



La sargento segundo Jean M. Whaley, administradora del programa de prevención del suicidio de la Guardia Nacional del Ejército del Estado de Mississippi, felicita a un soldado después de una conversación el 6 de junio de 2016 en Fort Hood, Texas, durante un ejercicio de entrenamiento de brigada integrado de múltiples escalones (MiBT). Whaley es una integrante de un equipo de salud conductual compuesto por una enfermera especializada, un especialista en salud conductual, un médico y un capellán de la Guardia Nacional de Mississippi, cuya misión es atender a los soldados durante el MiBT del Equipo de Combate de la 155ª Brigada Blindada. El estigma asociado al asesoramiento sobre salud mental en las fuerzas armadas ha disminuido mucho, pero la participación de los líderes también puede ser una forma eficaz de ayudar a los soldados que se están adaptando mal. (Foto: Sargento Connie Jones, 102º Destacamento de Asuntos Públicos)

Redescubrir el liderazgo como remedio para los problemas de adaptación en el Ejército

Mayor Karl Umbrasas, PsyD, ABPP, Ejército de EUA

Los líderes deben reclamar su papel de mentores que enseñan a los soldados a adaptarse al Ejército. El acceso constante a los recursos de salud mental puede reducir inadvertidamente la implicación de los líderes con los soldados que se adaptan mal. La desviación de estos soldados hacia la salud conductual priva a los líderes de la oportunidad de involucrarse más profundamente con ellos y, en última instancia, de crear una cultura de unidad cohesiva. La presencia del líder desplazado puede perpetuar los problemas de adaptación de los soldados y arraigar una práctica de liderazgo mal dispuesta para el futuro campo de batalla. Los rigores previstos de la guerra a gran escala impedirán el acceso rutinario a la salud mental, lo que sugiere la necesidad de métodos impulsados por los líderes para mantener la preparación mental y la integridad de la unidad sin depender estrictamente de los proveedores de salud mental.

La doctrina de liderazgo del Ejército establece explícitamente que los líderes trabajan para integrar rápida y eficazmente a los nuevos miembros en la unidad y utilizan las actividades de la unidad para fomentar el espíritu de cuerpo¹. Los líderes del Ejército son entrenadores y mentores que desarrollan equipos cohesionados y que lideran a través del ejemplo. Según la doctrina, el liderazgo del Ejército es un adhesivo social comprometido y dinámico que trabaja constantemente con los subalternos; sin embargo, en la práctica, el liderazgo del Ejército es un proceso corporativo centrado en los resultados y los productos para los niveles superiores de la estructura jerárquica². Los efectos del proceso corporativo se ven claramente en el nivel de compañía, donde el liderazgo está sobrecargado de trabajo, a menudo debido a la excesiva asignación de tareas por parte de los niveles superiores³. La concentración en la prestación de apoyo a las funciones de la instalación, la capacitación no relacionada con el combate, y cualquier cantidad de tareas y grupos de trabajo mantiene a las unidades fragmentadas y preocupa a los líderes del nivel de compañía con la garantía de que se cumplan los objetivos. Hay poco tiempo para la amplia gama de prácticas de formación individual y de equipo prescritas por la doctrina.

Las unidades insuficientemente cohesionadas y excesivamente presionadas se convierten en grupos sociales que sufren la anomia [la falta de las normas sociales o éticas habituales en un individuo o grupo]. La anomia se produce cuando las normas de un grupo no están claras⁴. Las personas se sienten menos vinculadas a su

grupo durante la anomia y los objetivos individuales se confunden. La anomia contribuye a un sentimiento de falta de sentido y, en el extremo, es un impulsor del suicidio⁵. Las unidades que se atascan con tareas no relacionadas con su misión funcional no podrán crear la solidaridad orgánica necesaria para la cohesión. Los soldados a los que se les encomienda embellecer la instalación, comprobar las tarjetas de identificación y completar los entrenamientos en línea, además de sus otras tareas, pueden cuestionar su propósito. Con sus soldados que llevan a cabo otras tareas aisladas, a menudo en lugares dispares, los líderes no tendrán la oportunidad de inculcar la regulación institucional, o moral, necesaria para la cohesión. El liderazgo se convierte en una serie impersonal de directivas de tareas, y los soldados son soldados en la medida en que completan sus tareas. La anomia puede producirse en tal situación y contribuir a una fuente de angustia que impulsa a los soldados a los especialistas de salud conductual.

