

# Cómo abordar los impactos en la salud conductual

## Equilibrar el tratamiento y el apresto de la misión

Teniente coronel Christopher Landers, Ejército de EUA

**E**n el *Informe de Salud de la fuerza del Ejército* de 2015 se encontró que 17 por ciento de la fuerza no está medicamente preparada<sup>1</sup>. Esta tasa incluye a soldados con problemas de salud física y de comportamiento. A pesar de los desafíos significativamente diferentes enfrentados por los soldados en comparación con sus contrapartes civiles, los soldados siguen demostrando increíble resiliencia. Sin embargo, 15 por ciento (tasa de prevalencia de 2014) de la fuerza ha sido diagnosticada con un trastorno de salud conductual para el que requieren tratamiento<sup>2</sup>.

Si el Ejército le pregunta a los comandantes en el campo cuál piensan que es el mayor desafío del acondicionamiento del soldado individual en los últimos años, muchos podrían decirle al Ejército que es el aumento aparentemente pronunciado en los problemas de salud relacionados con el comportamiento, que fue de 9,4 por ciento diagnosticado en 2007 a 15 por ciento en 2014<sup>3</sup>. En un número sustancial de casos, los problemas de salud conductual llevan a una incapacidad, al menos parcialmente, de un soldado para llevar a cabo su misión en tiempo de guerra. En 2014, los soldados con afecciones de salud conductual totalizaron alrededor de hospitalizaciones y un millón de citas médicas<sup>4</sup>. Ese es el equivalente a casi un batallón entero que pasa tres meses en el hospital cada año. No se incluyen en esa estimación los miles

de pacientes que recibieron un perfil de servicio que los releva de desempeñar su función asignada.

### El desafío del apresto para la misión

A medida que las consideraciones económicas, políticas y globales hacen que el Ejército sea cada vez más pequeño, aumenta el desafío de mantener el apresto para el combate. Una fuerza más pequeña es más vulnerable a estar menos preparada para el combate debido a que no hay soldados disponibles; cuanto menor sea la fuerza, mayor es el impacto operacional de los soldados no disponibles.

Por lo tanto, los problemas relacionados con la salud conductual que pueden determinar la disponibilidad de un soldado, incluyendo ansiedad, trastorno de estrés postraumático (TEPT, por sus siglas en español), depresión y conducta suicida tienen un impacto significativo y creciente en el apresto de la unidad en todo el Ejército. Más preocupante que la amplitud del problema es la aparente incapacidad del Ejército para proteger y mantener el apresto de la unidad sin dejar de atender las necesidades de tratamiento de los soldados.

Los protocolos actuales para el tratamiento y la separación del servicio, de ser necesario, dejan muy poca flexibilidad a los comandantes mientras intentan preservar el apresto. La prevención, diagnóstico y



El sargento (retirado) Jerry Majetich contiene a un emocional capellán Charles Dupree, Unidad de transición de guerrero Orlando, durante la operación Proper Exit, 16 de junio de 2010 en la Estación operacional de contingencia (COS) Falcon, Irak. La unidad de Dupree fue atacada en octubre de 2005 en Al Dora. La COS Falcon fue la primera parada de los heridos en Irak. (Foto cortesía del especialista Jared Eastman, Ejército de EUA)

tratamiento de los problemas de salud conductual han recibido una atención considerable y necesaria, pero a medida que el Ejército ha hecho progresos en la prevención del suicidio, ha creado otro problema: una disminución de la población institucional disponible para el adiestramiento y despliegue. A fin de afrontar eficazmente el desafío de equilibrar las necesidades de los soldados con el apresto de la unidad, los comandantes necesitan flexibilidad para tratar con eficacia a los que necesitan atención de una manera que minimice el impacto en el adiestramiento y operaciones de la unidad.

