función pública». *Boletín Oficial del Estado* (185):22629-50.
- Jefatura del Estado. 1985. «Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal.» *Boletín Oficial del Estado* (166):22041.
- Jefatura del Estado. 1988. «Real Decreto Ley 1/1988, de 22 de febrero, por el que se regula la incorporación de la mujer a las Fuerzas Armadas». *Boletín Oficial del Estado* (46):5672.
- Jefatura del Estado. 1989. «Ley 17/1989, de 19 de julio, Reguladora del Régimen de Personal Militar Profesional». *Boletín Oficial del Estado* (172):23129-47.
- Jefatura del Estado. 1999a. «Ley 17/1999, de 18 de mayo, de Régimen del Personal de las Fuerzas Armadas». *Boletín Oficial del Estado* (119):18751-97.
- Jefatura del Estado. 1999b. «Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.» *Boletín Oficial del Estado* (266):38934-42.
- Jefatura del Estado. 2004. «Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género». *Boletín Oficial del Estado* (313):42166-97.
- Jefatura del Estado. 2005. «Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio». *Boletín Oficial del Estado* (157):23632-34.
- Jefatura del Estado. 2006a. «Ley 14/20106, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida». *Boletín Oficial del Estado* (126):19947-56.
- Jefatura del Estado. 2006b. «Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.» *Boletín Oficial del Estado* (299):44142-56.
- Jefatura del Estado. 2007. «Ley 39/2007, de 19 de noviembre, de la carrera militar.» *Boletín Oficial del Estado* (278):47336-40.
- Jefatura del Estado. 2010. «Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.» *Boletín Oficial del Estado* (55):21001-14.
- Jefatura del Estado. 2011. «Real Decreto 456 / 2011, de 1 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de destinos del personal militar profesional.» 1-21.
- Jefatura del Estado. 2014. «Ley Orgánica 8 / 2014 , de 4 de diciembre , de Régimen Disciplinario de las Fuerzas Armadas». *Boletín Oficial del Estado* (294):100151-91.
- Jefatura del Estado. 2018. «Ley 6/2018, de 3 de julio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2018». *Boletín Oficial del Estado* (161):66914.
- Jefatura del Estado. 2019. «Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación». *Boletín Oficial del Estado (BOE)* 0(57):21692-717.
- Jiménez Arreola, Jazmín y M^a de los Ángeles Aguilera Barreiro. 2015. «Lactancia materna como factor preventivo para la osteoporosis en mujeres adultas». 32(6):2600-2605.

- Recuperado 20 de septiembre de 2021
(https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112015001200032).
- Kanter, Rosabeth Moss. 1977. *Men and women of the corporation*. New York: Basic Books.
- Kate Millett. 1969. *Politica-sexual*. editado por Instituto de la Mujer de la Universidad de Valencia. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Kay, Sophie Eleanor, Charlotte Jean Sandhu, Philip Xiu, Shreelata Datta, Ruma Dutta, y Fevzi Shakir. 2020. *Lo esencial en ginecología y obstetricia*. Elsevier España, S.L.U.
- King, Anthony. 2013. «Women in Combat». *The RUSI Journal* 158(1):4-11. Recuperado 20 de septiembre de 2021
(<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03071847.2013.774634>).
- Knotts, Robert J. y Hasan Garan. 2014. «Cardiac arrhythmias in pregnancy». *Seminars in Perinatology* 38(5):285-88. Recuperado 20 de septiembre de 2021
(<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0146000514000354>).
- Kozhimannil, Katy B., Judy Jou, Dwenda K. Gjerdingen, y Patricia M. McGovern. 2016. «Access to Workplace Accommodations to Support Breastfeeding after Passage of the Affordable Care Act». *Women's Health Issues* 26(1):6-13. Recuperado 10 de octubre de 2021
(<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1049386715001176>).
- Krol, Kathleen M. y Tobias Grossmann. 2018. «Psychological effects of breastfeeding on children and mothers». *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 61(8):977-85. Recuperado 10 de octubre de 2021
(<http://link.springer.com/10.1007/s00103-018-2769-0>).
- Krylova, Anna. 2016. «Gender Binary and the Limits of Poststructuralist Method». *Gender & History* 28(2):307-23.
- Langford, D., Hancock, M.R., Fellows, R. and Gale, A. 2003. «Women in construction». P. 344 en *Human Resources in the Management of Construction*. Routledge.
- Laurenzo Copello, Patricia. 2005. *El aborto en la legislación española: una reforma necesaria*. Fundación Alternativas.
- De Lauretis, Teresa. 2015. «Género y teoría queer.» en *Mora*. Vol. 21. Buenos Aires.
- Lawrence-Wood, Ellie, S. Kumar, S. Crompvoets, B. G. Fosh, H. Rahmanian, L. Jones, y S. Neuhaus. 2016. «A systematic review of the impacts of active military service on sexual and reproductive health outcomes among servicewomen and female veterans of armed forces». *Journal of Military and Veterans' Health* 24(3):34-55. Recuperado 20 de septiembre de 2021 (<https://jmvh.org/article/a-systematic-review-of-the-impacts-of-active-military-service-on-sexual-and-reproductive-health-outcomes-among-servicewomen-and-female-veterans-of-armed-forces/>).
- Lazarre, Jane. 2018. *El nudo materno*. Las afueras.
- Leal Ramos, León. 1923. «Mutualidades maternas». *Correo de la mañana*, septiembre 1.
- León Borja, Margarita. 2002. «Equívocos de la solidaridad. Prácticas familiaristas en la construcción de la política social española». *Revista Internacional de Sociología* 60(31):137-64. Recuperado 10 de octubre de 2021
(<https://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/708>).

