

# EXCLUSIÓN DEL SERVICIO MILITAR POR MOTIVOS PSIQUIÁTRICOS: ESTUDIO DE UNA MUESTRA DE ALEGANTES

## Introducción



UNA de las funciones que estoy desarrollando en mi carrera como psicólogo dentro de la Armada es colaborar en la asignación de diagnósticos a los jóvenes que alegan trastornos mentales como causa de exclusión del Servicio Militar.

Otra de las tareas que más tiempo me ocupa es la atención a la tropa y marinería que, bien por medio de sus mandos, bien por sí mismos, solicitan un seguimiento o apoyo psicológico.

El motivo que me ha llevado a realizar este trabajo no es otro que esta posición en la que me encuentro, a caballo entre los jóvenes que integran nuestras Fuerzas Armadas y los que por causas de índole psiquiátrica no llegan a formar parte de ellas.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es, a partir de una muestra, estudiar los distintos tipos de trastornos mentales que se diagnostican entre nuestros alegantes, comparándolos con datos de carácter general y otros estudios realizados dentro de las Fuerzas Armadas. Es un tema de gran actualidad e interés para la Armada; como es fácil comprender, como botón de muestra señalaré algunos motivos:

- La tercera causa de exclusión y la cuarta de aplazamiento a la incorporación del Servicio Militar en el año 1992 fue por enfermedad o limitación psiquiátrico-neurológica (PLANESTADEF, año 1992).
- Con todo, es también la primera causa de exclusión de la tropa que se encontraba ya en las unidades realizando su servicio en el año 1993 (H. M. C. Gómez Ulla, 1994).
- Psiquiatría recoge el 45,6 por 100 de todos los recursos del Tribunal Médico Militar Regional del H. M. C. Gómez Ulla del año 1993, dejando muy por debajo las cifras de las otras especialidades.

En nuestro estudio hemos pretendido clasificar las distintas psicopatologías alegadas en los últimos años, partiendo de las historias clínicas que hemos ido

realizando en el servicio de Psiquiatría de la Policlínica Naval «Nuestra Señora del Carmen».

A continuación pasamos a exponer la metodología y resultados del estudio. Éstos los hemos expresado en forma de gráficos para mejor captar la información que hemos recogido, ya que dada su prolijidad puede resultar un poco árida.

## Metodología

### *Muestra*

La muestra de estudio está formada por 143 sujetos con edades comprendidas entre los 18 y los 28 años, pertenecientes al Centro de Reclutamiento de Madrid. Todos ellos alegaban motivos psiquiátricos como causa de exclusión del Servicio Militar.

La adjudicación de alegantes a los distintos hospitales militares se produce de manera aleatoria. Las historias de los mismos fueron confeccionadas por los miembros del servicio de Psiquiatría de la Policlínica Naval y el autor de este trabajo, durante los años 1993 y 1994.

### *Diseño de la base de datos*

Diseñamos una ficha personal para almacenar de manera codificada la información de las historias clínicas en la base de datos. Ésta consta de los siguientes campos:

EDAD:

FECHA INFORME:

DIAGNÓSTICO: codificado según la clasificación diagnóstica de 1987, de la American Psychiatric Association (DSM-III R).

ESTUDIOS: (ver tabla 0).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: (ver tabla 1).

PSICOTERAPIA: (S/N).

ENFERMEDAD/OPERACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: (ver tabla 2).

AMBIENTE FAMILIAR: (ver tabla 3).

AÑO INICIO PROBLEMA:

EDAD DEL SUJETO:

DROGAS: (ver tabla 4).

ALCOHOLISMO: (S/N) (si hay un consumo excesivo de alcohol).