## Cómo abordar el problema de salud conductual

En medio de lo que ahora es un esfuerzo de guerra de 15 años, el Ejército reconoció una brecha significativa en su capacidad para diagnosticar y tratar eficazmente las condiciones de salud conductual que resultaron en un fuerte aumento en el TEPT y los suicidios relacionados con la depresión. En respuesta, el Ejército solicitó que el Instituto Nacional de Salud Mental estableciera un equipo de investigadores para ayudar con el problema. Posteriormente, el Ejército inició el programa de

Evaluación de Riesgos y Resiliencia de los Integrantes del Servicio (STARRS, por sus siglas en inglés) en 2009 y proporcionó informes cada año hasta 2015. Los investigadores del STARRS del Ejército buscaron factores que ayudaban a proteger la salud mental de un soldado, así como los que ponen en riesgo la salud mental del mismo<sup>5</sup>. El equipo de investigación del STARRS del Ejército diseñó e implementó cinco componentes del estudio para analizar el problema, examinando cada uno por separado para comprender mejor el problema y proporcionar recomendaciones constructivas<sup>6</sup>. En los últimos años, el equipo de investigadores ha generado más de 30 estudios.

Al mismo tiempo, el secretario del Ejército ordenó al subjefe de Estado Mayor que «hiciera un análisis holístico e identificara fallas o preocupaciones sistémicas en el Sistema Integrado de Evaluación de Discapacidad (IDES, por sus siglas en inglés) que afectan el diagnóstico y evaluación de las condiciones de salud conductual»<sup>7</sup>. A fin de llevar a cabo la tarea, en la institución creó el Grupo de Fuerza de Trabajo del Ejército sobre la Salud Conductual (ATFBH, por sus siglas en inglés) que llevó a cabo una revisión exhaustiva y produjo el *Plan de Acción Correctiva* (CAP, por sus siglas en inglés) para tratar y corregir fallas o preocupaciones identificadas<sup>8</sup>.

## Recomendaciones, resultados e impactos en el apresto

El proyecto de investigación STARRS y el CAP funcionaron con dos propósitos claves. En primer lugar, los estudios del STARRS del Ejército intentaron ayudar a prevenir o predecir los problemas de salud conductual identificando a los soldados potencialmente en riesgo y los factores o condiciones que pueden poner a más soldados en riesgo (o aumentar el riesgo para los ya identificados como en riesgo).

Según el estudio, los soldados están en mayor riesgo si son del sexo masculino, blancos y recién alistados. No haberse graduado de la escuela secundaria y el castigo o degradación reciente también se identifican como factores de riesgo. El haber sido previamente o actualmente desplegados también pone a los soldados en mayor riesgo, especialmente entre la población femenina. Sin embargo, contrario a la creencia popular, el estudio identificó un marcado aumento de los eventos suicidas y trastornos de la salud conductual entre los soldados que jamás han sido desplegados. Esos que quizás tienen un mayor riesgo de pensamientos suicidas (considerar

suicidarse) o intentarlo son los que tienen diagnósticos psiquiátricos antes de alistarse en el Ejército. Alrededor de la mitad de todos los casos de suicidio (ideas, planes o intentos) tuvieron inicio antes del alistamiento<sup>9</sup>.

Esto no es de sorprender, ya que en Estados Unidos «la prevalencia estimada de cualquier ansiedad, estado de ánimo, comportamiento, o abuso de sustancias DSM-IV en esta muestra fue 53,1 por ciento... La gran mayoría de los casos (91,6 por ciento) tuvieron estos síntomas, por primera vez, antes de la edad esperada de alistamiento si estuvieron en el Ejército»<sup>10</sup>.

Las implicancias de estos resultados de investigación son significativas. Una selección eficaz antes del alistamiento podría esencialmente excluir a la mitad de los sucesos relacionados con el suicidio del Ejército al evitar que los que tienen trastornos de ansiedad, estado anímico, comportamiento, o abuso de sustancias se enlisten. Por supuesto, hay dificultades con tal desafío. Aunque se requiere la presentación de los expedientes médicos para la selección inicial si el solicitante ha indicado tratamiento previo de salud conductual, ¿cuántos están revelando realmente el tratamiento previo? Una búsqueda rápida en la web revela cientos de posibles soldados, marineros, aviadores y marines en foros en línea que discuten lo que deben o no revelar para pasar la detección. Teniendo esto en cuenta, la presentación obligatoria de datos y reclamos de seguros puede reducir los intentos exitosos de engaño. Una supervisión psicológica mejorada similar a la de las fuerzas de operaciones especiales contribuiría con certeza a reducir la adhesión de soldados inadecuados, pero el empeño probablemente sería prohibitivo en términos de costos y tiempo a una escala tan grande.