- De Linos Escario, Almudena. 2018. «Madres e hijas: ¿Se hereda el modelo de maternidad?» *Empiria* (39):175-99. Recuperado 10 de octubre de 2021 (<http://revistas.uned.es/index.php/empiria/article/view/20882>).
- Lombardo, Emanuela y Margarita León. 2015. «Políticas de igualdad de género y sociales en España: origen, desarrollo y desmantelamiento en un contexto de crisis económica». *Investigaciones Feministas* 5:13-35. Recuperado 10 de octubre de 2021 (<http://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/47986>).
- Longo, María Eugenia. 2009. «Género y trayectorias laborales. Un análisis del entramado permanente de exclusiones en el trabajo». *Trayectorias* 11(28):118-41. Recuperado 10 de octubre de 2021 (<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=60712751008>).
- López Jaramillo, Patricio, Katherine Sotomayor Rubio, Arístides Sotomayor Rubio, y Cristina López López. 2014. «Papel del endotelio en hipertensión inducida por el embarazo : ¿alteraciones comunes a las de la aterosclerosis?» *An Fac Med* 75(4):361-66. Recuperado 10 de octubre de 2021 (<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v75i4.10858>).
- Lundqvist, Asa. 1999. «Conceptualising Gender in a Swedish Context». *Gender & History* 11(3):583-96. Recuperado 10 de octubre de 2021 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0424.00165>).
- Van Manen, Max. 2014. «Meaning and method». en *Phenomenology of Practice: Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing*. Vol. 1. Beaverton: Ringgold Inc.
- Marcenario Gutierrez, Oscar David. 2008. «Conciliando la vida personal, familiar y profesional de las mujeres y hombres malagueñas/os». 1-243. Recuperado 29 de junio de 2019 (http://areadeigualdad.malaga.eu/export/sites/default/mujer/mujer/portal/menu/seccion_0006/documentos/Conciliando_la_vida_personal_x_familiar_y_profesional_de_las_mujeres_y_de_los_hombres_malagueñas_y_malagueños.pdf).
- Martin, Claude. 2005. «La parentalidad: Controversias en torno de un problema público». *Revista de estudios de género: la ventana* 3(22):7-34. Recuperado 10 de octubre de 2021 (http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362005000200007&lng=es&nrm=iso).
- Martín Martínez, Victor. 2009. «Las mujeres en los ejércitos europeos y americanos». Pp. 23-43 en *Las mujeres militares en España (1988-2008)*.
- Di Mascio, Daniele, Elena Rita Magro-Malosso, Gabriele Saccone, Gregory D. Marhefka, y Vincenzo Berghella. 2016. «Exercise during pregnancy in normal-weight women and risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 215(5):561-71. Recuperado 10 de octubre de 2021 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937816303441>).
- Matsumoto, Alvin M. y William J. Bremner. 2017. «Patología testicular». Pp. 693-783 en *Williams. Tratado de Endocrinología*, editado por S. Melmed, K. S. Polonsky, P. R. Larsen, y H. M. Kronenberg. Elsevier.
- Mattocks, Kristin M., Aimee Kroll-Desrosiers, Rebecca Kinney, y Sara Singer. 2019. «Understanding Maternity Care Coordination for Women Veterans Using an Integrated Care Model Approach». *Journal of General Internal Medicine* 34(S1):50-57. Recuperado 10 de febrero de 2021 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6542965/>).

- Mattocks, Kristin M., Melissa Skanderson, Joseph L. Goulet, Cynthia Brandt, Julie Womack, Erin Krebs, Rani Desai, Amy Justice, Elizabeth Yano, y Sally Haskell. 2010. «Pregnancy and mental health among women veterans returning from Iraq and Afghanistan». *Journal of Women's Health* 19(12):2159-66. Recuperado 10 de octubre de 2021 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3052271/>).
- Mazariegos, Mónica y Manuel Ramírez Zea. 2015. «Lactancia materna y enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta». *Archivos latinoamericanos de nutrición* 65(3):143-51. Recuperado 10 de octubre de 2021 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26821485>).
- McCarthy, Margaret M. 2016. «Sex differences in the developing brain as a source of inherent risk.» *Dialogues in clinical neuroscience* 18(4):361-72. Recuperado 10 de octubre de 2021 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28179808/>).
- Medialdea García, Bibiana. 2016. «Discriminación laboral y trabajo de cuidados: el derecho de las mujeres jóvenes a no elegir». *Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas* 1(1):90-107. Recuperado 25 de octubre de 2020 (<http://revistas.udc.es/index.php/ATL/article/view/arief.2016.1.1.1792>).
- Medina Ávila, Carlos J. 2011. «La indumentaria militar». *Emblemata. Revista Aragonesa de Emblemática* 17:91-106. Recuperado 10 de octubre de 2021 (<https://ifc.dpz.es/recursos/publicaciones/31/78/06medina.pdf>).
- Medina Bravo, Pilar, Mònica Figueras Maz, y Lorena Gómez Puertas. 2014. «El ideal de madre en el siglo XXI. La representación de la maternidad en las revistas de familia». *Estudios sobre el Mensaje Periodístico* 20(1):487-504. Recuperado 10 de octubre de 2021 (<http://revistas.ucm.es/index.php/ESMP/article/view/45244>).
- Melmed, Shlomo, Kenneth S. Polonsky, P. Reed Larsen, y Henry M. Kronenberg. 2017. *Williams. Tratado de Endocrinología*. 13 Ed. editado por Elsevier.
- Merino, Patricia. 2017. *Maternidad, Igualdad y Fraternidad*. Madrid: Clave Intelectual.
- Metzl, Marilyn Newman. 2003. «The Reproduction of Mothering; Feminism and Psychoanalytic Theory; Femininities, Masculinities and Sexualities; The Power of Feelings (Book Reviews)». 55-60. Recuperado (<https://www.apadivisions.org/division-39/publications/reviews/chodorow.aspx>).
- De Miguel, Ana. 2001. «Biochemical and immunopathological changes in experimental neurotoxocarías». *Sociológica* (4):171-75. Recuperado 10 de octubre de 2021 (<https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/2721/SO-4-rec-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
- Miller, Michael J., Jennifer Kutcher, y Kerrie L. Adams. 2017. «Effect of pregnancy on performance of a standardized physical fitness test». *Military Medicine* 182(11):e1859-63.
- Ministerio de Defensa. 1992. «Real Decreto 984 / 1992 , de 31 de julio , por el que se aprueba el Reglamento de Tropa y Marinería». *Boletín Oficial del Estado* (209):30037-42.
- Ministerio de Defensa. 2000. «Real Decreto 66/2000, de 21 de enero, por el que se modifican las condiciones de acceso a Militar Profesional de Tropa y Marinería de las Fuerzas Armadas». *Boletín Oficial del Estado* (19):2978.
- Ministerio de Defensa. 2002. «Real Decreto 1244/2002, de 29 de noviembre, por el que se

