

Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés en la Junta Médico Pericial Psiquiátrica de la Sanidad Militar Española

Morales Rodríguez PP.^{1ab}, Medina Amor JL.², Gutiérrez Ortega C.^{3c}, Abejaro de Castro LF.^{4ab}, Hijazo Vicente LF.^{4b}, Losantos Pascual RJ.^{4a}

Sanid. mil. 2016; 72 (2): 116-124; ISSN: 1887-8571

RESUMEN

Introducción: Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés son unos trastornos extraordinariamente frecuentes que provocan un elevado coste personal, económico y social. **Objetivos:** Describir los eventos estresantes o traumáticos, las principales características personales y profesionales y los diagnósticos de los sujetos evaluados en la Junta Médico Pericial Psiquiátrica de la Sanidad Militar Española que fueron diagnosticados de un trastorno psiquiátrico relacionado con un evento. **Diseño y Sujetos:** Estudio observacional descriptivo transversal realizado sobre los miembros de las Fuerzas Armadas Españolas y de la Guardia Civil que acudieron a la Junta Médico Pericial Psiquiátrica, durante el periodo 2004-2010. **Resultados:** El tipo de evento más frecuente en la muestra fue el llamado entorno laboral desagradable u hostil, se constató una amplia mayoría de hombres frente a las mujeres, la edad media a la que sucedió el acontecimiento fue de casi 34 años, la Guardia Civil acaparó a cerca del 60% de los casos de la muestra, el empleo más frecuentemente encontrado fue el de soldado, marinero o guardia civil (OR-1) y el diagnóstico más utilizado lo constituyó el trastorno por estrés postraumático. **Conclusión:** Se ha encontrado que los eventos estresantes o traumáticos que más frecuentemente ocasionaron los diferentes trastornos de este grupo fueron: los entornos laborales desagradables u hostiles, los accidentes, los atentados terroristas y las características-condiciones del destino que ocasionan una insatisfacción laboral.

PALABRAS CLAVE: Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Trauma. Estresor. Estrés. Trastorno por estrés postraumático. Trastorno de adaptación. Psiquiatría legal.

Trauma and stress related disorders evaluated by the Spanish Military Health Psychiatric Expert Medical Board

SUMMARY: Introduction: Trauma and stress related disorders are very common disorders that produce a high personal, economic and social cost. **Objectives:** To describe the stressful or traumatic events, the main personal and professional characteristics and diagnoses of the subjects evaluated by the Spanish Military Health Psychiatric Expert Medical Board who were diagnosed with a psychiatric disorder related to an event. **Design and Subjects:** Cross-sectional observational study of members of the Spanish Armed Forces and the Spanish Civil Guard who attended the Psychiatric Expert Medical Board, during the period 2004-2010. **Results:** The most frequent type of event in the sample was called unpleasant or hostile work environment, related to gender a large majority of men was found, the average age at which the event happened was 34 years, the Spanish Civil Guard monopolized about 60% of the cases in the sample, the rank most frequently found was soldier, sailor or civil guard (OR-1) and PTSD was the main diagnosis. **Conclusion:** Has been found that stressful or traumatic events that most often led to different conditions of this group were: unpleasant or hostile work environment, accidents, terrorist attacks and the characteristics of the destination-conditions which cause job dissatisfaction.

KEYWORDS: Trauma and stressor related disorders. Trauma. Stressor. Stress. Posttraumatic stress disorder. Adjustment disorder. Forensic psychiatry.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés son un grupo de trastornos en los que la exposición a un evento traumático o estresante aparece, de manera explícita, como uno de sus criterios diagnósticos. En la actualidad se entiende como estresor o factor estresante a cualquier factor que perturba el equilibrio fisiológico, cognitivo, emocional o de comportamiento normal de una persona. Un factor estresante puede ser físico, social, económico o de otra índole y puede estar asociado temporalmente (y también causalmente) con la aparición, la exacerbación o el inicio de un trastorno psiquiátrico (reactivo por tanto a dicho factor y convertido en un trastorno de este grupo). Por su parte un factor traumático es cualquier acontecimiento o

^{1ab}Cte. Médico.

² Cor. Médico (R).

³ FEA.

⁴ Tcol. Médico.

^a Servicio de Psiquiatría. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

^b Junta Médico Pericial Psiquiátrica de la Sanidad Militar.

^c Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. España.

Dirección para correspondencia: Pedro Pablo Morales Rodríguez. HCUD "Gómez Ulla". Servicio de Psiquiatría. Glorieta del Ejército s/n. 28047. Madrid. España. E-mail: pedropmorales@hotmail.com.

Recibido: 28 de junio de 2015

Aceptado: 24 de noviembre de 2015

evento que puede causar o implicar la amenaza de muerte, daños graves o violencia sexual a una persona, un familiar o un amigo cercano. El estrés es el patrón de reacciones/respuestas específicas y no específicas que una persona experimenta ante los estímulos (estresantes o traumáticos) que perturban su equilibrio y exceden o retan su capacidad de hacerles frente¹.

Estos trastornos son extraordinariamente frecuentes. La prevalencia anual de uno de sus tipos más destacados, el trastorno por estrés posttraumático (TEPT) entre los adultos de los Estados Unidos de América (EEUU), es de aproximadamente el 3,5%. En Europa, Asia, África y América latina la prevalencia de este trastorno es más baja, entre el 0,5-1%. Tanto en los EEUU como en el resto de países los índices son más altos, en buena lógica, entre los militares y otras personas cuya profesión tiene un elevado riesgo de exposición traumática (policías, personal sanitario de emergencias, bomberos y otras). La prevalencia de otro de sus tipos más importantes, el trastorno de adaptación (TAD), es mucho más alta variando las cifras obtenidas en función de la población estudiada y de los métodos de evaluación utilizados. Como ejemplo se puede citar que el porcentaje de individuos en tratamiento ambulatorio de salud mental con diagnóstico principal de trastorno de adaptación oscila entre el 5 y el 20%. En el entorno de consulta psiquiátrica hospitalaria a menudo es el diagnóstico más común, con una frecuencia que llega a alcanzar cifras del 50%.

Los trastornos de esta categoría diagnóstica producen un elevado coste personal, económico y social. A nivel personal pueden producir unos niveles de malestar, sufrimiento y, en ocasiones, una serie de secuelas posttraumáticas muy considerables². En lo económico, generan importantes gastos para el Estado y las Empresas en forma de bajas laborales de larga duración y pensiones anejas a la discapacidad que ocasionan. El TEPT se asocia con altos niveles de discapacidad social, ocupacional y física, así como con costes económicos considerables y altos niveles de utilización de los servicios médicos. Desde el punto de vista social suscitan una gran preocupación, de tal manera que el mundo occidental se ha ido sensibilizando progresivamente y en las últimas décadas debido a su impacto, especialmente tras los desgraciados acontecimientos del 11-S y del 11-M. Sus implicaciones a nivel personal, económico y social han dado lugar, en los países desarrollados en donde se producen con creciente virulencia, a plantear reiteradamente la necesidad de aplicar medidas efectivas para reducir su incidencia y paliar sus consecuencias⁴.