El CAP se centró en el tratamiento. Un mejor acceso al cuidado de la salud (por ejemplo, especialistas en salud mental integrados con equipos de combate de brigada del Ejército), una mejor comprensión del problema y procesos del IDES más eficientes y eficaces han servido para aumentar la calidad general de la atención de los soldados afectados. El CAP incluyó «24 hallazgos y 47 recomendaciones para mejorar el diagnóstico y las evaluaciones de salud conductual en el contexto del IDES»<sup>11</sup>.

Algunas de las recomendaciones importantes, ahora implementadas, incluyen: un programa expandido de salud conductual que alinea a los proveedores con unidades desplegables de magnitud brigada; estandarización del diagnóstico y evaluación de los soldados

con TEPT; proceso del IDES simplificado; revisión del reglamento del Ejército (AR) 635-40, *Evaluación física para la retención, Retiro, o Separación*, en una regulación única e integral para el IDES; medidas de rendimiento del IDES desarrolladas que calificaron la velocidad del proceso y calidad de la atención médica; mejor capacitación para los líderes del Ejército sobre cuestiones relacionadas con la salud conductual del IDES; mejor adiestramiento para el liderazgo y administración de la salud conductual; mejor dotación de personal relacionado con el diagnóstico y el tratamiento de los problemas relacionados con la salud conductual; aclaración de las opciones legales de los comandantes para la acción administrativa que involucra a soldados con una afección de salud conductual; revisión de la política sobre la revisión del inspector general de salud de todos los soldados en espera de ser relevados del cargo por trastornos de la personalidad; y varios otros<sup>12</sup>.

Si bien es difícil afirmar de manera concluyente que la implementación del ATFBH, los resultados del CAP y otros programas de prevención liderados por soldados probablemente jugaron un rol importante en la reciente reducción de suicidios y sucesos relacionados. La reducción de los sucesos relacionados con suicidios parece ser un éxito claro e inconfundible. No cabe duda de que los soldados son más fácilmente diagnosticados, tratados con más experiencia y, lamentablemente, más a menudo, se les consideran no disponibles (al menos temporalmente).

En general, la respuesta del Ejército ante la crisis de la salud conductual ha sido, por lo regular, a través de dos líneas de esfuerzo. En primer lugar, diagnosticar y tratar a aquellos con afecciones relacionadas con el servicio militar para los cuales el retiro por causas de salud es adecuado. En segundo lugar, descartar a los soldados que no pueden adaptarse a la vida militar debido a las afecciones preexistentes de salud conductual. El sistema actual parece centrarse más en el primero y puede no ser adecuado para el segundo<sup>13</sup>.

## **Recomendaciones para mitigar los impactos en la preparación de la unidad**

Por encima de todo, el Ejército no debe cambiar la forma en que ahora identifica, diagnostica y cuida de sus soldados que sufren de enfermedades de salud conductual que requieren tratamiento. El Ejército ha hecho grandes avances en la prevención, diagnóstico y tratamiento en

los últimos años. La consecuencia no deseada es que un aumento en la prevalencia ha causado una disminución correspondiente en el apresto de la unidad. Ochenta mil días de hospitalización por año es difícil de absorber para un Ejército cuya prioridad es el apresto<sup>14</sup>.

Si bien la prevención y el tratamiento han sido el enfoque apropiado, se debe prestar más atención al mantenimiento del apresto de la unidad en el nivel táctico. Cada soldado no disponible tiene un impacto negativo significativo y creciente en el apresto mientras que el Ejército disminuye en número de tropas y aumentan los compromisos. Algunas medidas adicionales para ayudar a los comandantes a mantener el apresto son dignas de consideración.