- aprueba el Reglamento de acceso de extranjeros a la condición de militar profesional de tropa y marinería». *Boletín Oficial de Defensa* (287):42024-28.
- Ministerio de Defensa. 2004. «Orden Ministerial núm. 102/2004, de 16 de mayo, por la que se regulan los permisos por guarda legal y por lactancia para los Militares Profesionales». *Boletín Oficial de Defensa* (102):5824-27.
- Ministerio de Defensa. 2005. «Orden DEF/524/2005, de 7 de marzo, por la que se dispone la publicación del Acuerdo de Consejo de Ministros de 4 de marzo de 2005, por el que se aprueban medidas para favorecer la incorporación y la integración de la mujer en las Fuerzas Armadas». *Boletín Oficial del Estado* (57):8109-10.
- Ministerio de Defensa. 2006. «Orden Ministerial 121/2006, de 4 de octubre, por la que se aprueban las normas sobre jornada y horario de trabajo, vacaciones, permisos y licencias de los Militares Profesionales de las Fuerzas Armadas». *BOD* (197):10962-69.
- Ministerio de Defensa. 2007. «Instrucción 68/2007, de 14 de mayo, de la Subsecretaria de Defensa, por la que se establecen las normas sobre los criterios de admisión en Centros de Educación Infantil, Primer Ciclo, dependientes del Ministerio de Defensa». *Boletín Oficial de Defensa* (100):5967-78.
- Ministerio de Defensa. 2008a. «Instrucción 41/2008, de 22 de abril, de la Subsecretaria de Defensa por la que se establecen las normas sobre los criterios de admisión en Centros de Educación Infantil, Primer Ciclo, dependientes del Ministerio de Defensa». *Boletín Oficial del Estado* (84):5602-4.
- Ministerio de Defensa. 2008b. «Instrucción 75/2008, de 25 de septiembre, de la Subsecretaria de Defensa, por la que se modifica la Instrucción 41/2008, de 29 de abril, por la que se establecen las normas sobre los criterios de admisión en Centros de Educación Infantil, Primer Ciclo». *Boletín Oficial de Defensa* (191):12675.
- Ministerio de Defensa. 2008c. «Real Decreto 1755 / 2007, de 28 de diciembre, de prevención de riesgos laborales del personal militar de las Fuerzas Armadas y de la organización de los servicios de prevención.» *Boletín Oficial del Estado* (16):3679-84.
- Ministerio de Defensa. 2009. «Real Decreto 168/2009, de 13 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de evaluaciones y ascensos en las Fuerzas Armadas y sobre el acceso a la condición de militar de carrera de militares de tropa y marinería.» *Boletín Oficial del Estado* (39):15507-28.
- Ministerio de Defensa. 2010. «Orden 55/2010, de 10 de septiembre, por la que determina el modelo y las normas reguladoras de los informes personales de calificación». *Boletín Oficial de Defensa* (181):10187-96.
- Ministerio de Defensa. 2011a. «Ley 9/2011 de 27 de julio, de derechos y deberes de los miembros de las fuerzas armadas». *Boletín Oficial del Estado* (180):85324.
- Ministerio de Defensa. 2011b. «Orden Ministerial 3/2011, de 15 de febrero, que modifica la Orden Ministerial 121/2006, de 4 de octubre, por la que se aprueban las normas sobre jornada y horario de trabajo, vacaciones, permisos y licencias de los Militares Profesionales». *Boletín Oficial de Defensa* (65):4652-54.
- Ministerio de Defensa. 2011c. «Orden Ministerial 51/2011, de 28 de julio, por la que se cambia la denominación del Centro de Estudio sobre la situación de la Mujer en las Fuerzas Armadas por Observatorio militar para la igualdad entre mujeres y hombres». *Boletín*

Oficial de Defensa (153):21537-40.

- Ministerio de Defensa. 2012. «Orden Ministerial 15/2012, de 13 de marzo, que modifica la Orden Ministerial 121/2006, de 4 de octubre, por la que se aprueban las normas sobre jornada y horario de trabajo, vacaciones, permisos y licencias de los Militares Profesionales». *Boletín Oficial de Defensa* (52):6102-3.
- Ministerio de Defensa. 2015a. «Orden DEF/253/2015 , de 9 de febrero , por la que se regula el régimen de vacaciones , permisos , reducciones de jornada y licencias de los miembros de las Fuerzas Armadas .» (42):13193-208.
- Ministerio de Defensa. 2015b. «Resolución 400/38199/2015, de 21 de diciembre, de la Subsecretaría, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 20 de noviembre de 2015, por el que se aprueba el Protocolo de actuación frente al acoso sexual y por razón de sexo en las Fue». *Boletín Oficial del Estado* (312):123191-207.
- Ministerio de Defensa. 2017a. «Real Decreto 577/2017, de 12 de junio, por el que se modifica el Reglamento de destinos del personal militar profesional aprobado por el Real Decreto 456/2011, de 1 de abril». *Boletín Oficial de Defensa* (140):48542-49.
- Ministerio de Defensa. 2017b. «Real Decreto 577/2017, de 12 de junio, por el que se modifica el Reglamento de destinos del personal militar profesional aprobado por el Real Decreto 456/2011, de 1 de abril». *Boletín Oficial del Estado* (140):48542-49.
- Ministerio de Defensa. 2019a. «Orden DEF/111/2019, de 8 de febrero, por la que se regula la estructura y funcionamiento del Observatorio Militar para la igualdad entre mujeres y hombres en las Fuerzas Armadas». *Boletín Oficial del Estado* (35):12403-7.
- Ministerio de Defensa. 2019b. «Orden DEF/112/2019, de 8 de febrero, por la que se modifica la Orden DEF/253/2015, de 9 de febrero, por la que se regula el régimen de vacaciones, permisos, reducciones de jornada y licencias de los miembros de las Fuerzas Armadas». *Boletín Oficial del Estado* (35):12408-19.
- Ministerio de Defensa. 2021. «Acceso suboficiales. Promoción para cambio de escala». Recuperado 11 de agosto de 2021 (<http://soldados.es/como-ingresar/suboficiales/ingresar/ingreso-promocion/>).
- Ministerio de Hacienda. 2017. «Acuerdo Marco de servicios de gestión de los centros de educación infantil del Ministerio de Defensa». Recuperado (https://contrataciondelestado.es/wps/portal/!ut/p/b0/04_Sj9CPyKssy0xPLMnMz0vMAfljU1JTC3ly87KtUIJLEnNyUuNzMpMzSxKTgQr0w_Wj9KMyU1zLcvQjTcl8KixN88stzRwDvY1CXNmi3Cu1HW1t9Qtycx0Btg1iaA!!/).
- Ministerio de Igualdad. 2020. «Instituto de las Mujeres. Historia». Recuperado 10 de febrero de 2021 (<http://www.inmujer.gob.es/elinstituto/historia/home.htm>).
- Ministerio de Justicia. 1973. «Decreto 3096/1973, de 14 de septiembre por el que se publica el Código Penal, texto refundido conforme a la Ley 44/1971, de 15 de noviembre». *Boletín Oficial del Estado* (297):24004-18.
- Ministerio de la Gobernación. 1900. «Ley 13 de marzo de 1900». *Gaceta de Madrid* I(73):875-76.
- Ministerio de la Gobernación. 1907. «Reforma del artículo 9 de la Ley de 13 de marzo de 1900». *Gaceta de Madrid* (10):114.