La percepción de la utilización de los servicios de salud mental ha mejorado mucho con respecto al pasado reciente. La disminución del estigma en las fuerzas armadas puede verse en la larga espera para conseguir una cita con un proveedor de salud mental⁶. Son tantos los integrantes militares que utilizan la salud mental que el sistema está sobrecargado. Una estimación de la utilización de la salud mental en el Ejército reveló que el 21 % de los soldados utilizaron los servicios de salud mental en un período de doce meses⁷. Los soldados buscan tratamiento de salud mental por varias razones. Algunos soldados pueden haber tenido un trastorno mental no diagnosticado al ingresar en el Ejército y la angustia relacionada con ese trastorno solo se hizo evidente durante su tiempo de servicio. Los soldados también pueden haber tenido una predisposición a un trastorno mental que se manifestó junto con el estrés del Ejército. Además, los soldados pueden haber adquirido una enfermedad, como el trastorno de estrés postraumático o el trastorno de adaptación, durante su estancia en el Ejército. Sin embargo, los soldados suelen acudir a los servicios de salud mental por razones menos urgentes. Los soldados de alto rendimiento pueden creer que tienen un trastorno por déficit de atención/hiperactividad y buscan tratamiento farmacológico para su trastorno cuando perciben que no están rindiendo a su máximo nivel. Los soldados en estado de entrenamiento pueden tener dificultades con la vida

militar y buscar asesoramiento de salud conductual por el malestar provocado por la novedad de las fuerzas armadas. Los líderes también pueden enviar a sus soldados a salud conductual cuando observan una serie de problemas, como soldados que tienen dificultades con los demás, soldados que no rinden bien en el trabajo o soldados que muestran problemas de disciplina.

La salud conductual del Ejército sirve a menudo como lugar para trabajar con los soldados que tienen dificultades para adaptarse a las circunstancias psicosociales de las fuerzas armadas. Algunas de las circunstancias psicosociales con las que luchan los soldados son el trato con un jefe, la interacción con los compañeros, la añoranza de la vida en casa, el enfrentamiento con la realidad de la edad adulta o simplemente el deseo de estar lejos del lugar de trabajo. A los soldados con estas quejas, y su ansiedad y depresión concomitantes, se les puede diagnosticar un trastorno de adaptación si su angustia es grande o si sus síntomas perjudican su capacidad de funcionamiento. Si es así, se

El mayor Karl Umbrasas, doctor en Psicología, Junta Americana de Psicología Profesional, Ejército de EUA, es un psicólogo clínico certificado y psicólogo del Ejército. Sus misiones incluyen un período de cincuenta y cinco meses como oficial de salud conductual para el Equipo de Combate de la 4ª Brigada de Infantería (IBCT) (rebautizado como el 2º IBCT), 3ª División de Infantería, Fort Stewart, Georgia; becario de psicología forense, Centro de Ciencias del Comportamiento Forense, Centro Médico Militar Nacional Walter Reed, Bethesda, Maryland; y director de los programas de pasantía y residencia de psicología clínica en el Centro Médico del Ejército Womack, Fort Bragg, Carolina del Norte.

les proporcionan terapias psicológicas y farmacológicas con la expectativa de que se adapten a su estrés percibido y vuelvan a ser plenamente funcionales. Muchos de los problemas psicosociales que se convierten en un trastorno de adaptación son evitables, lo que sugiere la necesidad de hacer más hincapié en la prevención.

El papel del líder en la prevención del trastorno de adaptación

El trastorno de adaptación es una condición comúnmente tratada por la salud conductual del Ejército. Un trastorno de adaptación es el desarrollo de síntomas de angustia y deterioro que se producen en respuesta a un factor

de estrés⁸. En todas las fuerzas armadas, el trastorno de adaptación representa entre el 25 y el 38 % de los miembros del servicio que reciben tratamiento de salud conductual⁹. En una muestra de personal de aviación del Ejército que recibió un diagnóstico de salud conductual, el 38 % tenía un trastorno de adaptación¹⁰. Los suicidios de militares ocurren con más frecuencia con el trastorno de adaptación que con muchas otras condiciones psiquiátricas¹¹. El ambiente militar puede fomentar el trastorno de adaptación a través de la naturaleza de las fuerzas armadas: disciplina estricta, pérdida de control, aumento de los sentimientos de estrés y dependencia de los demás. Los jóvenes también se ven alejados de sus sistemas de apoyo social y de mitigación del estrés cuando se alistan en el Ejército, lo que puede dar lugar a la magnificación de los sentimientos de estrés si no adquieren nuevos métodos de afrontamiento. Es importante reconocer que un trastorno de adaptación es un trastorno psiquiátrico que requiere atención profesional. Los líderes del Ejército deben dejar el tratamiento en manos de un profesional de la salud conductual. Sin embargo, los líderes desempeñan un papel integral en la prevención del trastorno de adaptación.