En primer lugar, aumentar el compromiso del Ejército y el uso de las Unidades de Transición de Guerrero (WTU) para los soldados cuya condición de salud conductual les impide servir en una capacidad fructífera. Existentes en la mayoría de las instalaciones,

una WTU se asemeja a una unidad de «línea» del Ejército, con cuadros profesionales y procesos integrados que se basan en la fortaleza de cohesión de unidad y trabajo de equipo del Ejército para que los soldados heridos puedan centrarse en la recuperación antes de regresar al Servicio o a la vida civil. Dentro de una WTU, los soldados heridos, enfermos y lesionados trabajan con sus Triada de cuidado —el gestor de atención primaria (por lo regular, un médico), el administrador de casos (enfermera), y el líder de escuadra— que coordinan su atención médica con otros profesionales clínicos y no clínicos<sup>15</sup>.

Los soldados en las WTU se centran únicamente en la recuperación en preparación para un retorno al servicio o para la transición a la vida civil.

Muchos soldados asignados a las WTU están al mismo tiempo inscritos en el proceso del IDES. En el IDES, los soldados heridos y enfermos reciben tratamiento y evaluación para regresarlo al servicio o hacer una determinación de «no apto» y procesarlo para la transición. Al igual que aquellos que no son físicamente aptos, la mayoría (hay excepciones) de soldados a ser separados por su condición de no aptos debido a una condición de salud conductual tienen que cumplir con el proceso del IDES, con una meta de 295 días desde el principio hasta el fin<sup>16</sup>.



El sargento Paul Bryant lidera a un equipo de integrantes del servicio que se recuperan de lesiones en la regata de canoa del guerrero herido, 18 de agosto de 2013 en Honolulu, Hawái. (Foto cortesía del especialista de primera clase en comunicación masiva Daniel Barker, Armada de EUA)

El asignar a un soldado a una WTU, tan pronto como sea posible, en el proceso de evaluación permite que el individuo continúe el tratamiento apropiado mientras, simultáneamente, ayuda a sostener el apresto de la unidad a través del proceso de reemplazo. Actualmente, la mayoría de los soldados inscritos en el proceso del IDES para la separación del servicio militar siguen siendo asignados a la unidad en la categoría de soldado no disponible con impactos obvios al apresto. Un reto que enfrentan los comandantes es que la AR 40-58, *Cuidado del guerrero y Programa de transición*, prohíbe, expresamente, la admisión a las WTU con el propósito de mantener el apresto de la unidad a través de asignaciones. Además, la admisión de soldados con afecciones psicológicas debe ser tan estricta como que el soldado representa un riesgo *sustancial* para sí mismo o para otros si el soldado permanece en la unidad<sup>17</sup>. Pocos soldados en tratamiento cumplen este umbral (por lo menos

al principio), aunque muchos reciben perfiles de restricción de deberes que son perjudiciales para el apresto. Como resultado, no es raro que una unidad de tamaño de batallón tenga docenas de soldados en el IDES esperando por la separación del servicio—ninguno disponible durante los 295 días completos (suponiendo que se cumpla la meta de la línea de tiempo del IDES).

En segundo lugar, el Ejército y el Departamento de Defensa deben seguir una importante recomendación del CAP: una revisión estatutaria de la Instrucción 1332.36 del Departamento de Defensa, *Evaluación de discapacidad física* y la AR 635-200, *Separaciones administrativas de alistados en servicio activo*, que permita hasta 365 días para la detección de una enfermedad de salud conductual preexistente en los soldados que no han sido desplegados<sup>18</sup>. Actualmente, la condición de salud conductual preexistente debe identificarse dentro de los primeros 180 días, después de lo cual, el

descubrimiento requiere que el soldado se inscriba en el IDES para entrar en el proceso de separación. Según lo estipula el CAP,

Las condiciones preexistentes del BH (salud conductual), a menudo, no se manifiestan en los periodos estructurados y reglamentados del adiestramiento básico. El permitir la detección hasta 365 días da más tiempo para detectar una enfermedad<sup>19</sup>.