- Ministerio de la Presidencia. 1994. «Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y de orden social». *Boletín Oficial del Estado* (313):39458-504.
- Ministerio de Política Territorial Y Función Pública. 2018. «Resolución de 22 de noviembre de 2018, de la Secretaría de Estado de Función Pública, por la que se publican los acuerdos para la ampliación del permiso de paternidad a dieciséis semanas y para la aplicación de la bolsa de horas prevista en la Disposición». *Boletín Oficial del Estado* (293):119583-86.
- Ministerio de Política Territorial y Función Pública. 2018. «Acuerdo de la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado para la ampliación del permiso de paternidad a dieciséis semanas».
- Ministerio de Sanidad. 2020. «Atención perinatal en España: análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018».
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015. «Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el Sistema Nacional de Salud». 103. Recuperado 1 de noviembre de 2021 (https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf).
- Mitteroecker, Philipp, Simon M. Huttegger, Barbara Fischer, y Mihaela Pavlicev. 2016. «Cliff-edge model of obstetric selection in humans». *Proceedings of the National Academy of Sciences* 113(51):14680-85.
- Montes López, Estrella. 2017. «La ausencia de corresponsabilidad, freno para el desarrollo de la carrera laboral femenina en la Academia». *Feminismo/s* (29):221-42. Recuperado 25 de octubre de 2020 (<http://hdl.handle.net/10045/68933>).
- Mularz, Amanda, Steven Dalati, y Pedigo Ryan. 2017. *Obstetricia y Ginecología : Secretos*. Cuarta Edi. Elsevier.
- Múnera Echeverri, Ana G. 2018. «Enfermedad cardíaca y embarazo». *Revista Colombiana de Cardiología* 25(S1):49-58. Recuperado 16 de septiembre de 2021 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2017.11.028>).
- Muñoz Ortiz, Edison, Juan Fernando Agudelo, Jesús Velásquez, y Edwin F. Arévalo. 2017. «Arritmias en la paciente embarazada». *Revista Colombiana de Cardiología* 24(4):388-93. Recuperado 10 de octubre de 2021 (https://rccardiologia.com/previos/RCC_2017_Vol.24/RCC_2017_24_4_JUL-AGO/RCC_2017_24_4_388-393.p).
- Murphy, Deirdre J. y Tom Fahey. 2013. «A retrospective cohort study of mode of delivery among public and private patients in an integrated maternity hospital setting». *BMJ Open* (3):e003865. Recuperado 10 de octubre de 2021 (<https://bmjopen.bmj.com/content/3/11/e003865>).
- Nash, Mary. 1991. «Pronatalismo y maternidad en la España franquista». Pp. 279-309 en *Maternidad y políticas de género*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Nesbitt, Amy y Adrienne Evertson. 2004. «The glass ceiling effect and its impact on mid-level female officer career progression in the United States Marine Corps and Air Force Naval Postgraduate». Recuperado 10 de octubre de 2021 (<https://ia803001.us.archive.org/14/items/theglassceilinge109451711/theglassceilinge109451711.pdf>).
- Nogues, Perrine, Esther Dos Santos, Hélène Jammes, Paul Berveiller, Lucie Arnould, François Vialard, y Marie-Noëlle Dieudonné. 2019. «Maternal obesity influences expression and

- DNA methylation of the adiponectin and leptin systems in human third-trimester placenta». *Clinical Epigenetics* 11(1):20. Recuperado 10 de octubre de 2021 (<https://clinicalepigeneticsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13148-019-0612-6>).
- Norando, Verónica. 2018. «Avanzando en una perspectiva teórica sobre las relaciones de género y clase de la historia del movimiento obrero». *La ventana. Revista de estudios de género* (48):9-47. Recuperado 10 de octubre de 2021 (<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6494942>).
- Norris, Pippa y Joni Lovenduski. 2001. «Blair's Babes: Critical Mass Theory, Gender, and Legislative Life». *Faculty Research Working Papers Series* (September). Recuperado 10 de octubre de 2021 (https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=288548).
- Observatorio de la vida militar. 2015. «Memoria Informe año 2014. Movilidad geográfica de los militares». 70-122. Recuperado 28 de febrero de 2020 (<http://www.observatoriodelavidamilitar.es/informes.html>).
- Observatorio Militar para la Igualdad. 2020. «Informe anual 2019 de evolución de la mujer y el hombre en las Fuerzas Armadas». Recuperado 10 de octubre de 2021 (<https://www.defensa.gob.es/Galerias/ministerio/organigramadocs/omi/informe-2019-de-evolucion-de-la-mujer-y-el-hombre-en-las-Fuerzas-Armadas.pdf>).
- Observatorio Militar para la Igualdad. 2021. «Informe Anual 2020 de evolución de la mujer y el hombre en las Fuerzas Armadas». Recuperado 25 de septiembre de 2021 (<https://www.defensa.gob.es/Galerias/ministerio/organigramadocs/omi/Informe-2020-evolucion-mujer-hombre-FAS.pdf>).
- Observatorio para la Igualdad entre Mujeres y Hombres en las Fuerzas Armadas. 2015a. «Guía práctica para la víctima de acoso». 1-18.
- Observatorio para la Igualdad entre Mujeres y Hombres en las Fuerzas Armadas. 2015b. «Manual de buenas prácticas para el mando ante situaciones de acoso sexual». 1-26.
- Oladapo, OT y B. Fawole. 2012. «Treatments for suppression of lactation». *Cochrane Database of Systematic Reviews* (9). Recuperado 10 de octubre de 2021 (http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005937/pdf_fs.html%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed9&NEWS=N&AN=2009485913).
- Organización Internacional del Trabajo. 1919. «Convenio sobre la protección de la maternidad». Recuperado 1 de abril de 2019 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C003).
- Organización Internacional del Trabajo. 1952. «Convenio sobre la protección de la maternidad». Recuperado 1 de febrero de 2018 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C103).
- Organización Mundial de la Salud. 2018. «Género y Salud». Recuperado 20 de noviembre de 2018 (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>).
- Osborne, Raquel y Cristina Molina Petit. 2008. «Evolución del concepto de género». *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales* (nº 15):147-82.
- Oter Quintana, Cristina, Teresa González Gil, Ángel Martín García, y María Teresa Alcolea Cosín. 2017. «Photoelicitation: A useful tool to investigate management of the