Las situaciones anómicas a nivel de unidad pueden ser una fuerza impulsora de la falta de adaptación individual de los soldados. Las unidades pueden carecer de solidaridad porque se centran en tareas y resultados que están desconectados de la misión militar de la unidad. El espíritu de cuerpo no se establece cuando la unidad se dedica a tareas relativamente poco cooperativas y aparentemente irrelevantes. Los soldados pueden estar poco estimulados, resentidos con el trabajo o con los demás, y con una perspectiva nihilista. En estas situaciones, los líderes no guían a sus soldados y fomentan una cultura de solidaridad más allá de asegurar que las tareas se completen. Los soldados se familiarizan con los líderes cuando muestran problemas de comportamiento, como evitar el trabajo o no llevarse bien con los compañeros. Estos soldados pueden llegar a acudir a la salud conductual debido a sentimientos de ira, depresión o ansiedad, o sus líderes pueden recomendarles que acudan a la salud conductual por una preocupación de buena fe por el bienestar de un soldado. Una vez en un centro de salud conductual, el soldado es evaluado como corresponde y, si es sintomático, se considera un paciente psiquiátrico.



El trastorno de adaptación representa más de una cuarta parte de los soldados que reciben tratamiento de salud conductual. (Foto tomada el 8 de septiembre de 2016 por Erin Bolling, USAMMDA PAO)

La asociación entre la mala cohesión de unidad, el liderazgo y los trastornos de salud mental se observó en el estudio del Equipo Asesor de Salud Militar 9¹². Las calificaciones de la percepción de la cohesión de unidad y la preparación de unidad fueron más bajas en el estudio del Equipo Asesor de Salud Militar 9 que en los anteriores. El estudio encontró una correlación significativa entre una mala percepción de los líderes y un alto riesgo de salud conductual, mientras que un liderazgo eficaz se asoció con una mejor salud conductual y eficacia organizacional. El estudio descubrió que

los soldados se quejaban sistemáticamente de la falta de compromiso de los líderes, de que «las personas sentadas en el TOC [centro de operaciones tácticas]» no estaban al tanto de lo que ocurría en el terreno. Los temas de «trabajo en equipo» y «objetivos comunes» fueron muy valorados por los participantes en el estudio. Los participantes citaron «compartir las dificultades», «compartir las cargas» y «el respeto mutuo» como elementos importantes para la moral y la cohesión¹³.

El autor del presente artículo sirvió como oficial de salud conductual orgánica en un equipo de combate de brigada de infantería durante cincuenta y cinco meses consecutivos, durante el despliegue y en guarnición, y observó cómo los líderes tienen un impacto directo en la mitigación o instigación de los problemas de adaptación. Un comandante de brigada tuvo el efecto de reducir el comportamiento suicida dentro de la brigada al mantenerla centrada en el entrenamiento relacionado con el combate. Aunque los distintos batallones tenían tareas diferentes —algunos en el extranjero, otros entrenando a otras unidades en el territorio continental de Estados Unidos y otros sobre el campo— todos se centraban en misiones que reforzaban su identidad militar. El comandante de

la brigada atribuyó la disminución de las emergencias de salud mental a la teoría de las «manos ociosas», pero se dio cuenta de algo mucho más profundo. Al dar a su unidad una misión militar y ejecutar con celo esa misión, sus soldados tenían un significado y un propósito compartidos, lo contrario de la anomia.

La experiencia del autor en las clínicas del Ejército, los hospitales comunitarios del Ejército y los centros médicos del Ejército le dio la oportunidad de observar una tendencia en todas las instalaciones relacionada con

«esa unidad». «Esa unidad» es familiar para cualquier proveedor de salud mental que trabaje para el Ejército. «Esa unidad» denota una organización con una alta utilización de servicios de salud mental debido a problemas organizacionales. La alta utilización está más específicamente relacionada con el liderazgo de la unidad, como lo demuestran los soldados que se quejan de la unidad, los nombres específicos de los líderes que resultan familiares para los proveedores de salud mental porque muchos de sus soldados se quejan de ellos en la terapia, y los soldados que recurren en gran medida al servicio de consulta de emergencia. Los soldados de «esa unidad» no tienen casos inusuales de enfermedad mental; más bien, están agotados, desconfían del liderazgo, están abatidos y confundidos. Sienten que no tienen ningún propósito. La cohesión de la unidad es evidentemente pobre y, al menos desde la perspectiva de los soldados de la unidad, se debe al liderazgo. La anomia es evidente en esas unidades y contribuye a los problemas de adaptación. «Esa unidad»

ven a menudo comprometidos. Las tareas del ciclo rojo son un claro ejemplo de cómo la falta de sentido y propósito puede llevar a la sensación de estrés que se manifiesta como un trastorno de adaptación.