Los Trastornos psiquiátricos relacionados con traumas y factores de estrés destacan por su importancia en el campo pericial, donde tienen un interés médico legal de primera magnitud⁵, generando cada vez más frecuentes y complejas demandas dentro de lo que se ha denominado la “*cultura del resarcimiento*” propia de los países desarrollados de finales del siglo XX y principios del XXI. El aumento de la frecuencia de estas demandas se viene observando en la práctica pericial diaria dentro de las Fuerzas Armadas (FAS) Españolas y de las Fuerzas y de los Cuerpos de Seguridad del Estado de naturaleza militar (Guardia Civil –GC–), al amparo de una legislación que pretende compensar adecuadamente las posibles alteraciones físicas y/o psíquicas que haya sufrido cualquiera de sus miembros durante el servicio. Por otra parte, la valoración pericial del daño psíquico presuntamente relacionado con un factor estresante o traumático (relación de causalidad), es un

proceso complicado, no exento de posibles intentos de distorsión en función de diversos intereses^{6,7}. Además tiene unas enormes repercusiones en prácticamente todas las ramas del derecho (penal, civil, laboral, militar y otras).

A nivel militar este grupo de trastornos han supuesto uno de los principales desafíos para la Medicina Militar de todos los países del mundo y en todos los momentos históricos. Para la Psiquiatría Militar Española han sido un motivo de preocupación singular y constante a lo largo de sus, recientemente cumplidos, cien años de historia. En el medio militar estos trastornos médico-psiquiátricos son muy importantes y resultan del mayor interés por su frecuencia, por las especiales características en que realizan sus actividades los Ejércitos y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado de naturaleza militar y por los problemas derivados de su prevención, asistencia y valoración pericial. Desde hace algunos años en varios de los países de la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN), especialmente en EEUU y en Gran Bretaña, se viene señalando y estudiando la importancia del seguimiento de sus secuelas⁸.

Su nosología ha sido motivo de gran controversia. Desde la publicación de la más reciente clasificación de los trastornos psiquiátricos (La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM-5- de la Asociación de Psiquiatría Americana -American Psychiatric Association, APA-) en Mayo de 2013, gozan ya de un apartado propio y específico en las dos clasificaciones de los trastornos mentales de referencia internacional. En el comentado DSM-5 acaban de ser “desgajados” definitivamente de los trastornos de ansiedad y se han reafirmado como uno de los grandes grupos de trastornos psiquiátricos. Por su parte en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de 1992⁹, forman un grupo aparte desde el año de su publicación; las denominadas reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación. Fuera de estas últimas, en el apartado de trastornos de la personalidad, la CIE-10 (no el DSM-5), reconoce la existencia de las llamadas transformaciones persistentes de la personalidad tras experiencia catastrófica (TPP) en las que las secuelas de una experiencia devastadora se manifiestan incluso décadas después de la exposición y, aun habiendo sido precedido en muchos casos de un TEPT. En ellas el evento debe ser tan extremo como para que no se requiera tener en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar el profundo efecto sobre la personalidad.

OBJETIVOS

Describir los eventos que ocasionaron los diferentes tipos de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, diagnosticados en la Junta Médico Pericial Psiquiátrica (JMPP) de la Sanidad Militar (SM), durante el periodo 2004-2010.

Determinar las principales características personales y profesionales, de los sujetos que presentaron alguno de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, diagnosticados en la JMPP de la SM durante el periodo indicado anteriormente.

Definir los distintos tipos de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés diagnosticados en la JMPP de la SM durante el periodo citado.

DISEÑO, MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo transversal.

- Población diana: Miembros de las FAS Españolas y de la GC (población militar española).
- Población accesible: Miembros de las FAS españolas y de la GC que acudieron a la JMPP de la SM, durante el periodo 2004-2010, para ser evaluados tras haberse presentado alegaciones propias, institucionales o ambas, frente a reconocimientos médicos previos en las distintas Juntas Médico Periciales Ordinarias (JMPO's).

Criterios de Selección

- Inclusión: Sujetos de ambos sexos y edades que presentaron un trastorno psiquiátrico en el que la JMPP de la SM dictaminó una relación de causa-efecto con un determinado acontecimiento o evento ocurrido durante el servicio. A partir de ese reconocimiento el trastorno psiquiátrico diagnosticado se convierte en un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés.
- Exclusión: Expedientes confusos o incompletos.
- Muestreo: Consecutivo no probabilístico.
- Tamaño muestral: De un total de 1129 expedientes que tuvieron entrada en el periodo analizado, se incluyeron los 100 expedientes existentes (8,85% de reactividad-causalidad reconocida por la JMPP), sin haber encontrado ningún expediente que tuviera que ser excluido del estudio.

Variables a estudio:

- Evento traumático o estresante (10 categorías): Atentado terrorista, escenario bélico, accidente en lugar de destino, accidente *in itinere*, entorno laboral desagradable u hostil, características-condiciones del destino que provocan una insatisfacción laboral, accidente grave de familiar, agresión o encarcelamiento y no especificado.
- Principales características personales y profesionales de los sujetos a estudio: Sexo, edad en el momento del evento, edad en el momento del reconocimiento en la JMPP, pareja estable en el momento de la evaluación (Sí o No), número de hermanos (incluido el peritado), número de hijos, Ejército de adscripción, empleo militar, años transcurridos desde su ingreso en las FAS o GC hasta que sucedió el evento, días transcurridos desde que se produjo el evento hasta que se otorgó la baja médica y motivo de valoración en la JMPP.
- Trastorno relacionado con traumas o factores de estrés -Trastorno psiquiátrico en el que la JMPP reconoce que está causado por un evento ocurrido durante el servicio- (8 categorías): TEPT, TPP, TAD, trastorno de ansiedad (TA), trastorno depresivo (TD), trastorno ansioso depresivo (TADP), trastorno depresivo persistente (TDP) y otros trastornos (OT). Se añade el porcentaje medio de discapacidad otorgado por la JMPP.

Material

Historiales clínicos –Expedientes- situados en el archivo de la JMPP.

Método

Se comenzó introduciendo los datos del último expediente que tuvo entrada en la JMPP en el año 2010 y en el que se verificó el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico relacionado con una circunstancia ocurrida durante el servicio. Posteriormente se registraron los datos del resto de expedientes que cumplían ese requisito, en orden creciente de antigüedad de entrada en la JMPP, hasta finalizar con la inclusión de los datos del primer expediente que entró en el año 2004.

Se describieron las medias con sus desviaciones estándar o las medianas con sus rangos intercuartílicos, de las variables cuantitativas; y las frecuencias absolutas y relativas porcentuales de las variables categóricas.

RESULTADOS

El tipo de evento más frecuente en la muestra fue el llamado entorno laboral desagradable u hostil (23%), seguido del haber sufrido un accidente en el lugar de destino (21%), los atentados terroristas (19%) y las características-condiciones del destino (13%). Los escenarios bélicos y los accidentes *in itinere* tuvieron una frecuencia del 7% y 8%, respectivamente. Finalmente las agresiones y, sobre todo, los accidentes graves en familiares y el encarcelamiento fueron testimoniales (Figura 1).

En la población incluida prevalecieron los varones frente a las mujeres, con un 85%.