- vulnerability of homeless women». *Enfermería Clínica (English Edition)* 27(5):308-13. Recuperado 10 de octubre de 2021 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcle.2017.05.008>).
- Palomar Vereá, Cristina. 2005a. «La política de género en la educación superior». *La ventana. Revista de estudios de género* (21):7-44. Recuperado 10 de junio de 2021 (http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362005000100007).
- Palomar Vereá, Cristina. 2005b. «Maternidad: Historia y cultura». *La ventana. Revista de estudios de género* (22):35-67. Recuperado 10 de octubre de 2021 (http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362005000200035).
- Pardal Fernández, Jose M. y T. Segura. 2018. «Síndrome del túnel carpiano en 4 embarazadas. Controversia entre electrofisiología y ecografía». *Rehabilitación* 52(3):206-10. Recuperado 10 de octubre de 2021 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048712018300707>).
- Pavličev, Mihaela, Roberto Romero, y Philipp Mitteroecker. 2020. «Evolution of the human pelvis and obstructed labor: new explanations of an old obstetrical dilemma». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 222(1):3-16. Recuperado 10 de octubre de 2021 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937819308191>).
- Pellicer Martínez, Antonio. 2014. *Obstetricia y Ginecología: Para el grado de medicina*. Editorial Médica Panamericana.
- Peres Díaz, Daniel. 2016. «Power, queer theory and Cyborg body». *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*. (Suplemento 5):125-34. Recuperado 1 de febrero de 2019 (<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85016732427&doi=10.6018%2Fdaimon%2F269401&partnerID=40&md5=37f971006d7f445e8fb4cf8ad8c026b0>).
- Pohlhammer, José Maldifassi. 1987. «Energía nuclear fundamentos». *Revista de Marina*. Recuperado 20 de junio de 2019 (<https://revistamarina.cl/revistas/1987/4/maldifassi.pdf>).
- Pons Peregort, Olga, Maria Dolors Calvet Puig, Marta Tura Solvas, y Cristina Muñoz Illescas. 2013. «Análisis de la igualdad de oportunidades de género en la ciencia y la tecnología: Las carreras profesionales de las mujeres científicas y tecnólogas». *Intangible capital* 2013 9(1):65-90. Recuperado 1 de julio de 2019 (<http://upcommons.upc.edu/handle/2117/17991>).
- Posada Kubissa, Luisa. 2015. «El “género”, Foucault y algunas tensiones feministas». *Estudios de Filosofía* (52):29-43. Recuperado 10 de octubre de 2021 (http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/estudios_de_filosofia/article/view/25052).
- Queralt, Joan J. 2013. «La regulación del aborto en España tras la ley orgánica 2 de 2010.» *Cuadernos de derecho penal* (9). Recuperado 10 de octubre de 2021 (http://revistas.usergioarboleda.edu.co/index.php/cuadernos_de_derecho_penal/article/view/337).
- Ramírez Velez, Robinson y José Enrique Correa Bautista. 2015. *Resultados maternos y fetales de la actividad física durante el embarazo*. Universidad del Rosario.

- Ramiro González, María D., Honorato Ortiz Marrón, Celina Arana Cañedo-Argüelles, María Jesús Esparza Olcina, Olga Cortés Rico, María Terol Claramonte, y María Ordobás Gavín. 2018. «Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN». *Anales de Pediatría* 89(1):32-43. Recuperado 8 de septiembre de 2021 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403317303144>).
- Real Academia Española. 2019. «Diccionario de la Lengua Española». Recuperado 3 de octubre de 2019 (<https://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=fenómeno>).
- Recio Alcaide, Adela. 2015. «La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema». *Dilemata* 7(18):13-26-26. Recuperado 8 de septiembre de 2021 (<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106931>).
- Recio Alcalde, Adela y José María Arranz Muñoz. 2020. «Evaluación del impacto de la Estrategia de Atención al Parto Normal sobre las tasas de cesáreas y mortalidad perinatal en España». *Papeles de Trabajo* 8/2020. Recuperado 8 de agosto de 2021 (https://www.ief.es/docs/destacados/publicaciones/papeles_trabajo/2020_08.pdf).
- Reyes Romagosa, Daniel Enrique, Ada Delia Saborit Quesada, María Rosa Paneque Gamboa, Gisela del Carmen Diz Suárez, y Yohana Morgado Lastres. 2017. «Influencia del tipo y tiempo de lactancia materna en la aparición de los hábitos deformantes». *Revista Cubana de Estomatología* 54(4). Recuperado 5 de mayo de 2021 (http://scielo.sld.cu/pdf/est/v54n4/a07_788.pdf).
- Rich, Adrienne. 1976. *Of Woman Born. Motherhood as Experience and Institution*. Norton: Cátedra.
- Rich, Adrienne. 2019. *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Rodríguez Blanque, Raquel, Juan Carlos Sánchez García, Antonio Manuel Sánchez López, y María José Aguilar Cordero. 2019. «Physical activity during pregnancy and its influence on delivery time: a randomized clinical trial». *PeerJ* 7(February):e6370. Recuperado 8 de junio de 2019 (<https://peerj.com/articles/6370>).
- Rodríguez Blanque, Raquel, Juan Carlos Sanchez Garcia, Antonio Manuel Sanchez Lopez, Manuela Expósito Ruiz, y Maria Jose Aguilar Cordero. 2019. «Randomized Clinical Trial of an Aquatic Physical Exercise Program During Pregnancy». *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 48(3):321-31.
- Rodriguez Blanque, Raquel, Juan Carlos Sánchez García, Antonio Manuel Sánchez López, Norma Mur Villar, y Maria Jose Aguilar Cordero. 2018. «The influence of physical activity in water on sleep quality in pregnant women: A randomised trial». *Women and Birth* 31(1):e51-58. Recuperado 17 de mayo de 2019 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1871519216302670>).
- Rodríguez Cortés, Yessica María y Hugo Mendieta Zerón. 2014. «La placenta como órgano endocrino compartido y su acción en el embarazo normoevolutivo». *Medicina e Investigación* 2(1):28-34. Recuperado 6 de mayo de 2021 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S221431061530025X>).
- Rogers, Amy E., Zeina G. Khodr, Anna T. Bukowinski, Ava Marie S. Conlin, Dennis J. Faix, y Shawn M. S. Garcia. 2020. «Postpartum Fitness and Body Mass Index Changes in Active Duty Navy Women». *Military Medicine* 185(1-2):E227-34.