Los líderes del Ejército deben considerar cómo la cohesión de sus unidades contribuye al estrés que eventualmente se manifiesta como una condición de salud conductual. Es necesario reconocer que muchos líderes, especialmente los de niveles inferiores, se ven limitados por los niveles superiores en cuanto a lo que pueden hacer. Los líderes subalternos deben comunicar a los niveles superiores el impacto que los resultados esperados tienen en la salud de su unidad mientras cumplen con las tareas prescritas. A pesar de sus limitaciones, los líderes a nivel de compañía pueden trabajar para proporcionar un mayor sentido de pertenencia, equidad e identidad compartida que pueda mitigar el estrés inherente a la vida del Ejército y trabajar contra la anomia. A nivel individual, por ejemplo, los líderes pueden ayudar



Los soldados de “esa unidad” no tienen casos inusuales de enfermedad mental; más bien, están agotados, desconfían del liderazgo, están abatidos y confundidos. Sienten que no tienen ningún propósito.



puede provenir de la infantería, la caballería, la aviación, el transporte, el servicio médico, el entrenamiento individual avanzado o cualquier otra unidad.

La anomia de una unidad y los problemas de adaptación asociados a ella pueden manifestarse especialmente durante las misiones de ciclo rojo. El ciclo rojo es la parte del sistema de gestión del tiempo verde-ámbar-rojo del Ejército en la que una unidad ejecuta tareas dirigidas por los cuarteles generales superiores¹⁴. Durante el ciclo rojo, los soldados pueden ser enviados a lugares dispares de la guarnición o a otros lugares para realizar tareas que a menudo no tienen carácter militar. Los soldados se quejan de una falta de estímulo y desconexión cuando realizan tareas de ciclo rojo. También pueden experimentar sentimientos de falta de sentido y rabia al contemplar la inutilidad de su trabajo o el permiso que creen que se les ha denegado injustamente. Durante el ciclo rojo están alejados de su unidad y del apoyo social, por lo que sus recursos de gestión del estrés se

de forma activa a los soldados que muestren problemas de integración en la unidad o ayudar a resolver disputas entre soldados. Esto requiere la presencia de líderes para identificar los problemas potenciales antes de que se conviertan en problemas, así como la voluntad de involucrarse en los asuntos de los soldados.

Cuando se involucran más con sus unidades, los líderes reclaman un importante papel de liderazgo que ha sido usurpado involuntariamente por la salud conductual: el mentorazgo. Los líderes deben ser los que enseñen a sus soldados las realidades de las fuerzas armadas, a mantener la perspectiva y a llevarse bien con sus compañeros de combate. Sin embargo, a menudo es un psicoterapeuta el que ayuda al soldado a resolver sus dificultades o el que le ayuda a comprender mejor a sus líderes y compañeros. Estos problemas humanos no son trastornos psiquiátricos en sí mismos; sin embargo, son el germen de algo más grave cuanto más tiempo se perciben de forma errónea. Un líder que ayuda de verdad a un nuevo soldado a entender las realidades de la vida en las fuerzas

armadas puede evitar una serie de interpretaciones erróneas por parte del soldado si se le deja a su propia percepción del asunto. Por ejemplo, los líderes pueden ayudar a los soldados a entender que todo el mundo es castigado en el Ejército y al mismo tiempo ayudar a los soldados a ver que siguen siendo parte del equipo después.

Los líderes pueden disminuir potencialmente algunas de las condiciones de salud conductual que interfieren con la futura preparación mediante el mentorazgo y el fomento de una cultura de unidad cohesiva. Los líderes pueden ayudar a los soldados a comprender el significado de su trabajo, a encontrar el placer de vivir en los cuarteles y a resolver cualquier cantidad de dificultades relacionadas con la juventud y el servicio en el Ejército. Estas experiencias específicas de las fuerzas armadas, relativamente comunes, pueden convertirse en el origen del abatimiento privado de un soldado, de sus decisiones desacertadas y, en última instancia, de su estado de salud conductual, si los soldados son incapaces de resolverlas por sí mismos.

La solución al problema de la adaptación en el Ejército es más complicada que una simple respuesta de «obedece la doctrina» o «haz lo que debes hacer». La actual generación de soldados puede tener una mayor propensión a la disfunción de la salud conductual que las generaciones anteriores. Los soldados que componen la «Generación Z» o la Generación de la Red («NetGens») tienen niveles más altos de quejas de salud mental que otras generaciones¹⁵. Esto podría sugerir que más soldados que ingresan en el Ejército tienen problemas de salud mental, o pueden tener un umbral más bajo para el estrés que precipita un problema de salud mental. Los líderes actuales también han dirigido en una era de acceso generalizado a la salud conductual y pueden haberse acostumbrado a subcontratar los asuntos de los soldados a la salud conductual. Las unidades a menudo tienen oficiales de salud conductual uniformados y pueden incluso tener un equipo completo de proveedores de salud conductual integrados que sirven a la unidad específica. Otros recursos de salud conductual se encuentran en la clínica, el hospital o el centro médico de la instalación. Estos proveedores de salud conductual se familiarizan con los líderes que se comunican con ellos en asuntos relacionados con la condición emocional y la rehabilitación. Los proveedores de salud conductual pueden incluso asistir a las reuniones de alto riesgo dirigidas por la unidad y servir como una fuente

continua de consulta para los líderes. Los líderes con exceso de tareas pueden ver en la salud conductual una solución disponible para los desafíos de sus soldados.