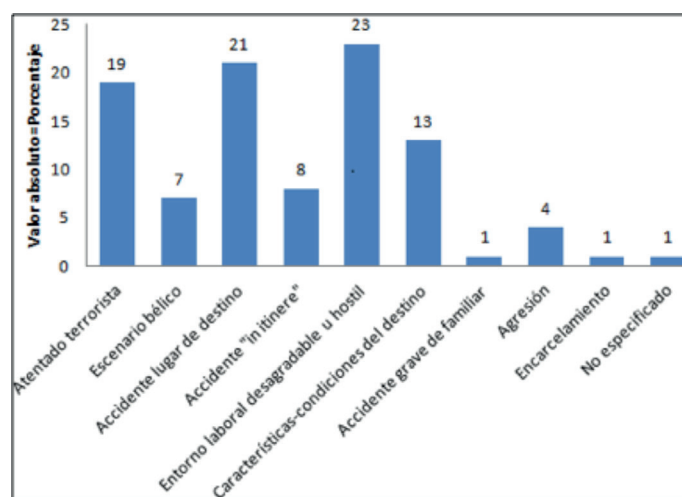


Figura 1. Eventos encontrados en la muestra.

La edad media en la que sucedió el acontecimiento fue de casi 34 años, en tanto que la edad media en la que el peritado fue evaluado es de poco más de 42 años (Figura 2).

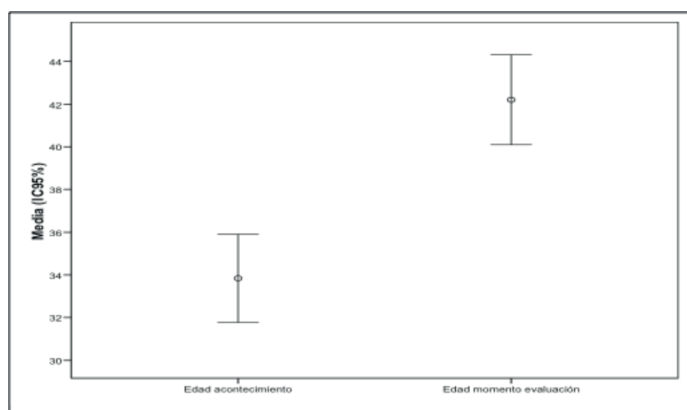


Figura 2. Edad a la que se produjo acontecimiento y a la que se evaluaron los peritados.

El 82% de los peritados manifestaban tener pareja estable en el momento de ser reconocidos en la JMPP.

La mitad de la población estudiada tenía 2 hermanos. En el 36% de los casos el peritado era el/la mayor de ellos, en el 31% era el/la pequeño/a y en el 29% ocupaba un lugar intermedio en la fratría. Los hijos únicos fueron una rareza en la muestra con poco más de un 2% de los casos.

Del número de hijos de la muestra, destacó que algo más del 26% no tenía hijos y que poco *más* del mismo porcentaje tenía sólo 1 hijo.

La Guardia Civil acaparó a cerca del 60% de los casos a estudio. Le siguió el Ejército de Tierra a gran distancia con prácticamente el 30% de casos. Y todavía a mucha más distancia el resto de Ejércitos (Figura 3).

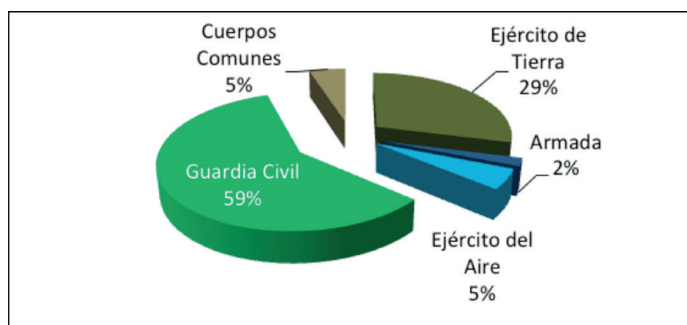


Figura 3. Ejército de adscripción de los sujetos de la muestra.

El empleo más frecuente y, con bastante diferencia en la población a estudio, fue el de soldado, marinero o guardia civil, con casi el 60% de los casos, seguido a bastante distancia del de cabo 1º, con un 12% de los casos. Solo se contabilizaron 8 oficiales (Figura 4).

La media de años que transcurrieron, desde el ingreso de los sujetos a estudio en las FAS o GC hasta que sucedió el acontecimiento, fue de algo más de 12 años.

Pasaron generalmente muy pocos días desde que se produjo el acontecimiento hasta que al peritado le otorgaron la baja médica, con una mediana de 2 días. Sin embargo el rango intercuartílico fue muy amplio (564 días). Se observó un máximo de 8700 días.

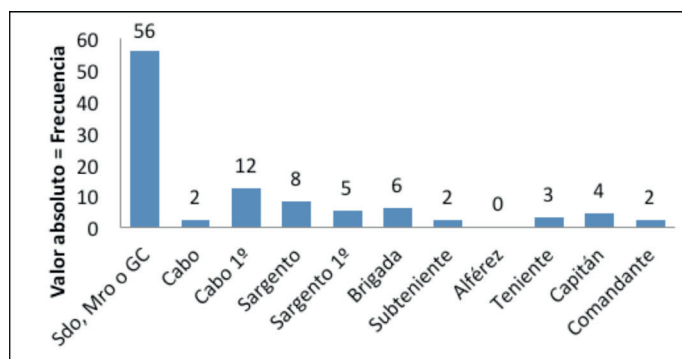


Figura 4. Empleo de los sujetos a estudio.

El motivo de valoración en la JMPP fueron las alegaciones del peritado en un 60% de los casos, le siguieron las institucionales con un 26% de casos (Figura 5).

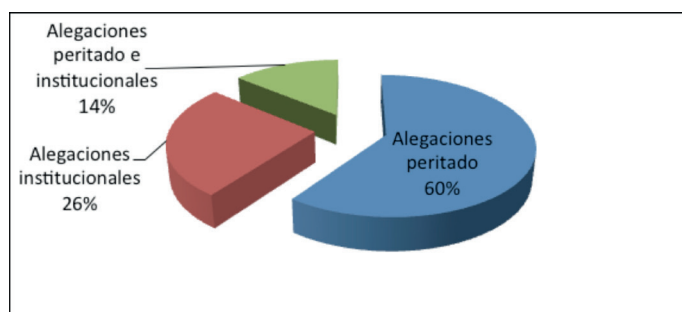


Figura 5. Motivo de reconocimiento en la JMPP de los sujetos a estudio (peritados).

El diagnóstico más utilizado por la JMPP en el periodo analizado, fue el de un TEPT con casi un 25% de los casos. En el 20% de casos diagnosticó un TDP, en el 14% un TADP, en el 13% una TPP y en el 11% de casos un TADP. Los trastornos de depresión y de ansiedad aislados fueron muy escasos, con un 5% y un 3% de la muestra respectivamente. Finalmente un 10% de los casos resultaron diagnosticados de OT (Figura 6).

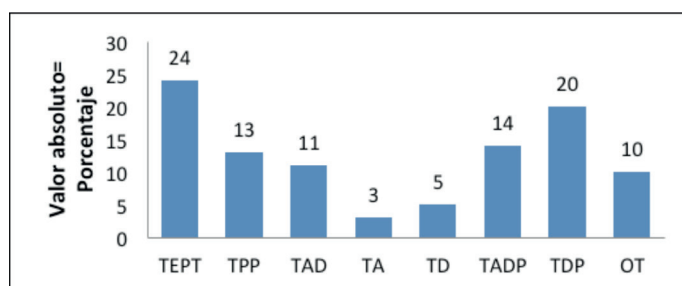


Figura 6. Diagnóstico de la JMPP.