- Romá Mateo, Carlos. 2016. *La epigenética*. Madrid: CSIC Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Romero, Gabriel, Jaime González Rey, César Rodríguez Estévez, Rosario Timiraos Carrasco, y Angélica Molina Blanco. 2013. «Las 4 reglas de la espirometría». *Cuadernos de atención primaria* 20(7):7-50. Recuperado 10 de febrero de 2019 (<https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/20-7-50-het.pdf>).
- Rubin, Gale. 1989. «Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad». Pp. 113-90 en *Placer y peligro: explorando la sexualidad*, editado por C. Vance. Talasa Ediciones.
- Ruiz-Berdún, María Dolores y Alberto Gomis Blaco. 2017. *Compromiso social y género: La historia de las matronas en España en la segunda república, la guerra civil y la autarquía (1931-1955)*. Excmo. Ayuntamiento de Alcalá de Henares. Servicio de Publicaciones.
- Ruiz de Viñaspre Hernandez, Regina. 2018. «Eficacia de la gimnasia abdominal hipopresiva en la rehabilitación del suelo pélvico de las mujeres: revisión sistemática». *Actas Urologicas Espanolas* 42(9):557-66. Recuperado 10 de octubre de 2021 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S021048061730222X>).
- Ryder, Guy. 2014. «La maternidad y la paternidad en el trabajo. La legislación y la práctica en el mundo». Recuperado 18 de septiembre de 2021 (https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_242618/lang--es/index.htm).
- Sabido Ramos, Olga. 2010. «Una reflexión teórica sobre el cuerpo. A propósito de una contingencia sanitaria». *Estudios sociológicos* XXVIII(84):813-45. Recuperado 8 de agosto de 2021 (https://www.jstor.org/stable/25764528?seq=1#metadata_info_tab_contents).
- Saligheh, Maryam, Beverley McNamara, y Rosanna Rooney. 2016. «Perceived barriers and enablers of physical activity in postpartum women: A qualitative approach». *BMC Pregnancy and Childbirth* 16(131). Recuperado 12 de agosto de 2021 (<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0908-x>).
- Sanders, Karin, Tineke M. Willemsen, y Carla C. J. M. Millar. 2009. «Views from above the glass ceiling: Does the academic environment influence women professors' careers and experiences?» *Sex Roles* (60):301-12. Recuperado 12 de agosto de 2021 (<https://link.springer.com/article/10.1007/s11199-008-9547-7>).
- Sandoval Jurado, Luis, María Valeria Jiménez Báez, Sibli Olivares Juárez, y Tomas de la Cruz Olvera. s. f. «Lactancia Materna, Alimentación Complementaria y El Riesgo de Obesidad Infantil». *Atención Primaria* 48(9):572-78. Recuperado 10 de junio de 2020 ([isevier.com/retrieve/pii/S0212656715003339](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715003339)).
- Sandoval, Luis Eduardo y María Camila Otálora. 2015. «Desarrollo corporal y liderazgo en el proceso de formación militar». *Revista Científica General José María Córdova* 13(16):33-53. Recuperado 10 de agosto de 2021 (http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-65862015000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=es).
- Scott, Joan W. 1997. «El género : Una categoría útil para el análisis histórico». Pp. 265-302 en *“El género, la construcción cultural de la diferencia sexual*. Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa.

- Scott, Joan W. 2011. «Género: ¿Todavía una categoría útil para el análisis?» *La manzana de la discordia* 6(1):95-101. Recuperado 23 de marzo de 2019 (https://manzanadiscordia.univalle.edu.co/index.php/la_manzana_de_la_discordia/articulo/view/1514).
- Scott, Victoria C., Yheneko J. Taylor, Cecily Basquin, y Kailas Venkitsubramanian. 2019. «Impact of Key Workplace Breastfeeding Support Characteristics on Job Satisfaction, Breastfeeding Duration, and Exclusive Breastfeeding among Health Care Employees». *Breastfeeding Medicine* 14(6):416-23. Recuperado 10 de septiembre de 2021 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30994382/>).
- Shelton, Susan Liipfert y Shih Yu Sylvia Lee. 2018. «Women's Self-Reported Factors That Influence Their Postpartum Exercise Levels». *Nursing for Women's Health* 22(2):148-57. Recuperado 12 de agosto de 2021 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1751485118300448?via%3DiHub#!>).
- Sierra Gonzalez, Ángela. 2008. «Una aproximación a la Teoría Queer: El debate sobre la libertad y la ciudadanía». *Cuadernos del Ateneo* (26):29-42. Recuperado 21 de febrero de 2019 (<https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/235095>).
- Siplane, Andres. 2021. «Reasoning Behind Higher Female Participation in the Armed Forces». en *Normative Framework towards Women in the Military*, editado por Gender and the military Work Group. European Research Group on Military and Society (ERGOMAS).
- Skomorovsky, Alla, Deborah Norris, Ekaterina Martynova, Kendra J. McLaughlin, y Cynthia Wan. 2019. «Work-family conflict and parental strain among Canadian Armed Forces single mothers: The role of coping». *Journal of Military, Veteran and Family Health* 5(1):93-104. Recuperado 8 de junio de 2020 (<https://jmvfh.utpjournals.press/doi/full/10.3138/jmvfh.2017-0033>).
- Smith, Julie P., Ellen McIntyre, Lyn Craig, Sara Javanparast, Lyndall Strazdins, y Kate Mortensen. 2013. «Workplace support, breastfeeding and health». *Family Matters* 93(December):58-73. Recuperado 8 de agosto de 2021 (<https://aifs.gov.au/publications/family-matters/issue-93/workplace-support-breastfeeding-and-health>).
- Smyth, Rebecca M. D., S. Kate Alldred, y Carolyn Markham. 2013. «Amniotomy for shortening spontaneous labour». *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6).
- Smythe, Elizabeth A., Pamela M. Ironside, Sharon L. Sims, Melinda M. Swenson, y Deborah G. Spence. 2008. «Doing Heideggerian hermeneutic research: A discussion paper». *International Journal of Nursing Studies* 45(9):1389-97. Recuperado 3 de agosto de 2021 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748907002350>).
- Smythe, Elizabeth, Deborah Spence, y Jonathon Gray. 2018. «From Place to Space: A Heideggerian Analysis». *Indo-Pacific Journal of Phenomenology* 18(2):191-201. Recuperado 10 de agosto de 2021 (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20797222.2018.1542769>).
- Solé, Carlota y Sonia Parellá. 2008. «Nuevas expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales exitosas.» *Revista Española de Sociología* (4):67-89. Recuperado 10 de mayo de 2019 (<https://recyt.fecyt.es/index.php/res/article/view/64943>).
- Studlar, Donley T. y Ian Mcallister. 2002. «Does a Critical Mass Exist ? A Comparative Analysis of Women ' s Legislative Representation , Dept of Political Science Canberra ACT 0200