Este cambio permitiría una separación bajo el capítulo 5-11 (separación del personal que no cumplió con los estándares de aptitud médica de admisión) hasta los primeros seis meses que un soldado se incorpora a su primera unidad. Esto es especialmente importante ya que más de un 75 por ciento de los soldados que jamás han sido desplegados que tiene un trastorno diagnosticado informó el inicio de dichos trastornos antes de la edad de alistamiento<sup>20</sup>. No solo tres cuartas partes de los trastornos diagnosticados comienzan antes del alistamiento, sino que también son predictores más poderosos de un grave deterioro de la discapacidad, que los trastornos con aparición posterior al alistamiento<sup>21</sup>. La búsqueda de una separación bajo el capítulo 5-11 a través de la junta de evaluación médica no debe interpretarse como una negación de atención médica. Dado que el CAP recomienda que un soldado separado bajo el capítulo 5-11 permanezca elegible entre 181 y 365 días para una caracterización honorable de servicio y se apliquen los beneficios completos de veterano.

Los datos ciertamente sugieren que limitar la admisión de aquellos con trastornos mentales antes del alistamiento podría ayudar a minimizar los problemas que se materializan más tarde en el servicio, pero el diagnóstico es difícil ya que los síntomas suelen ser menores en la adolescencia y demasiado suaves para causar el rechazo del servicio militar.<sup>22</sup> Incluso, si el futuro soldado es consciente de un diagnóstico descalificante, él o ella no siempre va a revelarlo ya que hacerlo es autolimitante.

Por último, el Ejército debe considerar extender el capítulo 11, «Rendimiento y conducta en el nivel de entrada» a 365 días. Al igual que el capítulo 5-11, la separación en el capítulo 11 (a menudo referida como un capítulo de «falta de adaptación») está limitado a los primeros 180 días de servicio, cubriendo esencialmente sólo el entrenamiento inicial. En relación con esta recomendación, esta política de separación se aplica a

los soldados que «no pueden o no se adaptarán social y emocionalmente a la vida militar, o han demostrado rasgos de carácter y comportamiento incompatibles con un servicio continuo satisfactorio»<sup>23</sup>.

Limitar a 180 días esta política de separación es excesivamente restrictivo si los comandantes realmente miden la capacidad de un soldado para adaptarse a la vida militar. Similar a la recomendación anterior con respecto al capítulo 5-11, la naturaleza reglamentada para el adiestramiento básico de alistamiento no reproduce adecuadamente «la vida militar» por lo tanto, la adaptación exitosa al adiestramiento básico no equivale a una adaptación exitosa al Ejército. Los estresores diarios de los despliegues que se avecinan, el adiestramiento en el terreno, las relaciones personales, las preocupaciones familiares, la gestión financiera y otros son muy diferentes a la vida relativamente sencilla cuando se está en el adiestramiento básico. Se podría argumentar que un soldado no ha comenzado realmente a experimentar la vida militar hasta que él o ella llega y es integrado a su nueva unidad. Solo entonces, frente a los desafíos mencionados, el Ejército puede medir su adaptabilidad. El impacto de esta recomendación yace en el hecho de que una proporción estadísticamente importante de soldados que experimentan un incidente de salud conductual (o buscan tratamiento) informan que el catalizador es el simple hecho de que ellos están en el Ejército y ya no desean permanecer en el mismo. En pocas palabras, no se han adaptado y es poco probable que lo hagan.