<u>TABLA 0</u>	<u>TABLA 1</u>	<u>TABLA 2</u>	<u>TABLA 3T</u>	<u>TABLA 4</u>
0 Nulos.	0 Ninguno.	0 Ninguno.	0 Padres unidos.	0 Ninguna.
1 Primarios.	1 Ansiolíticos.	1 TCE.	1 Padres separados.	1 Heroína.
2 EGB.	2 Antidepresivos.	2 Problemas parto.	2 Viuda.	2 Cocaína.
3 Medios.	3 Antipsicóticos.	3 Infecciones.	3 Viudo.	3 Cannabis.
4 Superiores.	4 Antiepilépticos.	4 Epilepsia.	4 Sujeto independ.	4 LSD.
	5 Otros.	5 Otros.	5 Sujeto casado.	5 Anfetaminas.
			6 Otros.	6 Otros.
			7 Ambiente familiar descrito como conflictivo.	

Para evitar una excesiva dispersión de los resultados, y dada la gran variedad de diagnósticos, en las gráficas siguientes los hemos agrupado en las siguientes categorías:

- 295.10
- 295.15
- 295.30 Trastornos esquizofrénicos.
- 295.35
- 295.40
- 295.60
- 296.20
- 296.23
- 296.34 Trastornos del estado de ánimo.
- 296.36
- 296.70
- 300.40
- 298.90 Trastornos psicóticos no especificados.
- 300.00
- 300.01
- 300.02
- 300.21
- 300.22 Trastornos de ansiedad.
- 300.30
- 300.70
- 300.81
- 309.89
- 301.00
- 301.20
- 301.22 Trastornos de personalidad.
- 301.82
- 301.83

## TEMAS PROFESIONALES

301.90

304.00

304.80 Trastornos por uso de sustancias psicoactivas.

305.50

292.11

307.23

307.40 Trastornos del sueño.

307.46

317.00 Deficiencia mental.

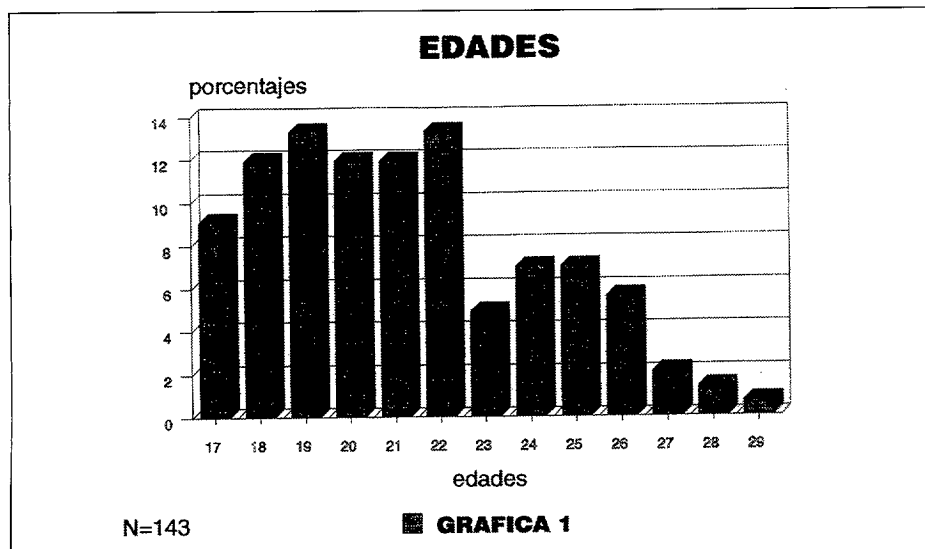
000.00 Sin psicopatología diagnosticable.

xxx.xx El resto de los diagnósticos se han agrupado como: «varios», dado su reducido número.

(Códigos numéricos de la clasificación diagnóstica DSM-III R).