El porcentaje medio de discapacidad que asignó la JMPP fue de poco más del 33%. El porcentaje medio suscrito por las JMPO's previas resultó ser de algo más del 24%. Por su parte, el aplicado por los EVO's de las CCAA ascendió a más del 46%, y

eso en los pocos casos en que los sujetos incluidos en esta investigación fueron evaluados por estos organismos autonómicos (Figura 7).

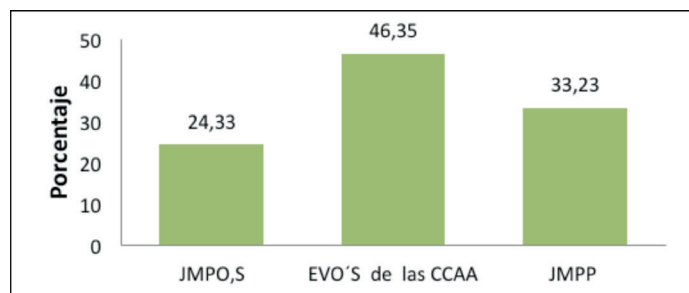


Figura 7. Porcentaje medio de discapacidad asignado por las JMPO's, los EVO's y la JMPP.

DISCUSIÓN

El acontecimiento más frecuentemente encontrado resultó ser los llamados entornos laborales desagradables u hostiles que, según el DSM-5, "...son uno de los problemas que pueden afectar al diagnóstico, curso, pronóstico o tratamiento de un trastorno determinado y que se presentan con sus correspondientes códigos CIE-9-CM (habitualmente códigos V) y CIE-10-CM (habitualmente códigos Z)". Fueron los acontecimientos más habituales en la muestra, a pesar de la necesidad de tuvieran que ser fehacientemente probados y de la importante dificultad en que esto se pudiera realizar ya que, en un importante número de casos en los que se aduce esta circunstancia, el único elemento a analizar es el relato del peritado, que puede estar más o menos distorsionado^{10,11}. Cabe destacar que en uno de los casos reconocidos, el entorno laboral llegó a ser tan "desagradable u hostil" que originó una TPP. Leyman fue el primero en definir estas situaciones estableciendo que para determinarlas debían durar 6 meses y, al menos, una vez por semana¹². Desde la conceptualización inicial de este autor se han realizado numerosos estudios en los que se ha visto que un alto porcentaje de trabajadores en general se sienten víctimas de estas situaciones^{13,14} y en este sentido las FAS y la GC no son una excepción.

El segundo acontecimiento más observado en la muestra fueron los accidentes en el lugar del destino, y es que ser militar se considera una profesión de riesgo y una importante fuente de estrés¹⁵, con consecuencias sobre la salud laboral y sobre la accidentalidad¹⁶. En esta línea¹⁷ se analizó el peso del estrés y la salud laboral, medida a través del agotamiento emocional y la insatisfacción laboral, en la tasa de accidentes en una muestra de 203 militares españoles. Según los resultados, el agotamiento emocional y la insatisfacción laboral explicaron un 10,3% de la varianza del número de accidentes en el destino, sin embargo, estas variables no se relacionaron con los accidentes *in itinere*. En un trabajo posterior¹⁸, se estudió un mayor número de variables y se plantearon relaciones más complejas, analizando siete fuentes de estrés laboral y la intervención de la implicación en el trabajo como variable moduladora. Se pretendía ver si se relacionaban con los accidentes y si estas relaciones eran directas o están moduladas por variables personales, y en concreto, por el grado implicación en el trabajo.

La idea era que los soldados más implicados estarían más atentos a las normas, en general, lo que reduciría la probabilidad de accidentarse. Con una muestra de 779 soldados profesionales de las FAS españolas, el estudio mostró que el estresor más importante para predecir los accidentes laborales era el debido a la estructura y al clima organizacional, de forma que, el estrés causado por las características y el diseño de la organización, la falta de comunicación o la escasez de recursos, se vinculaba con un mayor número de accidentes durante la jornada de trabajo. Los accidentes *in itinere* se relacionaban con otros antecedentes, concretamente con el conflicto entre la vida familiar y laboral y con las dificultades para progresar en la carrera profesional. Además, la implicación con el trabajo actuaba de forma directa sobre la tasa de accidentalidad, e indirecta, como variable moduladora. El estrés por los factores intrínsecos al trabajo no influía en los accidentes laborales si el soldado tenía una alta implicación en el trabajo, sin embargo, cuando el estrés era elevado y los empleados tenían una menor implicación, el número de accidentes laborales era mayor. En cualquier caso, y para concluir, sufrir un accidente en primera persona tanto en el lugar de trabajo como fuera de él, se puede relacionar con la presencia de un trastorno de este tipo y es una de las principales y más frecuentes experiencias estresantes o traumáticas con las que se puede enfrentar el ser humano a lo largo de su vida, sea civil o militar. Esto puede observarse, por ejemplo, en un estudio actual realizado en una población con relativa escasa movilidad y riesgo como es la población universitaria española, en donde pudo verse como el haber sufrido un accidente ocupaba el 5º lugar dentro de un total de 15 posibles eventos estresantes o traumáticos¹⁹.

El tercer acontecimiento en frecuencia fue una situación muy intensa, interpersonal e intencional; haber sido víctima de un atentado terrorista. La mayoría de casos de la muestra que experimentaron este acontecimiento lo constituyeron guardias civiles objeto de acciones violentas protagonizadas por la organización terrorista ETA, una de las que ha presentado más actividad a nivel mundial, sobre todo frente a guardias civiles, policías y militares. Desde 1960, ETA ha cometido más de 700 atentados terroristas en los que han muerto 857 personas, además de miles de heridos y 90 secuestrados. De las víctimas mortales, 361 eran civiles (más del 42%), 195 guardias civiles (22%), 147 policías nacionales (17%), 82 militares (9%) y 72 personas restantes de otros colectivos (8,4%). Por tanto entre guardias civiles, policías nacionales y militares un 48%. La mayoría de ellos murieron a consecuencia de disparos (544, un 63%), mientras que 307 fueron asesinados con explosivos, principalmente coches-bomba (158)²⁰. En otras zonas con importante actividad terrorista en Europa se vieron ligeramente más afectados por muerte los civiles que los policías y militares. Así en el denominado Conflicto de Irlanda del Norte, donde participaron varias organizaciones terroristas como el IRA y otras, murieron 3526 personas de las cuales 1.854 eran civiles (53%), 1125 eran policías y militares (32%, de ellos 502 del Ejército Británico y 302 de la Real Policía del Ulster), 394 eran pertenecientes a grupos paramilitares proseparatistas (11%) y 153 pertenecientes a grupos paramilitares prounionistas (4%)²¹.

El siguiente acontecimiento en orden de frecuencia fue otro de los problemas incluidos en los códigos V y Z, las características-condiciones del destino militar que originaron una insatisfacción laboral. Se trata, como en el primer acontecimiento, de unas situaciones difíciles de determinar. Tanto en aquel como en este tipo

de acontecimiento se cuenta con la “ventaja” de que los médicos militares encargados de peritar estos casos, conocen perfectamente la institución militar por ser miembros de la misma y por haber estado destinados previamente en algunos de los destinos más exigentes y operativos de los Ejércitos, de la Armada y de la GC. Se han realizado muchos estudios, tanto en España como en otros países, para ver el grado de satisfacción de distintos colectivos laborales pero muy pocos a nivel militar tanto a nivel nacional como internacional. Algunos de los pocos que se han publicado en ese ámbito han sido ya comentados anteriormente.