El peligro, por supuesto, es en el engaño. Como todos los programas de tratamiento de salud, los sistemas y protocolos que el Ejército usa para diagnosticar y tratar problemas de salud conductual están sujetos a manipulación. Se podría argumentar que para un soldado que ya no desea servir, el atractivo de una rápida separación puede llevarlo a un comportamiento manipulador para salir del Ejército. La preocupación ciertamente tiene mérito, pero hay pocas alternativas. En ausencia de una rápida separación, el soldado en cuestión puede unirse a los veinte mil (36 por ciento) soldados recién ingresados que no completan su primer período, a menudo dejan el servicio después de una larga separación por mala conducta o fracaso en el desempeño<sup>24</sup>. Aún peor, él o ella puede desarrollar una afección de salud conductual legítima que resulta en aproximadamente 295 días de ingreso en el programa IDES y discapacidad



El especialista Gerrick Cole, el sargento Michael Harris y la teniente coronel Zabrina Seay-Maynard tocan guitarra en el programa Sounds of Acoustic Recovery (SOAR) en el Centro de recreación Dale Wayrynen, Fuerte Campbell, estado de Kentucky. El SOAR es un programa de ocho semanas de duración que permite a los soldados heridos aprender los fundamentos de la guitarra o el piano, o recibir lecciones de canto en el nivel principiante o intermedio. El SOAR proporciona terapia para ayudar a los soldados a permanecer fuertes y recuperarse de lesiones en preparación para la siguiente fase en sus vidas. (Foto cortesía Lori Brenae Perkins, Fort Campbell Courier)

potencial a largo plazo. La naturaleza inmediata de esta separación puede compensar el riesgo de manipulación por parte de un puñado de farsantes.

La respuesta del Ejército al problema de salud conductual, específicamente, el suicidio ha sido loable. El tiempo, los recursos y las personas comprometidas con el esfuerzo han creado un ambiente, en gran parte, ausente del estigma que normalmente se supone que se asocia cuando se busca ayuda. El tratamiento está fácilmente disponible y ampliamente confiado. En las instalaciones más grandes del Ejército, los profesionales de la salud conductual ven a varios miles de pacientes singulares por año, la gran mayoría de los cuales son tratados sin el conocimiento de su cadena de mando y siguen sirviendo eficazmente. El aumento de la concientización y los amplios recursos naturalmente llevan a una mayor prevalencia de diagnósticos de trastornos de salud conductual. Es poco probable que haya más

personas con necesidad de recibir tratamiento, lo más probable es que estén siendo identificados como personas que necesitan tratamiento. El resultado es un fuerte aumento en el número de soldados no disponibles debido a las condiciones de salud conductual.

En un Ejército fiscalmente restringido, equilibrar el tratamiento y mantener el apresto para el combate se vuelve más crítico. Las herramientas existen para identificar, diagnosticar y tratar al soldado. Ahora, los comandantes necesitan herramientas para manejar mejor a los soldados que no están disponibles y mantener la preparación de la misión. A fin de ser claros, las recomendaciones aquí expuestas no son un intento de limitar la atención a anular las recomendaciones de los especialistas en salud conductual destacando las preocupaciones de los comandantes. De hecho, son el resultado del trabajo de los comandantes en colaboración con el personal médico y de salud conductual,

integrados para equilibrar mejor las dos líneas de esfuerzo a fin de abordar los problemas de salud conductual del Ejército.

La capacidad de reasignar rápidamente a todos los soldados inscritos en el IDES a las WTU y separar rápidamente a los soldados bajo los capítulos 5-11 y 11 en el primer año completo de servicio puede proveer los medios necesarios para que los comandantes mantengan la preparación de la misión. Los efectos adversos de una creciente población no disponible se exageran en una reducción de fuerza, lo que hace que cada caso tenga un impacto singular. Por otra parte, los soldados no disponibles que no pueden desempeñar su función de guerra son colectivamente una carga distintiva y una molestia—que

roba la atención de los líderes de su misión de guerra y de los soldados plenamente preparados para llevarla a cabo. Con una gran y creciente población de no disponibles en el Ejército, la mayoría de los comandantes han hecho una simple observación: cumplir la misión con menos soldados es más fácil que hacerlo con soldados no disponibles. ■