Soluciones impulsadas por los líderes

Los líderes actuales podrían consultar a los líderes del Ejército del pasado para ver cómo dirigían antes de la era de la salud mental. Esto podría ofrecer una visión de cómo se mantenía la cohesión y la preparación de la unidad sin recurrir a un proveedor de salud mental. El estrés relacionado con el servicio militar que impulsa a los soldados a la salud mental hoy en día estaba sin duda presente en el pasado. Pero, dado que la salud conductual era mucho menos prevalente, ¿qué hicieron los líderes para mantener a los soldados en condiciones para luchar? Considere las tasas de suicidio del Ejército del año calendario 2008 (20.2 por 100 000) y del año calendario 2019 (29.8 por 100 000)¹⁶. Los suicidios en el Ejército fueron sustancialmente menores en 2008 a pesar de tener menos recursos de salud conductual y un mayor estigma contra la salud conductual. Una de las posibles razones de este índice más bajo es la clara concentración de la misión en 2008 en las guerras de Iraq y Afganistán, que ofrecía un innegable sentido de propósito y cohesión. No obstante, los líderes tuvieron que coordinar este sentido de propósito compartido a través de actividades como el asesoramiento, el consuelo, el consejo y la formación.

Un reto para los líderes es ser a la vez una figura de autoridad, que mantiene la norma y aplica el castigo si se requiere, y una figura de confianza, a la que se puede acudir según convenga y ofrecer una respuesta de buena fe al problema de un soldado. Puede ser difícil para los líderes conciliar estos papeles. Sin embargo, no es necesario que sea uno u otro; los líderes pueden disciplinar cuando sea oportuno, pero también pueden ser una fuente de seguridad para los soldados. Esta situación desafía la comprensión implícita de las relaciones tanto para el soldado como para el líder. Los soldados pueden recibir un castigo de una figura de autoridad y malinterpretar, interpretar excesivamente y magnificar ciertos aspectos de la situación que pueden ser relevantes para su historia personal. Esto podría significar que una corrección más bien benigna, o una corrección que se aplica a varios soldados, se interpreta como algo extremadamente personal para el soldado. El soldado puede estar preparado para ver al líder de una determinada



Soldados del 1^{er} Comando de Sostenimiento de Teatro (TSC) participan en una carrera de la unidad en Fort Knox, Kentucky, el 6 de agosto de 2021. El 1^{er} TSC organizó la carrera para fomentar el espíritu de cuerpo y maximizar la preparación física de la unidad. Los líderes pueden ayudar a minimizar el trastorno de adaptación al fomentar eventos que promuevan un sentido de inclusión. (Foto: Sargento Owen Thez, Ejército de EUA)

manera y la interpretación del soldado puede desviarse significativamente de los hechos en cuestión. Además de los soldados, la historia del líder también afecta a la forma en que interactúa con los soldados. A los líderes les puede resultar fácil ser una u otra cosa: autoridad o mentor. El Ejército podría invertir en un paradigma de asesoramiento ejecutivo para los líderes de todos los niveles a fin de desarrollar líderes capaces de comprender sus puntos fuertes y débiles en el ámbito interpersonal y reforzar sus habilidades para desarrollar a los demás.

Todos los niveles de liderazgo del Ejército pueden contribuir a la reducción del estrés en las filas. Aunque este artículo hace hincapié en los líderes de primera línea, a nivel de compañía, los líderes de niveles superiores también tienen un papel en la reducción del trastorno de adaptación. Las prioridades presupuestarias, por ejemplo, deberían considerar la obtención de fondos para que contratistas realicen funciones

básicas de la instalación fuera de sus deberes militares que los soldados de la compañía han tenido que hacer. Los niveles superiores también podrían considerar cómo sus tareas interfieren con las actividades que cultivan el tipo de ambiente de unidad prescrito en la doctrina. La actitud de «sí se puede» de los líderes de nivel inferior puede ofuscar el impacto que las tareas tienen en la cohesión de la unidad, lo que hace necesario que los líderes de nivel superior vean cómo les va a sus comandantes subalternos con las tareas¹⁷.