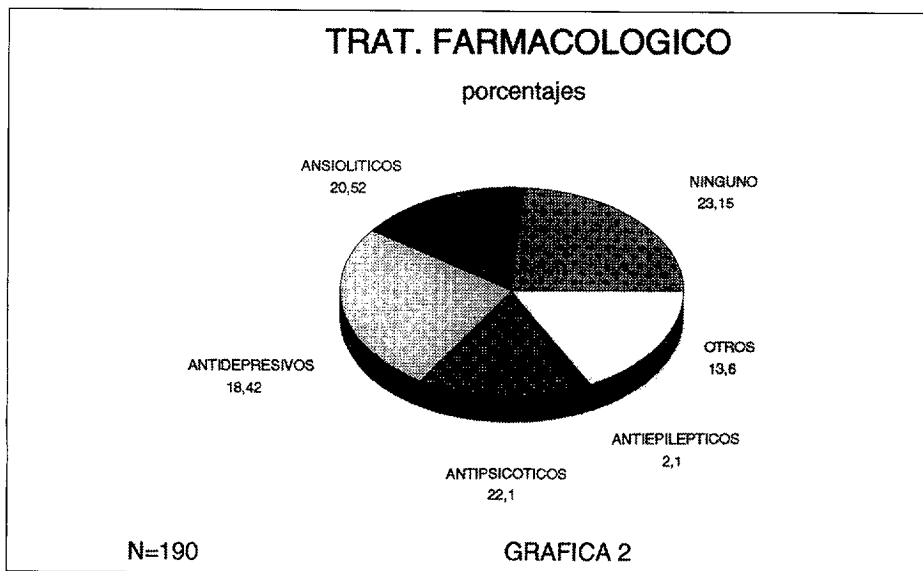
## Discusión

Como era de suponer, nuestra muestra de estudio varía desde la edad de 17 años a la de 29 (gráfica 1), ya que es el intervalo de edad para realizar el Servicio Militar. Los extremos 17 y 29 años que quedarían fuera de este intervalo son debidos, en el segundo caso, a retrasos a la hora de ser citados para revisión médica y, en el primero, a no haber cumplido la edad de 18 años en el momento de realizar el diagnóstico, aun cuando los cumplirían antes de la finalización del año, con lo que quedan incluidos en el contingente.



Los mayores picos de frecuencia aparecen a la edad de 19 y 22 años, intervalo de tres años que es el período de tiempo correspondiente a la exclusión temporal. En cuanto al primer caso, la mayor frecuencia de alegantes a la edad de 19 años coincide con los resultados presentados por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar de Burgos ( XXVIII Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militar), en los que la edad de 19 años también aparecía como la más frecuente en ingresos en Psiquiatría.

En cuanto a la frecuencia y tipo de tratamiento farmacológico (gráfica 2), lo que más llama la atención es el elevado porcentaje (23,15 por 100) que no sigue tratamiento alguno, cuando todos ellos son alegantes de alteración de tipo psiquiátrico. Este dato se puede compensar, en parte, comprobando cuántos de los que manifiestan no estar en tratamiento psicofarmacológico están, o han estado recientemente, en tratamiento psicoterapéutico. Es el caso de un 38,6 por 100, que representa el 8,95 por 100 de la población total, que restado del porcentaje inicial de los que no siguen tratamiento psicofarmacológico, darán un total de un 14,2 por 100 de sujetos sin tratamiento de ningún tipo, que sigue siendo un porcentaje respetable.