- Does a Critical Mass Exist ? A Comparative Analysis of Women ' s Legislative Representation », *European Journal of political Research* (41):233-53. Recuperado 10 de febrero de 2019 (<https://ejpr.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-6765.00011>).
- Sturman, Rachel. 2011. «Gender and the Human: An Introduction». *Gender & History* 23(2):229-34.
- Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación. 2018. «Estadísticas de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Año 2016». Recuperado 10 de septiembre de 2021 (https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2016/SIAE_2016_INFORME_ANUAL.pdf).
- Subsecretaría de Defensa. 2021. «Guía para la aplicación de las medidas de conciliación en las Fuerzas Armadas». Recuperado 8 de agosto de 2021 (<https://www.asfaspro.es/normativa/guia-medidas-conciliacion-familiar>).
- Sutton, Robbie M., Karen M. Douglas, y Leigh M. McClellan. 2011. «Benevolent Sexism, Perceived Health Risks, and the Inclination to Restrict Pregnant Women's Freedoms». *Sex Roles* 65(7):596-605.
- Svop, Christine. 2021. «Juggling Risks: Towards a Safe and Inclusive Work Environment for Pregnant Soldiers in the Danish Army». *Scandinavian Journal of Military Studies* 4(1):220. Recuperado 2 de diciembre de 2021 (<https://doi.org/10.31374/sjms.102>).
- Symonds, Ian, Sabaratnam Arulkumaran, y E. Malcolm Symonds. 2014. *Ginecología y obstetricia esencial*. 5th ed. Elsevier.
- Taylor Allen, Ann. 2014. «Feminism and fatherhood in Western Europe, 1900-1950s». *Journal of Women's History* 26(2):39-62. Recuperado 5 de junio de 2020 (<https://muse.jhu.edu/article/547036/pdf>).
- Tena Alavez, Gilberto. 2013. *Ginecología y Obstetricia*. Editorial Alfil.
- Thomson, Gill y Susan Crowther. 2019. «Phenomenology as a political position within maternity care». *Nursing Philosophy* 20(4):1-8. Recuperado 10 de agosto de 2021 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nup.12275>).
- Tsai, Su-Ying. 2014. «Employee Perception of Breastfeeding-Friendly Support and Benefits of Breastfeeding as a Predictor of Intention to Use Breast-Pumping Breaks After Returning to Work Among Employed Mothers». *Breastfeeding Medicine* 9(1):16-23. Recuperado 2 de agosto de 2021 (<http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/bfm.2013.0082>).
- Turrillas, Juan-Cruz Alli. 2009. «La evolución normativa en la incorporación de la mujer a las FAS». Pp. 67-87 en *Las mujeres militares en España (1988-2008)*.
- Unidad de Estadística del Órgano Central. Secretaría General Técnica. 2019. «Estadística de persona Militar de Complemento, militar de Tropa y Marinería y Reservista Voluntario». *Anuario Estadístico Militar*. Recuperado 25 de octubre de 2020 (<https://www.defensa.gob.es/defensa/estadisticas/>).
- Del Val Cid, Consuelo. 2009. «La mujer militar en las misiones de paz de la Unión Europea y las Naciones Unidas». Pp. 201-18 en *Las mujeres militares en España (1988-2008)*.
- Valizadeh, Sousan, Mina Hosseinzadeh, Eesa Mohammadi, Hadi Hassankhani, Marjaneh M. Fooladi, y Allison Cummins. 2018. «Coping mechanism against high levels of daily stress

- by working breastfeeding mothers in Iran». *International Journal of Nursing Sciences* 5(1):39-44. Recuperado 10 de junio de 2020 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.12.005>).
- Villegas, Maria Virginia, E. Martinez, J. Osorio, J. Delgado, G. E. Esparza, G. Motoa, V. M. Blanco, C. A. Hernandez, A. Agudelo, L. J. Aluma, C. A. Betancurt, W. Ospina, J. C. Camargo, H. Canaval, C. Castañeda, A. Correa, E. De La Cadena, A. Gomez, J. Gomez, C. L. Rico, L. Matta, Y. A. Medina, H. Mendoza, L. A. Mendoza, C. Pallares, H. Perez, S. Valderrama, y M. Villabon. 2013. «Infectio Asociación Colombiana de Infectología Infecciones del tracto urinario bajo en adultos y embarazadas : consenso para el manejo empírico». *Infectio* 17(3):122-35. Recuperado 10 de octubre de 2021 ([http://dx.doi.org/10.1016/S0123-9392\(13\)70719-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0123-9392(13)70719-7)).
- Waite, Whitney M. y Dimitri Christakis. 2015. «Relationship of Maternal Perceptions of Workplace Breastfeeding Support and Job Satisfaction». *Breastfeeding Medicine* 10(4):222-27. Recuperado 15 de agosto de 2021 (<http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/bfm.2014.0151>).
- Wang, Chen, Yumei Wei, Xiaoming Zhang, Yue Zhang, Qianqian Xu, Yiyang Sun, Shiping Su, Li Zhang, Chunhong Liu, Yaru Feng, Chong Shou, Kym J. Guelfi, John P. Newnham, y Huixia Yang. 2017. «A randomized clinical trial of exercise during pregnancy to prevent gestational diabetes mellitus and improve pregnancy outcome in overweight and obese pregnant women». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 216(4):340-51. Recuperado 10 de octubre de 2021 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937817301722>).
- Weina, Stacy Usher. 2006. «Effects of Pregnancy on the Army Physical Fitness Test». *Military Medicine* 171(6):534-37. Recuperado 12 de agosto de 2021 (<https://academic.oup.com/milmed/article/171/6/534-537/4577982>).
- Willis, Peter. 2001. «The “Things Themselves” in Phenomenology». *Indo-Pacific Journal of Phenomenology* 1(1):1-12. Recuperado 14 de agosto de 2021 (<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20797222.2001.11433860>).
- World Health Organization. 2018. «WHO recomendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections». Recuperado 8 de septiembre de 2021 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf?ua=1>).
- Zeitlin, J., M. Durox, A. Macfarlane, S. Alexander, G. Heller, M. Loghi, J. Nijhuis, H. Sól Ólafsdóttir, E. Mierzejewska, M. Gissler, y B. Blondel. 2021. «Using Robson’s Ten-Group Classification System for comparing caesarean section rates in Europe: an analysis of routine data from the Euro-Peristat study». *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 128(9):1444-53.
- Zicavo, Eugenia. 2013. «Dilemas de la maternidad en la actualidad: antiguos y nuevos mandatos en mujeres profesionales de la ciudad de Buenos Aires». *La Ventana* (38):50-87. Recuperado 10 de marzo de 2019 (http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362013000200004).
- Zuloaga, Jesús M. 1988. «La joven que quiere ser militar gana su primera batalla legal». *ABC*, enero 29, 27.

(A rellenar por la Secretaría)
Cód. CEI: CEID/HU/2019/46

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN Y DE EXPERIMENTACIÓN ANIMAL DE
LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ

INFORME

UNIVERSIDAD DE ALCALÁ, PATRIMONIO DE LA HUMANIDAD

El Comité de Ética de la Investigación y de Experimentación Animal de la Universidad de Alcalá 15 de julio de 2019 ha evaluado el proyecto de tesis doctoral titulado "*Maternidad en las fuerzas armadas.*", presentado por Sheima Hossain López adscrita al Departamento de Cirugía y Ciencias Médicas y Sociales de esta Universidad.