La institución y los líderes han aceptado la salud conductual como la respuesta para los soldados que experimentan dificultades. Esto es bueno, y el acceso irrestricto a la salud conductual debería ser normativo en la cultura del Ejército. Sin embargo, la presencia de la salud conductual no debe desplazar el papel del líder en la preocupación por sus soldados y el apoyo a su bienestar. Alentar a los soldados a aprovechar los servicios de salud conductual cuando experimentan estrés

puede ser visto por los líderes como un acto de cuidado del soldado. Lo es, pero se puede hacer más desde la perspectiva del líder para entender el estrés del soldado, particularmente si la fuente de estrés es la unidad del líder. Una derivación de salud conductual no debería ser una experiencia de «disparar y olvidar» para los líderes. Si existe un mínimo de confianza, el soldado puede revelar cómo el trabajo o la vida familiar afectan al bienestar del soldado. Los líderes pueden estar en una posición única para lograr un cambio positivo para el soldado y aliviar una fuente de angustia. Los líderes también pueden ofrecer de forma preventiva una visión y un apoyo continuo para hacer frente al estrés que suelen experimentar los soldados y, de este modo, desarrollar una relación de mentorazgo.

Guerra a gran escala y acceso a los servicios de salud conductual

El acceso a los recursos médicos, incluidos los de salud mental, se verá considerablemente reducido durante las operaciones de combate a gran escala (LSCO) en comparación con las operaciones Iraqi Freedom y Enduring Freedom. El acceso restringido puede atribuirse al énfasis en las fuerzas móviles y dinámicas en lugar de las bases de operaciones estáticas, dominio aéreo disputado y la negación de acceso/área del enemigo (A2/AD)¹⁸. El problema de acceso desafía el paradigma de salud conductual del Ejército de llevar al soldado a un proveedor de salud conductual o llevar un proveedor de salud conductual al soldado. Este problema sugiere que los líderes tendrán tiempos de espera más largos para llevar a

basan en la Publicación de Técnicas del Ejército (ATP) 6-22.5, *A Leader's Guide to Soldier Health and Fitness*¹⁹. La ATP 6-22.5 enumera algunos ejercicios de relajación que los líderes o los soldados podrían emplear para estabilizar las reacciones de estrés de combate, pero las recomendaciones se centran más en las medidas preventivas o en remitir al soldado a un equipo de control del estrés de combate y operacional para su atención definitiva. La ATP reconoce que la cohesión y la moral, la confianza en los líderes y la confianza en la unidad son importantes para reducir las reacciones de estrés de combate. Aunque son de cierta utilidad, las técnicas de relajación enumeradas en la ATP 6-22.5 por sí solas no satisfarían la demanda de salud conductual en el teatro de operaciones de las operaciones Iraqi Freedom y Enduring Freedom, por lo que es lógico que tampoco sean suficientes durante un escenario de LSCO. El enfoque de la ATP en la prevención, preparación y resiliencia puede ser la mejor opción del líder para anticiparse a las bajas de salud conductual.

La prevención comienza con una evaluación adecuada. Muchas condiciones y tratamientos de salud conductual son prima facie limitantes para el despliegue o descalificantes para el servicio²⁰. Un estrecho contacto con un oficial de salud conductual ayudará al líder a determinar quiénes no serán buenos candidatos para el despliegue. Esto no sería diferente a los despliegues durante la Guerra Global contra el Terrorismo. Sin embargo, a pesar de la evaluación asidua, en el combate se producirán bajas por estrés de combate. La gran diferencia con la Guerra Global contra el Terrorismo en este sentido sería la

El acceso irrestricto a la salud conductual debería ser normativo en la cultura del Ejército. Sin embargo, la presencia de la salud conductual no debe desplazar el papel del líder en la preocupación por sus soldados y el apoyo a su bienestar.

sus soldados a un profesional de la salud conductual, lo que requiere planteamientos a nivel de unidad impulsados por los líderes para abordar los asuntos de salud conductual dentro de las unidades.

Los esfuerzos impulsados por los líderes para la estabilización de la salud conductual probablemente se

relativa facilidad con la que un líder podía conseguir que un soldado tuviera acceso a la salud mental. Un proveedor de salud mental siempre estaba a distancia de una base de operaciones avanzada (FOB) o incluso en la misma FOB o puesto de combate que el soldado. Dado que las LSCO no estarán centradas en

la FOB, los líderes tendrán que viajar más lejos para obtener apoyo de salud conductual. Los movimientos en la zona de combate no estarán permitidos durante las LSCO debido a la falta de superioridad aérea de EUA y a las capacidades A2/AD del adversario; por ello, la importancia de la prevención.