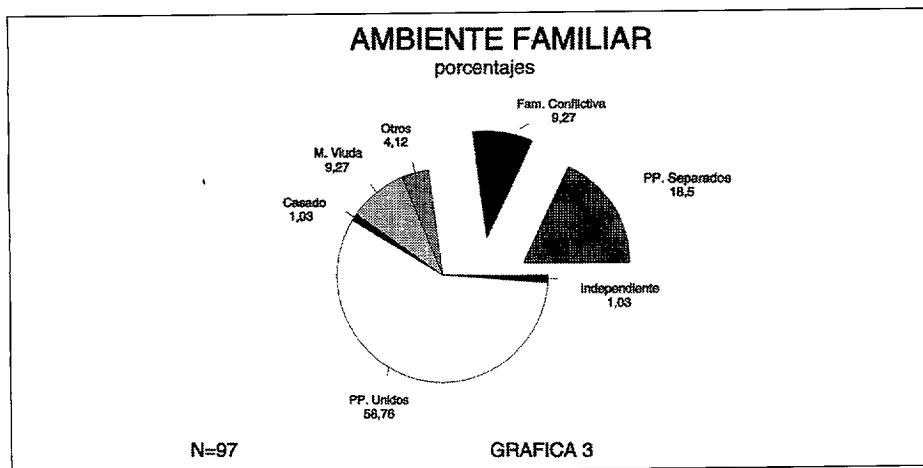


Por otra parte, un dato interesante, cuya significación no hemos podido hallar debido al reducido número de casos, es que el diagnóstico que aparece más medicado es el «trastorno de personalidad no especificado» (301.90), que incluye todos aquellos trastornos de la personalidad que no están clasificados en categorías específicas. Como el mismo DSM-III R reconoce, los trastornos de personalidad son difíciles de diagnosticar y no pueden ser descritos con el

mismo grado de precisión que otras psicopatologías, debido a la heterogeneidad de sus síntomas. Creemos que éste puede ser un motivo por el que es más medicado por el psiquiatra, en un intento de tratar los síntomas sin poder llegar a diagnosticar a menudo un tratamiento único y específico que describa adecuadamente la anomalía de la personalidad del sujeto.

En total, encontramos que hay un 39,69 por 100 de sujetos que están o han estado recientemente en tratamiento psicoterapéutico, frente a un 60,31 por 100 que no lo han manifestado, lo que representa un porcentaje interesante para los que trabajamos en el ámbito de la psicología clínica.

En cuanto al ámbito familiar (gráfica 3), observamos cómo los datos se nos han reducido drásticamente, debido en parte a las historias clínicas que encontramos incompletas y en parte a la dificultad de determinar y codificar esta variable, por otro lado interesantísima. De la muestra final con la que contamos, me he atrevido a agrupar los sujetos que describen un ambiente familiar conflictivo y/o deteriorado junto con los que viven una situación de separación entre sus padres, por cuanto que considero que si están separados es porque existe o ha existido una relación tan conflictiva como para provocar la ruptura. Así pues, el porcentaje es de 27,77 por 100 del total. Cifra alarmante si tenemos en cuenta la importancia de un ambiente estable y armónico para el normal desarrollo de la personalidad, como demostraron Bandura, Meichenbaum y muchos otros. Para más información, véase la compilación de Palacios, Marchesi y Coll en la bibliografía.

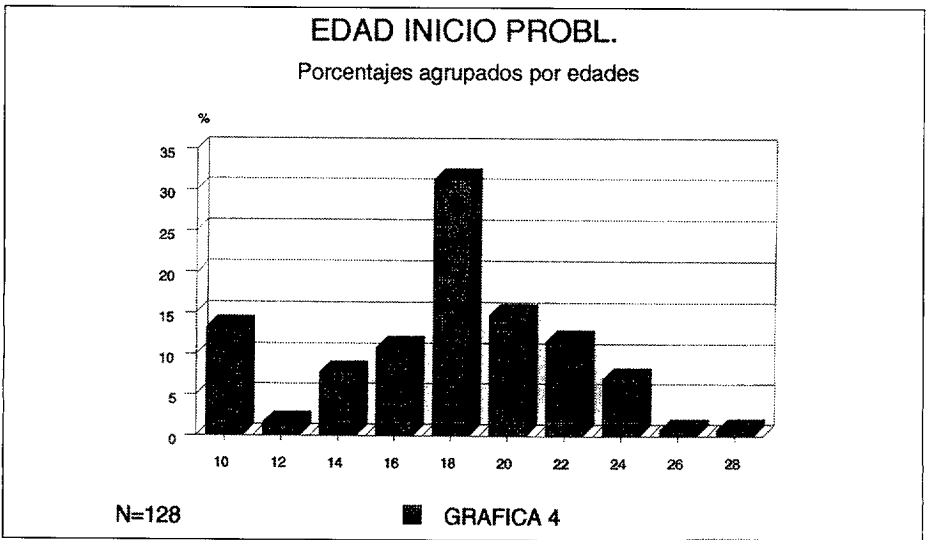


A este respecto, conviene volver a citar también el trabajo del Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar de Burgos, en el que encontraron cómo entre los sujetos ingresados por intento de autolisis aparecía, estadísticamente significativo, el predominio de personalidades muy afectadas por los sentimientos,