Los accidentes *in itinere*, en tránsito hacia o desde el destino, ocasionaron casi un 10% de los trastornos de este tipo incluidos en la muestra, probablemente por la importante movilidad geográfica de los miembros de las FAS y de la GC y por la dispersión geográfica de las distintas Unidades Militares. Resulta muy interesante lo referido anteriormente sobre la influencia en el medio militar español del agotamiento emocional y la insatisfacción laboral en los accidentes. También sobre la relación que existe entre los accidentes *in itinere* y el conflicto entre la vida familiar y laboral y con las dificultades para progresar en la carrera profesional.

Los escenarios bélicos, que son los acontecimientos específicamente militares, produjeron sólo el 7% de los casos de trastornos psiquiátricos relacionados con traumas y factores de estrés de este estudio. El motivo de su baja frecuencia habría que buscarlo en que, afortunadamente, nuestro país disfruta de una paz sólida y duradera. Por otra parte, los casos bien documentados en acciones “bélicas” fuera del territorio Nacional han sido ocasionales. Estos escenarios pueden acabar tornándose “bélicos” y ello a pesar de que el objetivo de los mismos haya podido haber sido otro como es el caso de las llamadas “misiones de mantenimiento de la paz”. En algunos estudios se hace hincapié en el papel de la duración de los diferentes despliegues a distintos escenarios en la aparición de los diferentes trastornos de este tipo. Así se ha podido ver como un despliegue de más de 180 días aumenta las probabilidades de TEPT de 1,11 a 2,84 veces comparado con un despliegue corto²². Otros estudios pormenorizan los diversos escenarios bélicos potencialmente traumatizantes, como el realizado en un grupo de 100 soldados polacos desplegados en Afganistán²³ y en el que se observó que el 73,3% de los miembros del grupo de estudio fueron expuestos directamente a la pérdida de vidas, el 40% conocía a alguien que fue herido o muerto, el 60% fue testigo directo de la muerte o lesiones mortales, el 25% de soldados hizo fuego sobre el enemigo y el 3,3% fueron los autores de la muerte de combatientes enemigos. Además, sólo el 2% de los soldados que habían experimentado problemas de salud y parecían conscientes de ellas, estaban interesados en recibir ayuda. Parece que esto era debido al temor de los soldados de parecer enfermos mentales, lo que podría ser considerado lesivo para su carrera militar.

Otros acontecimientos o eventos como las agresiones, los accidentes graves de familiares o los encarcelamientos fueron prácticamente testimoniales en este trabajo.

La primera variable personal incluida en este estudio fue el sexo. Y se ha encontrado que sobresale el dato de la desproporción de hombres con respecto a las mujeres (85/15), en una magnitud ligeramente superior de mujeres con respecto a la que se encuentra en la población diana (88/12). Desde la incorporación de la mujer a las FAS y a la GC en el año 1988, ha ido aumentando progresivamente el porcentaje de mujeres en ambas, pero aún

persiste una importante mayoría global masculina. Según datos del Observatorio Militar para la Igualdad, en diciembre de 2012, el porcentaje de efectivos en las FAS por sexo era del 87,7 % para hombres y del 12,3 % para mujeres. Estos datos son globales interesando destacar que hay Ejércitos/Cuerpos /Escalas donde el porcentaje de mujeres es mayor, como es el caso de los llamados Cuerpos Comunes de las FAS en donde el porcentaje de mujeres alcanza el 20,1 %. Las FAS españolas coinciden con las de otros países con más larga experiencia en cuando a la inserción de las mujeres a los Ejércitos, como es el caso de EEUU o Canadá. En todos ellos, se observa una mayor representación de mujeres en los Cuerpos Comunes de las FAS, frente a otros puestos como son los de combate²⁴. Con el paso del tiempo, ha ido aumentando su integración con el desarrollo de sucesivas medidas legislativas, que han conseguido una participación absolutamente plena e igualitaria de la misma en la actualidad. Así en España, actualmente no hay limitaciones formales, ni reservas específicas para las mujeres candidatas a las FAS. Los baremos son los mismos para las mujeres que para los hombres, a excepción de las pruebas físicas, algo más ligeras para ellas, siguiendo directrices del Consejo Superior de Deportes. También se han ido estableciendo normas específicas para mejorar la integración de estas mujeres en cuanto a habitabilidad y uniformidad, atención a la maternidad y conciliación familiar, relaciones personales y régimen disciplinario²⁵. En perspectiva comparada internacional, como en España, también en Alemania, Bélgica, Bulgaria, Canadá o Dinamarca, se ha logrado legislar para que la inserción de las mujeres en sus ejércitos se lleve a cabo sin restricciones de ningún tipo. Esta situación, sin embargo, no es común a todos los países. Algunos mantienen restricciones, bien de destinos o bien de puestos a ocupar por las militares. Concretamente, EEUU, pese a ser pionero en impulsar ciertas medidas de integración a todos los cuerpos y empleos militares, restringe la adscripción de mujeres a unidades de choque, apartándolas de destinos terrestres para el combate cuerpo a cuerpo. En otros países las mujeres pueden acceder sin restricciones a fuerzas terrestres pero tienen restringido su acceso a la marina o a la fuerza aérea; es el caso de Venezuela o Perú. Países como Colombia o Ecuador restringen directamente el ascenso profesional a determinados escalafones²⁶. En el reciente DSM-5, se afirma que ser mujer es un factor de riesgo para los trastornos de este tipo más graves como el TEPT (aparte de que en las mujeres tiene una mayor duración). Los resultados de investigaciones como la realizada tras los atentados del 11-S en New York por el profesor Galea²⁷ avalan ese aspecto epidemiológico. En dicha investigación, que tuvo una muestra superior a mil personas adultas (N=1008) residentes en Manhattan, se encontró que a las 5-8 semanas de los atentados un 7,5% (4,8% en varones y 9,9% en mujeres) presentaba los síntomas del estrés postraumático y un 9,7% (7,3% en varones y 12% en mujeres) tenía depresión. Las mujeres aparecían, por consiguiente, como más vulnerables tanto para la aparición de un trastorno depresivo y sobre todo para la aparición de un TEPT. Este estudio fue prácticamente replicado en España, a raíz de los atentados del 11-M en Madrid²⁸, y en él las mujeres se ven doblemente más afectadas de trastornos de ansiedad y depresión y cuatro veces más afectadas de TEPT. Para finalizar este apartado, resulta de un interés excepcional el análisis de la Incapacidad Laboral por contingencias comunes debidas a este grupo de trastornos realizado por Enguita y Ramos²⁹ en Iber-