Los líderes pueden comenzar los esfuerzos preventivos invirtiendo en equipos cohesionados que tengan un significado y un propósito claros. Inculcar un significado y un propósito es una tarea difícil para los líderes que tienen que rendir cuentas a los procesos corporativos. Sin embargo, el autor ha observado cómo a ciertas unidades se les pueden encomendar algunas de las misiones más arduas en el teatro de operaciones, sufrir bajas y continuar con su misión sin descanso. Estas unidades cultivaron el espíritu de cuerpo mucho antes de ser desplegadas en el teatro de operaciones. Esto era evidente por los miembros de la unidad que llevaban con orgullo las camisetas de la unidad, los soldados que competían y ganaban en las competiciones de la brigada y la división, y los líderes que cuidaban de sus soldados. Si bien los proveedores de salud mental se familiarizan indirectamente con los líderes de «esa unidad» descrita anteriormente, también se familiarizan directamente con los líderes de estas unidades debido a la rapidez con la que parecen reincorporar al soldado de vuelta a la unidad sin apenas problemas de adaptación. El orgullo, la cohesión y la identidad compartida son evidentes en esas unidades y sirven para atenuar el estrés en el teatro de operaciones.

Los líderes pueden beneficiarse de la innovación continua en la cohesión del grupo para atenuar el estrés y facilitar los resultados positivos de la misión. Un planteamiento novedoso de la cohesión de grupo es el aprovechamiento de los aspectos carismáticos del liderazgo²¹. Algunos líderes militares notables mostraron cualidades carismáticas que probablemente influyeron en su éxito en el campo de batalla. Dos líderes de este tipo fueron Chesty Puller y Douglas MacArthur. El carisma de un líder puede ayudar a facilitar la cohesión del grupo. La cohesión del grupo es esencial para la seguridad en el campo de batalla²². La cohesión del grupo también funcionará contra la anomia, que es un impulsor de los problemas de adaptación. Se necesita más investigación para entender cómo el Ejército puede utilizar mejor el liderazgo carismático.

Conclusión

El liderazgo juega un papel fundamental en la prevención de la inadaptación de los soldados al Ejército. Los líderes del Ejército deben trabajar para crear equipos cohesionados que tengan un sentido y un propósito. Esto requiere una presencia constante para conocer a los soldados, ganarse su confianza y enseñarles sobre el Ejército. Los líderes hacen bien en alentar a sus soldados para que acudan a la salud conductual cuando parece que esto beneficiaría al soldado, pero el trabajo del líder no termina ahí. Los líderes pueden estar en una posición única para aliviar la angustia de los soldados, especialmente si la angustia emana de la unidad del líder.

Un liderazgo comprometido que fomente la cohesión de los equipos comienza a establecer una red de apoyo social entre los soldados que puede ser un importante mecanismo para disminuir el estrés en futuros combates. Es posible que el combate futuro no permita el acceso regular a los recursos de salud mental. Por ello, una mayor cohesión y apoyo social entre los soldados será una importante fuente de gestión del estrés en ambientes austeros.

La adaptación al estrés del Ejército no significa que no deba haber estrés. Sería un grave perjuicio para los soldados si los líderes los protegieran de los altos niveles de estrés durante el entrenamiento porque al hacerlo no estarían preparados para el estrés del combate. Sin embargo, los líderes pueden reducir los niveles de estrés percibido asociados a las actividades no esenciales para la misión. A menudo, la percepción del estrés es idiosincrática, por lo que los líderes deben involucrarse de forma provechosa con sus soldados para proporcionarles una visión realista de la situación si es necesario.

Limitaciones

Este artículo no pretende asumir una monocausalidad ingenua sobre el origen del estrés y los problemas de salud mental de los soldados. Es probable que la percepción del estrés por parte de los soldados y los trastornos de salud mental asociados estén determinados por múltiples factores. Varios factores, como la predisposición genética, los trastornos de la personalidad o el deseo de abandonar el Ejército, pueden impulsar los problemas de adaptación de los soldados. A pesar de esta observación, el liderazgo y la dinámica de la unidad juegan un papel integral en los niveles de estrés de los soldados y deben ser reconocidos como factores importantes que impulsan los problemas de adaptación en el Ejército. ■