inestables emocionalmente y con escasa tolerancia a la frustración. Además, un 40 por 100 de los pacientes estudiados, todos ellos procedentes del Servicio Militar, sufrían unas relaciones familiares definidas por ellos mismos como malas y poco afectivas.

En cuanto a la variable inicio del problema, la definimos como el momento en que los sujetos acudieron al médico familiar, psiquiatra o psicólogo, para recibir ayuda por primera vez, considerando de esta manera que hasta entonces la situación no era vivida como problemática.

La moda (gráfica 4) la encontramos a la edad de 19 años, y si agrupamos los casos comprendidos entre los 18 y 19, éstos representan el 31, 25 por 100 del total. Esto no es de extrañar, ya que la aparición de la mayor parte de las psicopatologías se suele detectar a partir de estas edades, sobre todo en el caso de trastornos esquizofrénicos, psicóticos y de ansiedad.

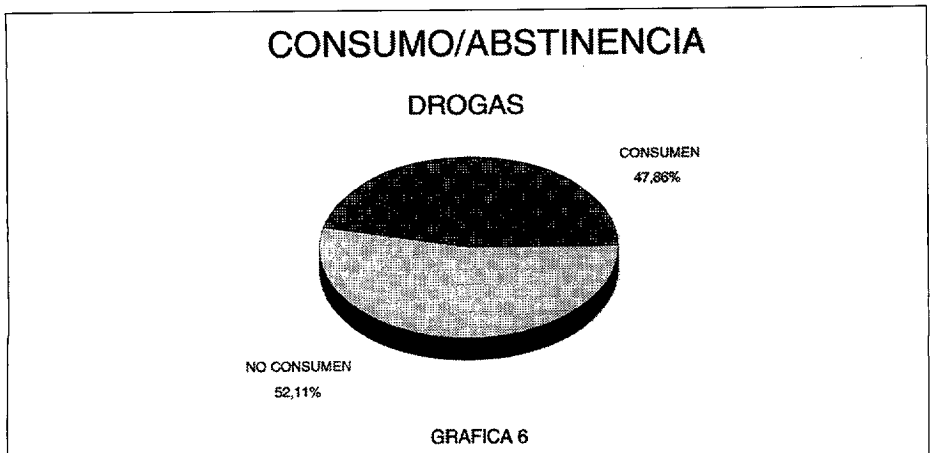
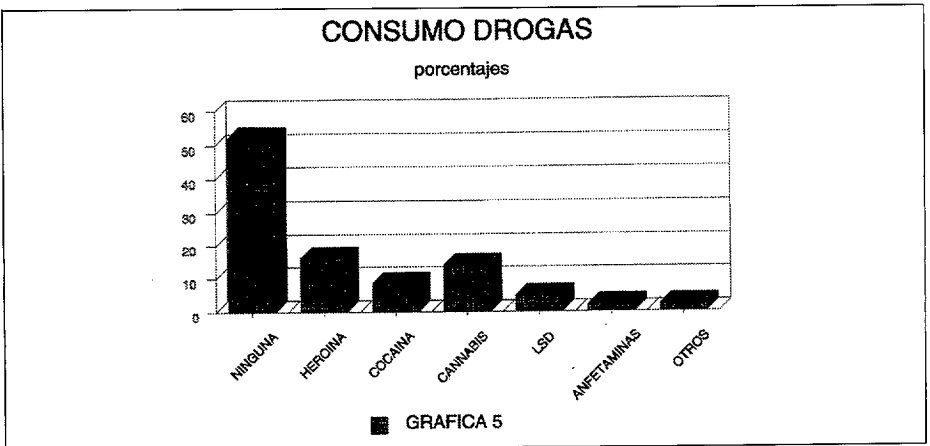


Este aspecto, dentro del marco en el que nos movemos, los trastornos mentales en el personal de reemplazo, nos debe hacer reflexionar sobre la importancia de los procesos de selección y diagnóstico del contingente que se incorpora con estas edades, generalmente realizados con pocos medios y en un breve espacio de tiempo.