mutuamur, una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social que en 2008 ocupaba el lugar nº 5 del ranking de nacional de mutuas por cuotas (8,66%)³⁰. Se trata de una Mutua de carácter nacional, nacida ya desde su inicio por la agrupación de Mutuas de diferentes provincias y gremios. Debido a esto, es la única Mutua que recoge en sus estatutos la existencia de Juntas Territoriales y Provinciales, respetando la sensibilidad de su origen pluri-territorial. En el año 2008 contaba con 145977 empresas asociadas y con 1.180289 trabajadores protegidos. Además, de estos 101202 empresas con 908131 trabajadores que tenían cubiertas las contingencias comunes, así como 143694 trabajadores con las contingencias comunes cubiertas y 27364 con contingencias profesionales. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de las bajas médicas por trastornos de este tipo que siguió esta Mutua en colaboración con la Seguridad Social, y “en paralelo” al sistema de control de bajas en las FAS y la GC, durante los 3 últimos años de análisis del presente trabajo (2008-2010). Las Mutuas se ocupan básicamente del control de enfermedades profesionales y de accidentes profesionales. Pero también colaboran con la Seguridad Social en el control de las bajas médicas por contingencias comunes a partir del 15º día de baja, por eso los posibles procesos cuya duración fuese menor a 2 semanas se perdieron del citado estudio. Constituye, con sus lógicos inconvenientes, uno de los pocos trabajos actuales que pueden ser utilizados para comparar sus resultados, a nivel nacional, con las muestras militares. El número total de procesos controlados por la Mutua Ibermutuamur durante los años del análisis (2008-2010), fue de 275638; 104975 (38,08%) en 2008, 86530 (31,39%) en 2009 y 84163 (30,53%) en 2010. De ellos, 31886 (11,57%) correspondieron a procesos controlados con patología psiquiátrica; 11275 (10,74%) en 2008, 10725 (12,39%) en 2009 y 9889 (11,75%) en 2010. El número total de procesos de trabajadores en incapacidad temporal por contingencias comunes con un diagnóstico codificado 309.X (en donde se incluyen los procesos psiquiátricos relacionados con traumas y factores de estrés) durante los años 2008, 2009 y 2010, en todo el territorio nacional, fue de 5997. Respecto a la variable que ahora nos interesa, el sexo, 3698 (61,7%) eran mujeres y 2299 (38,3%) hombres. Por tanto, el mayor número de procesos diagnosticados en este periodo para esta patología correspondía a mujeres. En ellas también se producía un mayor número de recaídas y el mayor número de altas por Incapacidad Permanente. Además estas dos situaciones se relacionaban, de manera que, de los procesos que terminaron en Incapacidad Permanente, un tercio había sufrido recaída. Estos datos replicaron los obtenidos en otros estudios previos realizados en España, como el de Almarcha y Cols³¹ para la variable sexo.

La edad media a la que se produjo el acontecimiento fue escasa (34 años), y es que en edades más precoces se suelen desarrollar las actividades más “operativas” y con mayor riesgo de exposición a posibles acontecimientos en el seno de los Ejércitos y de la GC. En el DSM-5, una edad más joven se considera factor de riesgo para el TEPT. Por otra parte, en el estudio referido de Galea²⁷ se observa que el rango de edad más bajo (18-29 años) presentaba una probabilidad 9 veces mayor de TEPT que el grupo de edad más alto (>60 años). Por su parte, el grupo intermedio (30- 59 años), tenía entre 7 y 8 veces más probabilidad de TEPT que el grupo de más de 60 años. Por tanto parece que la edad más joven, aparte de ser un factor de exposición,

podría ser también un factor de vulnerabilidad. En el estudio de Enguita y Ramos²⁹, el mayor número de procesos psiquiátricos reactivos (código 309.X) se registró a la edad de 35 años; 267, que suponían un 4.5% del total. Le siguieron los trabajadores de 37 años; 243 (4.1%), y 38 años; 230 (3,8%). En las edades comprendidas entre 35 y 39 años es donde se presentaban el mayor número de estos trastornos, ampliándose en frecuencia hasta los 44. Teniendo en cuenta la edad de incorporación de las personas al trabajo en los últimos años, se observó que se trataba de una patología que tenía una mayor incidencia en personas con una vida laboral corta, especialmente los TAD con ansiedad que se presentaron con mayor frecuencia en edades aún más jóvenes. Un dato a tener en cuenta resultó ser que en los mayores de 65 años, la duración de la mayoría de sus cuadros psiquiátricos de este tipo fue superior al año. Estos datos también replicaron los obtenidos en otros estudios previos realizados en España como el de Almarcha y Cols³¹ para la variable edad.

La edad media a la que se produce la evaluación en la JMPP hace que puede resultar llamativa la diferencia de edad entre la del apartado anterior y la de aquella a la que fue evaluado, con una demora aproximada de 6-7 años. Pero hay que remarcar que todos ellos han pasado previamente por las JMPO's y han acabado en la JMPP por alegaciones propias, institucionales o de ambos. Y todo ello después de un largo proceso administrativo que destaca por su carácter “garantista” y en el que resalta la tendencia a la cronicidad de muchos de estos cuadros.

Un importante porcentaje de peritados (más del 80%), tenía pareja estable al ser evaluados. Este dato se confronta con lo observado en otros estudios en los que se puede ver que la estabilidad en este apartado es considerablemente menor, como el realizado por A. Maercker y Cols³² con una muestra de 2064 mujeres que habían sufrido un acontecimiento y en donde sólo el 62,1% de ellas tenía pareja estable. También con el estudio, mucho más reciente aunque con un tamaño muestral bastante menor constituido igualmente por mujeres, de G. Verónica Vitriol y Cols tras el terremoto de Chile de 2010³³, en el que se vio que sólo el 47% de ellas tenía pareja estable. Por otra parte, en un estudio longitudinal de 1 año con una muestra de 468 militares norteamericanos desplegados en Irak³⁴, se demostró que el aumento de los síntomas de TEPT estaba asociado con un ajuste de pareja más pobre y con la percepción de mayores desafíos en la crianza de sus hijos.

El número total de hermanos de los sujetos de la muestra suele ser de 3 (50%), que es un número de hermanos semejante al que se suele dar en la población española actual que tiene la edad media de los peritados (< de 40 años). En relación a esta variable interesa mencionar un estudio muy reciente realizado por B. Green *et al.* en Inglaterra y Gales³⁵ con 84 pacientes con TEPT y 104 pacientes con TAD. En él se aprecia que los pacientes con TEPT, y no los que presentan un TAD, tienen más probabilidades de formar parte de una gran familia, especialmente de 5 hijos o más.

En una ligera mayoría de ocasiones el peritado era el mayor de sus hermanos. Y a muy corta distancia era el menor u ocupaba un lugar intermedio. En relación al estudio señalado en el apartado anterior en Inglaterra y Gales, los pacientes con TEPT, no en el caso de pacientes con TAD, tienen más probabilidades de ser los hijos menores (de una familia numerosa).

Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés en la Junta Médico Pericial...

Resultó verdaderamente llamativo, que más de un 25% de los sujetos a estudio no tuviera ningún hijo. También, que algo más de un 25% de la muestra tuviera sólo 1 hijo. Sin embargo, la mayoría de la muestra (casi un 38%), tenía 2 hijos. En una investigación muy reciente y novedosa realizada en un Instituto de Neurociencias Israelí³⁶ se examinó la relación entre el TEPT y la preferencia lateral cerebral, reflejada por el uso de las manos, en las tropas de combate de la reserva israelí. Se recogieron datos de 147 combatientes reservistas diestros que rellenaron el inventario de uso de las manos de Edimburgo, un cuestionario examinando la severidad de los síntomas de TEPT y un cuestionario sobre los detalles del servicio militar y estado familiar. Los participantes sin hijos exhibieron significativamente más síntomas de TEPT en comparación con los participantes con hijos pero no difirieron en los niveles de preferencia lateral. Un análisis de regresión lineal múltiple reveló un patrón alterado en la relación entre la severidad de los síntomas de TEPT y preferencia lateral entre los dos grupos. Según estos investigadores esta alternancia puede sugerir que ser padre podría obligar a un reservista a inhibir el uso de mecanismos de evitación para sobrellevar recuerdos intrusivos, resultando en la reducción de los síntomas visibles del TEPT y contribuyendo a su sincronización con la preferencia lateral respectivamente.