Analizados los extremos acreditados en el expediente, el Comité considera que el proyecto de tesis doctoral y el procedimiento evaluado son correctos desde el punto de vista ético y metodológico, y por lo tanto da su informe FAVORABLE.

Y para que conste, se firma este informe en Alcalá de Henares, a 22 de noviembre de 2019.

F. Javier de la Mata de la Mata
Presidente del CEI y EA

Código Seguro De Verificación:	1sWtkNdWISPNzGOObh50SA--	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Francisco Javier De La Mata De La Mata - Vicerrector de Investigación Y Transferencia	Firmado	25/11/2019 11:15:47
Observaciones		Página	1/1
Url De Verificación	https://vfirma.uah.es/vfirma/code/1sWtkNdWISPNzGOObh50SA--		



ANEXO II

HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES

El propósito de esta hoja de información es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como entrevistados.

La presente investigación es conducida por Sheima Hossain López, perteneciente al Programa de Doctorado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alcalá. El objetivo de su participación, es conocer su opinión, en base a su experiencia, con respecto a la maternidad en el seno de las Fuerzas Armadas.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista de entre 60 y 90 minutos de duración. Además, durante la entrevista es posible que se use la técnica de fotoelicitación. La fotoelicitación es una técnica que consiste en la utilización de las fotografías para provocar, inducir una reacción en el que las contempla, producir un diálogo, recordar experiencias y situaciones personales, generar opiniones y discusiones acerca de los significados allí encerrados. Dichas fotografías pueden ser aportadas por usted o por la investigadora.

Dichas fotografías no serán publicadas, salvo solicitud y firma de un consentimiento expreso, y serán destruidas junto con la transcripción de la entrevista.

La conversación será grabada, de modo que la investigadora pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

Tanto la grabación de la entrevista como las imágenes empleadas serán tratadas respetando siempre lo dispuesto en la normativa vigente de Protección de Datos de Carácter Personal, así como lo estipulado en la Ley Orgánica 1/1982, de Derecho al Honor, Intimidad y Propia Imagen.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación. Una vez transcritas las entrevistas, la grabación se destruirá.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

Gracias por su participación.

ANEXO III
AUTORIZACIÓN DEL USO DE LA IMAGEN PERSONAL

NOMBRE ACTIVIDAD: Entrevista individual con fotoelicitación

RESPONSABLE: Sheima Hossain López

Maternidad en las Fuerzas Armadas

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI / PASAPORTE:

CORREO ELECTRÓNICO:

Autorizo expresamente a Sheima Hossain López a captar y utilizar la imagen, o a difundir los datos, obtenidos durante las actividades llevadas a cabo con motivo de la participación en la entrevista individual con fotoelicitación, realizada por Sheima Hossain López, en el marco del estudio “Maternidad en las Fuerzas Armadas”

Asimismo, se autoriza a la investigadora, con la finalidad anteriormente descrita, a utilizar dichas imágenes, con fines de investigación, respetando siempre lo dispuesto en la normativa vigente de Protección de Datos de Carácter Personal, así como lo estipulado en la Ley Orgánica 1/1982, de Derecho al Honor, Intimidad y Propia Imagen.

La presente autorización, de carácter gratuito, no está sometida a ningún plazo temporal ni restringida a ningún ámbito geográfico determinado, salvo lo dispuesto legalmente.

En cumplimiento de la normativa de protección de datos personales (Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD) y la LO 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales) la investigadora informa que en ningún caso cederá las imágenes obtenidas, y para las que se presta el presente consentimiento, a cualquier otra entidad pública o privada para una finalidad distinta de la señalada, salvo que legalmente así se establezca.

Fdo. (Nombre y Apellidos, Lugar y Fecha de la Firma)

Los datos personales aquí recogidos serán tratados por la investigadora en el marco concreto de la actividad referenciada. La base legítima de dicho tratamiento es el consentimiento expreso del titular de los datos personales. Estos datos no serán cedidos salvo los casos previstos legalmente y se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y las obligaciones legalmente establecidas. La investigadora será responsable del tratamiento de los datos, ante quien se podrán ejercer los correspondientes derechos, mediante escrito dirigido a Sheima Hossain López (C/ Planeta Venus, 34, CP 28983, Parla, Madrid) o por correo electrónico (sheima.hossainlopez@edu.uah.es), adjuntando copia del DNI o equivalente. En caso de conflicto, se podrá plantear recurso ante la Agencia Española de Protección de Datos.

ANEXO IV

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA ASOCIADA A ESTA TESIS

Artículos:

- Hossain López, Sheima y Dolores Ruiz Berdún. «La pandemia del COVID-19. Una oportunidad para aprender a conciliar trabajo y familia en las Fuerzas Armadas españolas». Aceptado (20 de junio de 2021) para su publicación en: Musas. Revista de Investigación, Mujer, Salud y Sociedad. Pendiente publicación.
- Hossain López, Sheima y Dolores Ruiz Berdún. 2021. «Being a woman, being a soldier, being a mother: a qualitative analysis of perceptions of pregnancy on working lives of women in the Spanish Armed Forces». *BMJ Military Health* bmjmilitary-2020-001722. Recuperado 10 de junio de 2021 (<http://militaryhealth.bmj.com/content/early/2021/03/08/bmjilitary-2020-001722.abstract>).
- Hossain López, Sheima y María Dolores Ruiz Berdún. 2019. «Mujer, madre y militar. Un relato sobre conciliación en el ámbito de las Fuerzas Armadas». Archivos de la Memoria. 2019; 16. Recuperado 25 de octubre de 2021 (<http://ciberindex.com/c/am/e12304e>)

Comunicaciones y ponencias:

- «Women, Soldiers and Mothers. A qualitative analysis of perceptions of motherhood in the Spanish Armed Forces» (comunicación oral). 16th Biennial Conference of European Research Group on Military and Society (ERGOMAS). Tartu, Estonia. 20 de julio de 2021
- «Motherhood in Armed Forces» (comunicación, poster). Health and Educational International Research Conference 2020. Trinity College. Dublín, 5 de marzo de 2020

- «La mujer en los procesos y juntas de evaluación en el ámbito de la Defensa» (comunicación oral). X Aula Debate d Jóvenes Investigador@s en Temáticas de Género. Instituto Universitario de Estudios de la Mujer. Universidad Autónoma de Madrid. 8 de Abril de 2019
- «Spanish Military Nursing. Past, present and future of a feminised professional career in Armed Forces» (comunicación oral).III International Conference on Military Nursing, Roma 22 de marzo de 2019.
- «30 años después. ¿Una perspectiva de género?» (comunicación oral). II Encontro Internacional Enfermagem Militarem, Lisboa, 23-24 de noviembre de 2018