A este respecto, los datos presentados por el TMMR del H. M. C. Gómez Ulla (TMMR, 1994) nos indican que de los 1.294 soldados con expediente de Exención del Servicio Militar, es decir, que habían sido declarados aptos en tribunales anteriores o no habían alegado nada a su incorporación en el año 1993, el 45,6 por 100 (587 casos) pertenecían al Servicio de Psiquiatría, dejando muy por debajo las cifras de las otras especialidades. Estos datos ponen de mani-

fiesto la importancia de los procesos de seguimiento y detección de trastornos mentales, y especialmente trastornos de adaptación, que vienen realizando los miembros de los Servicios de Psicología de la JUCEN y de las diferentes zonas marítimas.

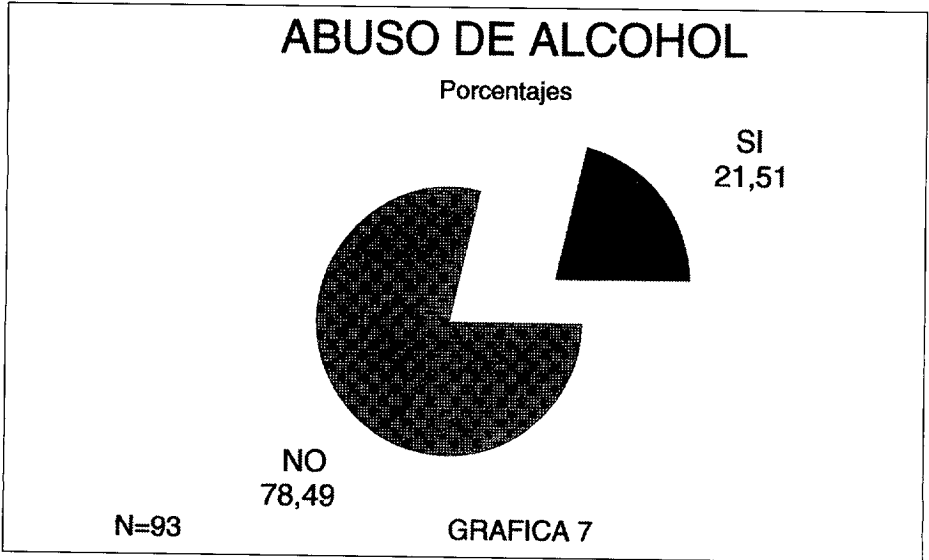
En la variable «consumo de drogas», que podemos ver en las gráficas 5 y 6, encontramos que el 52,11 por 100 manifiesta no consumir y el 47,86 por 100 sí lo hace. De estos últimos, al contrario de lo que personalmente suponía, es la heroína la sustancia de consumo más frecuente (16,19 por 100), seguida del cannabis (14,08 por 100), y el resto en mucha menor proporción. Estos resultados son similares a los obtenidos en otro estudio del Hospital Militar de Burgos (Fuertes Rocañin, 1992). Sobre una muestra de alegantes, reclutas y soldados, también los derivados opiáceos y los cannábicos, por este orden, son las sustancias más consumidas.