La “Benemérita” (GC) tuvo un peso muy alto en la muestra en relación al resto de Ejércitos, a pesar de que cuenta con unos 80.000 efectivos frente a los aproximadamente 120.000 miembros de las FAS. Ello podría deberse, a las misiones específicas y al nivel de exposición a diversos eventos que soporta de forma continuada este Instituto Armado. Por otra parte, uno de los acontecimientos más frecuentes en el estudio son los atentados terroristas, que han afectado sobremanera a la GC. Además, se trata de uno de los acontecimientos que mejor y más fidedignamente puede documentarse. En estudios desarrollados con militares expuestos a escenarios bélicos (Irak y Afganistán), como el desarrollado por Hines y Cols., se puede ver como los TEPT afectan fundamentalmente a los “Marines” de la “Navy” norteamericana y en Irak más que en Afganistán, en comparación a otros Ejércitos y Cuerpos tanto de EEUU como de otros países³⁷. Esto coincide con estudios previos en los que se ve que, utilizando regresiones logísticas, el despliegue en Irak y Afganistán aumenta las probabilidades de desarrollar TEPT substancialmente, en comparación con otras tareas, con el mayor efecto observado para la Marina de Guerra (OR = 9,06, $p < 0,01$) y el efecto más pequeño para la Fuerza Aérea (OR = 1,25, $p < 0,01$)²².

El empleo más encontrado en la muestra fue el que constituye la base de la Institución Militar (soldado, marinero o guardia civil), seguido del empleo de cabo 1°. En diversos estudios, como el realizado por Iversen y Cols³⁸ en las FAS Británicas, se ha señalado que el menor empleo militar está asociado a mayor riesgo de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Dicho trabajo es un estudio de cohortes retrospectivo que comparaba una muestra aleatoria de los militares de Reino Unido desplegados en la guerra de Irak en 2003, con un grupo de control que no fueron desplegados. Los síntomas de estrés postraumático se asociaron con un menor empleo militar, no estar casado, nivel educativo bajo y una historia de adversidad en la infancia.

La antigüedad, en años, desde el ingreso en las FAS o en la GC de los sujetos de la muestra, hasta que sucedió el acontecimiento fue notable ($>$ de 12 años). Según los datos de este estudio, un trastorno de este tipo se dio a edades tempranas pero no en los primeros años de la carrera militar, con una vida laboral más larga que la encontrada por Enguita y Ramos. Ello hablaría de una cierta “resistencia” a los factores estresantes o traumáticos durante los primeros años de la carrera militar, cuyas causas sería del todo interesante encontrar. Y podrían agruparse en internas (como podría ser la vocación militar y de servicio de los miembros de las FAS y de la GC) y en externas (como sería la espera forzada para conseguir posibles beneficios secundarios).

En la muestra a estudio, al 32% de los sujetos de la misma le otorgaron la baja médica el mismo día del acontecimiento, al 2% al día siguiente y al 65% al segundo o posteriores días, si bien en un 31% de la muestra desconocemos ese dato. Resultó además que, la mediana de días que pasaron desde el acontecimiento hasta la baja inicial es más alta en los que sufrieron eventos más graves y que acabaron desarrollando un TEPT o una TPP. Se podría añadir lo reflejado anteriormente sobre esa supuesta “resistencia” a los factores estresantes o traumáticos de los miembros de la muestra. Todo esto contrasta con los datos obtenidos en otros estudios como la revisión, sobre la base de siete estudios previos, realizada en conductores de transporte público por Clarner y Cols³⁹. En este trabajo se observó que, justamente tras un evento traumático, un total de entre el 69 y el 81% de los conductores estaba de baja médica.

El motivo por el que los peritados acabaron siendo examinados en la JMPP estuvo claramente desplazado a favor de las alegaciones del peritado frente a las alegaciones propias y únicas institucionales. Y ello en relación a dictámenes médicos previos que consideraron “desfavorables” por entender, en general, que había relación de causalidad entre con un evento del servicio, que el diagnóstico no era correcto o que se aplicó un porcentaje de discapacidad bajo.

La JMPP diagnosticó fundamentalmente TEPT, TADP y TDP por este orden. Los trastornos simples como los TD y, sobre todo, los TA fueron muy poco diagnosticados. En un, no desdeñable, 10% de los casos la JMPP diagnosticó OT, en los que la influencia del evento, al menos teóricamente, es menor. El porcentaje medio de discapacidad que asigna la JMPP está entre el que proponen las JMPO's y los EVO's de las CCAA (en los pocos casos en que se dispone de este dato). Y se han encontrado diferencias estadísticamente muy significativas entre los porcentajes medios de discapacidad que señalan estos tres grupos de organismos. La JMPP ejerció, en este sentido, un papel equilibrador⁴⁰.

CONCLUSIONES

Se ha encontrado que los eventos estresantes o traumáticos que más *frecuentemente* ocasionaron los diferentes trastornos de este grupo fueron: los entornos laborales desagradables u hostiles, los accidentes, los atentados terroristas y las características-condiciones del destino que ocasionan una insatisfacción laboral.

El estudio de las características personales y profesionales de los sujetos que fueron diagnosticados de un trastorno de este grupo nos muestra que, éstos en general, afectan ligeramente más a mujeres que a hombres (en comparación con el porcentaje de hombres y mujeres de la población diana), se dan a edades relativamente jóvenes, aunque no en el primer tramo de la carrera militar, no suelen afectar a la estabilidad de pareja, se presentan más en la GC que en las FAS, y se dan en empleos de menor graduación.

Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés más diagnosticados en la Junta Médico Pericial Psiquiátrica de la Sanidad Militar fueron: el trastorno por estrés postraumático, el trastorno ansioso depresivo y el trastorno depresivo persistente.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington. VA. American Psychiatric Association. 2013.
2. McFarlane AC. Los costes del estrés postraumático a largo plazo: consecuencias físicas y psicológicas entrelazadas. *World Psychiatry* (Ed Esp) 8:1. 2010.
3. Deahl MP, Klein S, Alexander DA. The costs of conflict: meeting the mental health needs of serving personnel and service veterans. *Int Rev Psychiatry*. 2011 Apr ;23(2):201-9.
4. Vilariño Rodríguez DM, Vicaria Arroyo FJ. Trastornos de ansiedad-depresión en contingencia común en la ciudad de Málaga. Máster Universitario en Medicina Evaluadora-Edición 2009. Instituto de Formación Continua. Universidad de Barcelona - Asepeyo; 2010.
5. Dressing H, Foerster K. Forensic psychiatric assessment of posttraumatic stress disorder. *Nervenarzt*. 2014 Mar;85(3):279-80, 282-4, 286-9.
6. McNally RJ, Frueh BC. Why are Iraq and Afghanistan War veterans seeking PTSD disability compensation at unprecedented rates?. *J Anxiety Disord*. 2013 Jun;27(5):520-6.
7. Ahmadi K, Lashani Z, Afzali MH, Tavalai SA, Mirzaee J. Malingering and PTSD: detecting malingering and war related PTSD by Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST). *BMC Psychiatry*. 2013 May 29;13:154.
8. Seguimiento de posibles secuelas por explosión cercana. Estado Mayor de la Defensa. Mando de Operaciones. Nota de despacho. Octubre. 2012.
9. World Health Organization. Manual of the internacional statistical classification of diseases, injuries and causes of death (10ª rev.). WHO, Ginebra, 1992.
10. Gimeno Lahoz R. La presión laboral tendenciosa (el mobbing desde la óptica de un juez). Valladolid. Lex Nova 2005.
11. Calcedo Ordóñez A, Calcedo Barba A. Psiquiatría y Ley. En: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de Psiquiatría. Ars Médica. Barcelona. 2010.
12. Leyman H. The content and development of mobbing at work. *Eur J Work Org Psychol* 1996; 5: 165-184
13. Organización Mundial de la Salud. Sensibilizando sobre el acoso laboral en el trabajo. Ginebra. OMS. 2004.
14. González Trijueque D, Graña Gómez JL. El acoso psicológico en el lugar de trabajo: prevalencia y análisis descriptivo en una muestra multiocupacional. *Psicothema* 2009. Vol. 21, nº 2, pp. 288-293.
15. Harrington D, Bean N, Pintello D, Mathews D. Job satisfaction and burnout: Predictors of intentions to leave a job in a military setting. *Administration in Social Work*, 25(3), 1-16. 2001.
16. Osca A, López-Araujo B, Bardera P, Urien B, Díez V, Rubio C. Riesgos psicosociales y accidentalidad laboral: investigación y propuestas de actuación. *Papeles del psicólogo*, vol. 35, no 2, p. 138-143. 2014.
17. Bardera P, Osca A, González-Camino G. Proyecto de investigación, factores psicosociales y accidentalidad laboral en METP: selección y estrategias de intervención. Madrid: UNED. 2002.
18. López-Araujo B, Osca A, Rodríguez-Muñoz MF. Accidentalidad laboral: el papel del estrés laboral y de la implicación con el trabajo. *Revista de Psicología Social y Aplicada*, 16(3), 323-339. 2006.
19. Bados A, Greco A, Toribio L. Experiencias traumáticas y trastorno por estrés postraumático en universitarios españoles. *Anales de psicología*, vol 28 nº 2 (mayo), 387-396. 2012
20. Viana I. Eta, medio siglo de terror. ABC Periódico Electrónico S.L.U, Madrid, 2010.
21. Conflicto en Irlanda del Norte. Consultado en línea en Wikipedia el día 10-12-2014.
22. Shen YC, Arkes J, Kwan BW, Tan LY, Williams TV. Effects of Iraq/Afghanistan deployments on PTSD diagnoses for still active personnel in all four services. *Mil Med*. 2010 Oct;175(10):763-9.
23. Mazurek T, Nowosielski R. Impact of military service in Afghanistan on mental health of Polish soldiers. *Merkur Lekarski Pol*. 2014 Nov; 37 (221): 280-4.
24. Arroyo YA. La participación de las mujeres en las fuerzas armadas españolas: de la incorporación a la integración. *Comunitaria: Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales*, (7), 9-27. 2014.
25. Frieyro B. La mujer soldado en España. pp. 173-199 en *Las mujeres militares en España (1988-2008)*, editado por M. Gómez y I. Sepúlveda. Madrid: Instituto Universitario General Gutiérrez Mellado. 2009.
26. Martín V. Las mujeres en los ejércitos europeos y americanos pp. 23-43 en *Las mujeres militares en España (1988-2008)*, editado por M. Gómez y I. Sepúlveda. Madrid: Instituto Universitario General Gutiérrez Mellado. 2009.
27. Galea S, Ahern J, Resnick H, Kilpatrick D, Bucuvalas M, Gold J, Vlahov D. Psychological Sequelae of the September 11 Terrorist Attacks in New York City. *N Engl J Med* 2002; 346:982-987.
28. Miguel Tobal JJ, Cano Vindel A, Iruarrizaga I, González H, Galea S. Consecuencias psicológicas de los atentados terroristas del 11-M en Madrid. *Ansiedad y Estrés*. 2004, 10 (2-3), 163-179.
29. Enguita RC, Ramos R. Trastorno de adaptación. Análisis de la Incapacidad Laboral por contingencias comunes en Ibermutuamur, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. *Med. Segur. Trab.* vol.59 no.232 Madrid jul.-set. 2013.
30. Secretaría Confederada de Salud Laboral de la UGT. Estado actual de las Mutuas de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales en España. Madrid. Abril 2008.
31. Almarcha Vicente MI, Aparicio Navarro JV, Enguix Monzó V. Influencia del peritaje en la duración de la IT en la patología psiquiátrica más frecuente en contingencias comunes. Máster Universitario en Medicina Evaluadora-Edición 2006-2007. Instituto de Formación Continua. Universidad de Barcelona - Asepeyo; 2010.
32. Maercker A, Michael T, Fehm L, Becker ES. Age of traumatization as a predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *Br J Psychiatry*. 2004. Jun; 184: 482-7.
33. Verónica Vitriol G, Alfredo Cancino A, Paula Riquelme S, Ignacia Reyes F. Terremoto en Chile: estrés agudo y estrés post-traumático en mujeres en tratamiento por depresión grave. *Rev. méd. Chile* vol.141 Nº3 Santiago mar. 2013.
34. Gewirtz AH, Polusny MA, DeGarmo DS, Khaylis A, Erbes CR. Posttraumatic stress symptoms among National Guard soldiers deployed to Iraq: associations with parenting behaviors and couple adjustment. *J Consult Clin Psychol*. 2010 Oct;78(5):599-610.
35. Green B, Griffiths EC. Birth order and post-traumatic stress disorder. *Psychol Health Med*. 2014;19(1):24-32.
36. Ritov G, Barnett Z. The moderating effect of parenthood in the relationship between posttraumatic stress disorder symptoms and lateral preference in Israeli reserve combat troops. *J Nerv Ment Dis*. 2013 Aug; 201(8):703-5.
37. Hines LA, Sunda J, Rona RJ, Wessely S, Fear NT. Posttraumatic stress disorder post Iraq and Afghanistan: prevalence among military subgroups. *Can J Psychiatry*. 2014 Sep; 59(9):468-79.
38. Iversen AC, Fear NT, Ehlers A, Hacker Hughes J, Hull L, Earnshaw M, Greenberg, Rona R, Weesely S, Hotopf M. Risk factors for post-traumatic stress disorder among UK Armed Forces personnel. 2008. *Psychological medicine*, 38(4), 511-522.
39. Clarner A, Graessel E, Scholz J, Niedermeier A, Uter W, Drexler H. Work-related posttraumatic stress disorder (PTSD) and other emotional diseases as consequence of traumatic events in public transportation: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*. 2014. Sep 30.
40. Morales Rodríguez PP. Los trastornos psiquiátricos reactivos en el medio militar. Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá. 2015.