*Agradezco al Dr. Zachary Collins, 2º Equipo de combate de brigada, Jefe de equipo de salud conductual de la 10ª División de Montaña, y al capitán Ryan S. Calhoun, oficial de salud conductual, 2º Equipo de combate de brigada, 10ª División de montaña, por su asistencia con la investigación y proporcionar retroalimentación convincente lo cual mejoró, en gran medida, el manuscrito.*

*El teniente coronel Christopher Landers, Ejército de EUA, es oficial de infantería y ex comandante de batallón en la 10ª División de montaña. Cuenta a su haber con una licenciatura del Instituto de Tecnología Rochester y una maestría de la Escuela de posgrado de la Armada. Su carrera incluye mando y las asignaciones de Estado Mayor en Corea, Fuerte Benning, Fuerte Bragg, Fuerte Drum y Fuerte Polk.*

## Referencias Bibliográficas

1. Army Public Health Center, *Army Health of the Force Report*, (Washington, DC: Office of the Surgeon General, 2015), págs. 31–33.
2. *Ibid.*, págs., págs. 41-42.
3. *Ibid.*, p. 41.
4. *Ibid.*
5. «STARRS: Study to Assess Risk & Resilience in Service members» website, accedido el 7 de noviembre de 2016, <http://starrs-ls.org/#/page/background>.
6. *Ibid.*
7. Army Task Force on Behavioral Health, *Corrective Action Plan*, (Washington, DC: Headquarters, Department of the Army, enero de 2013), p. 1.
8. *Ibid.*
9. Matthew K. Nock et al., «Prevalence and Correlates of Suicidal Behavior Among Soldiers: Results From the Army Study to Assess Risk and Resilience in Service members (Army STARRS)», *JAMA Psychiatry* 71, n.º. 5 (2014): 514–22, [doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.30](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.30).
10. Gadermann, M., Anne, et al., «Projected Rates of Psychological Disorders and Suicidality among Soldiers Based on Simulations of Matched General Population Data», *Military Medicine* 177, n.º. 9 (septiembre de 2012): págs. 1002-10.
11. *Corrective Action Plan*, p. 2.
12. *Ibid.*, págs. 10-57.
13. Dr. Zachary Collins, 2º Equipo de combate de brigada, líder del equipo de salud conductual de la 10ª División de Montaña, correo electrónico para el autor, 29 de febrero de 2016.
14. General Mark Milley, jefe de Estado Mayor del 39º Ejército, «Initial Message to the Army», e-mail announcement, 26 de agosto de 2015, accedido el 7 de noviembre de 2016, [https://www.army.mil/e2/rv5\\_downloads/leaders/csa/Initial\\_Message\\_39th\\_CSA.pdf](https://www.army.mil/e2/rv5_downloads/leaders/csa/Initial_Message_39th_CSA.pdf).
15. «Warrior Transition Units», Warrior Care and Transition (WCT) website, accedido el 7 de noviembre de 2016, <http://www.wtc.army.mil/modules/soldier/s1-wtu.html>.
16. «Integrated Disability Evaluation System (IDES) Timeline», WCT website, accedido el 7 de noviembre de 2016, [http://www.wtc.army.mil/img/soldier\\_to\\_ides.html](http://www.wtc.army.mil/img/soldier_to_ides.html).
17. Army Regulation 40-58, *Warrior Care and Transition Program* (Washington, DC: U.S. Government Publishing Office [GPO], 23 de marzo de 2015), p. 50.
18. *Corrective Action Plan*, p. 45.
19. *Ibid.*
20. Kessler, C., Ronald, et al., «Thirty-Day Prevalence of DSM-IV Mental Disorders Among Non-deployed Soldiers in the US Army: Results From the Army Study to Assess Risk and Resilience in Service members (Army STARRS)», *JAMA Psychiatry* 71, n.º. 5 (2014): <https://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1835338>.
21. *Ibid.*
22. *Ibid.*
23. Army Regulation 635-200, *Enlisted Administrative Separation*, (Washington, DC: U.S. GPO. 6 de septiembre de 2001, p. 86.
24. *Army Health of the Force Report*, p. 6.