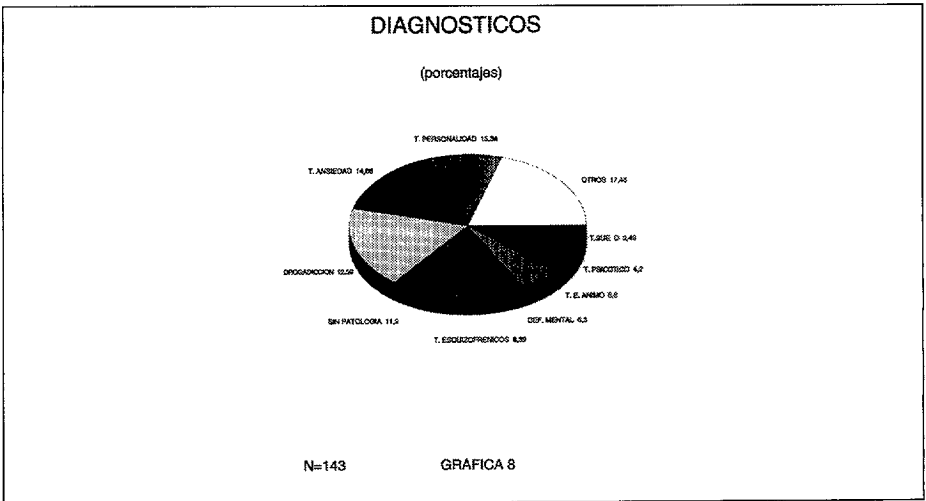
Como dicho trabajo pone también de manifiesto, y es algo totalmente lógico, los niveles de toxicofilia entre el personal no profesional de nuestras Fuerzas Armadas presenta unos niveles similares a los que encontramos en la sociedad civil, hecho éste normal, ya que este personal no es otra cosa que parte de esa misma sociedad.

En cuanto a la variable «consumo excesivo de alcohol» (gráfica 7), la muestra de datos con la que hemos trabajado es sensiblemente inferior al total (N = 93); esto vuelve a ser debido a las historias clínicas que hemos tenido que desechar por falta de información o falta de fiabilidad en la entrevista con el alegante.



De los datos resultantes, encontramos un 78,49 por 100 que refiere un patrón de consumo de alcohol no excesivo (excepcional o moderado) y un 21,50 por 100 (20 casos) con una ingesta de alcohol excesiva. De éstos, 19 se encuentran incluidos en la variable ambiente familiar conflictivo. Es decir, del conjunto de los que presentan una ingesta excesiva de alcohol, el 95 por 100 tendrían un ambiente familiar conflictivo. Aunque el resultado es bastante contundente, habría que tomarlo con precaución, debido al limitado tamaño de la muestra.

En cuanto a la distribución de los distintos diagnósticos según la clasificación DSM-III R, ya mencionada (gráfica 8), agrupándolos por categorías encontramos que los más frecuentes son los de trastornos de personalidad (15,38 por 100) seguidos de los trastornos de ansiedad (14,68 por 100) y a continuación los trastornos por uso de sustancias psicoactivas (12,59 por 100). El porcentaje de los considerados sin alteración mental diagnosticable es del 11,9 por 100.



Los rasgos de personalidad son pautas duraderas en la forma de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo, y se hacen patentes en una amplia gama de contextos personales y sociales. Sólo en el caso de que los rasgos de personalidad sean inflexibles y desadaptativos, causen una incapacidad funcional significativa o una perturbación subjetiva, es cuando hablamos de trastornos de personalidad.

En cuanto al porcentaje significativamente alto de este tipo de trastornos diagnosticados, en nuestra muestra no he encontrado justificación alguna, por lo que me limito a reseñar el porcentaje, un 15,38 por 100, citando simplemente el informe del H. M. C. Gómez Ulla, según el cual éstos están aumentando en frecuencia en los últimos años (TMMR, 1994). Este dato final es importante si tenemos en cuenta que estudios anteriores indicaban que son los trastornos por ansiedad, y no los trastornos de personalidad, los que se dan con más frecuencia en la población general.

### Conclusiones

- Dado que el trastorno o alteración mental en la muestra estudiada se evidencia fundamentalmente a la edad de 18-19 años, se pone de manifiesto la importancia de los procesos de selección y diagnóstico del contingente, puesto que se incorpora precisamente a estas edades.
- Se pone de relieve la dificultad de este proceso al comprobar que una gran parte de los militares de reemplazo, al convertirse en soldados o marineros, manifiestan las mismas enfermedades que ocasionaron la exclusión de otros en el momento de su incorporación (Linares y Perea, 1991). Esto resalta la importancia de las tareas de seguimiento y detec-

ción de trastornos mentales y trastornos de tipo adaptativo que vienen desarrollando los servicios de Psicología dentro de los diferentes centros de instrucción.

- La evolución interanual del contingente de reemplazo va en franca disminución desde el año 1989 (ESTADEF, 1992) y se impone la necesidad de afinar en los diagnósticos para su obligada inclusión en los distintos coeficientes del nuevo Reglamento de Reclutamiento. (Éste establece: «La obligación de clasificar a cada individuo en función de un coeficiente de 1 al 5, que indica el mayor o menor grado de aptitud, desde la normalidad hasta la afección psiquiátrica grave»).
- Finalmente, la determinación de los distintos coeficientes incluidos en el área de Psiquiatría podría ser asumida con el tiempo por los diferentes servicios de Psicología, ya que dicho Reglamento, en el capítulo 6 del anexo, establece:
  - a) Que «aquellos individuos con uno o más coeficientes “4” tienen unas condiciones físicas y/o psíquicas que les imponen ciertas restricciones, las cuales han de tenerse en cuenta al asignarles destino», y ésta es una de las principales tareas encomendadas a los servicios de Psicología.
  - b) Que los N1 y N2 exigen la «ausencia de trastornos psíquicos», lo que implica diferentes grados de aptitud psíquica (sin nombrar para nada el término psiquiátrico), y la adjudicación de este coeficiente puede ser realizada por un médico no psiquiatra y, con más razón, por un psicólogo militar.

Además de todo esto, las «alteraciones de personalidad, estabilidad emocional, cociente intelectual», etc., definidas por el Reglamento de Reclutamiento, son áreas de trabajo habitual del psicólogo militar en las diferentes zonas marítimas y centros de instrucción, aunque las actuales «Normas para la Determinación de la Aptitud Psicofísica» no lo contemplan.

Jaime MAS ESQUERDO



### BIBLIOGRAFÍA

- APA: «*DSM-III R*». *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales*. Ed. Masson, 1990.
- Centro de Reclutamiento de Madrid: *Plan de Revisiones Médicas*. Año 1993.

## TEMAS PROFESIONALES

- FUERTES ROCAÑIN: *El consumo de drogas, causa de exclusión en el S. M.* Rev. «Ejército». Junio 1992.
- LINARES y PEREA: *Tribunal de Exclusión año 1989.* «Medicina Militar», vol. 47. Madrid, 1994.
- LLAQUET L.: *Somera reflexión sobre los contenidos psiquiátricos de las normas para la determinación de la aptitud psicofísica para el Servicio Militar.* «Medicina Militar», vol. 50. Madrid, 1994.
- LÓPEZ GALÁN, S.: *Guía Farmacológica en Psiquiatría.* Laboratorios Lilly, 1994.
- Ministerio de Defensa: *Reglamento de Reclutamiento.* Real Decreto 1107/1993, de 9 de julio. Con modificación de 5 de octubre de 1994.
- PALACIOS, MARCHESI y COLL: *Desarrollo Psicológico y Educación,* vol. I. Alianza Editorial, S. A. Madrid, 1991.
- Secretaría General Técnica: *Estadística de Reclutamiento y Reemplazo, año 1992.* Edita Ministerio de Defensa. Madrid, 1993.
- Secretaría General Técnica: *Estadística de Reclutamiento y Reemplazo, año 1993.* Edita Ministerio de Defensa. Madrid, 1994.
- Tribunal Médico Militar Regional H. M. C. Gómez Ulla: *Estadística de alegantes.* Años 1991, 1992 y 1993. *Curso Dirección de Hospitales.* Madrid, 1994.
- VALLEJO, J.: *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría.* Editorial Masson-Salvat. Barcelona, 1991.