Notas

1. Army Doctrine Publication 6-22, *Army Leadership and the Profession* (Washington, DC: U.S. Government Publishing Office [GPO], 2019), tabla 6-2.
2. *Ibid.*, 1-13.
3. Lisa Saum-Manning et al., *Reducing the Time Burdens on Army Company Leaders* (Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2019), 1, accedido 4 de abril de 2022, https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR2900/RR2979/RAND_RR2979.pdf; J. Scott Metz, «Overtasking and Its Effect on Platoon and Company Tactical Proficiency: An Opposing Forces and Observer/Coach/Trainer Perspective», *Armor* 128, nro. 2 (primavera de 2017): 59–64.
4. John Scott, *Oxford Dictionary of Sociology*, 4ª ed. (Oxford, RU: Oxford University Press, 2014), 23.
5. Emile Durkheim, *Suicide: A Study in Sociology* (New York: Free Press, 1979), 212.
6. Inspector General, *Evaluation of Access to Mental Health Care in the Department of Defense*, Report No. DODIG-2020-112 (Washington, DC: Department of Defense, 10 de agosto de 2020), ii, accedido 4 de abril de 2022, https://media.defense.gov/2020/Aug/12/2002475605/-1/-1/1/DODIG-2020-112_REDACTED.PDF.
7. Jodi B. A. McKibben et al., «Mental Health Service Utilization in the U.S. Army», *Psychiatric Services* 64, nro. 4 (2013): 347–53, <https://doi.org/10.1176/appi.ps.000602012>.
8. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª ed. (Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2013), 287.
9. Patricia Casey, *Adjustment Disorder: From Controversy to Clinical Practice* (Oxford, RU: Oxford University Press, 2018), 182.
10. Thomas W. Britt, James S. McGhee y Martin D. Quattlebaum, «Common Mental Disorders among US Army Aviation Personnel: Prevalence and Return to Duty», *Journal of Clinical Psychology* 74, nro. 12 (2018): 2173–86, <https://doi.org/10.1002/jclp.22688>.
11. Sandra A. Black et al., «Prevalence and Risk Factors Associated with Suicides of Army Soldiers 2001–2009», *Military Psychology* 23, nro. 4 (2011): 433–51, <https://doi.org/10.1080/08995605.2011.590409>.
12. Office of the Surgeon General, U.S. Army Medical Command; Office of the Command Surgeon, U.S. Central Command; and Office of the Command Surgeon, U.S. Forces Afghanistan, *Mental Health Advisory Team 9 (MHAT 9) Operation Enduring Freedom (OEF) 2013 Afghanistan* (Washington, DC: Office of the Surgeon General, 10 de octubre de 2013), 38, accedido 4 de abril de 2022, <https://www.hsdl.org/?abstract&did=750301>.
13. *Ibid.*, 47.
14. Field Manual 7-0, *Training* (Washington, DC: U.S. GPO, 2021), 3-3.
15. K. C. Reid, «How the Network Generation Is Changing the Millennial Military», *War on the Rocks*, 20 de marzo de 2018, accedido 4 de abril de 2022, <https://warontherocks.com/2018/03/how-the-network-generation-is-changing-the-millennial-military/>; Sophie Sethune, «Gen Z More Likely to Report Mental Health Concerns», *Monitor on Psychology* 50, nro. 1 (enero de 2019): 20–21, accedido 4 de abril de 2022, <https://www.apa.org/monitor/2019/01/gen-z>.
16. Timothy Lineberry y Stephen O'Connor, «Suicide in the US Army», *Mayo Clinic Proceedings* 87, nro. 9 (2012): 871–8, <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2012.07.002>; Under Secretary of Defense for Personnel and Readiness, *Annual Suicide Report: Calendar Year 2019* (Washington, DC: Department of Defense, 20 de agosto de 2020, accedido 4 de abril de 2022, <https://www.dsps.mil/Portals/113/Documents/CY2019%20Suicide%20Report/DoD%20Calendar%20Year%20CY%202019%20Annual%20Suicide%20Report.pdf?ver=YOAA4IZVc-VA9mzwtfsdO5Ew%3D%3D>.
17. Leonard Wong y Stephen Gerras, *Lying to Ourselves: Dishonesty in the Army Profession* Strategic Studies Institute (Carlisle, PA: U.S. Army War College, 2015), 12, accedido 4 de abril de 2022, <https://press.armywarcollege.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1465&context=monographs>.
18. James McConville, *Army Multi-Domain Transformation: Ready to Win in Competition and Conflict*, Chief of Staff Paper #1 (Arlington, VA: Headquarters, Department of the Army, 2021); Michael Wissemann y Brad Tibbetts, «Las operaciones multidominio en terrenos urbanos y sus implicaciones para los esfuerzos médicos», *Military Review* 77, nro. 1 (Primer trimestre de 2022): 76-88.
19. Army Techniques Publication 6-22.5, *A Leader's Guide to Soldier Health and Fitness* (Washington, DC: U.S. GPO, 2016), 5-2.
20. Army Regulation (AR) 40-501, *Standards of Medical Fitness* (Washington, DC: U.S. GPO, 2019); AR 40-502, *Medical Readiness* (Washington, DC: U.S. GPO, 2019).
21. Karl Umbrasas, *Charismatic Leadership as the Bulwark Against Unit Disintegration*, Land Warfare Paper 142 (Washington, DC: Association of the United States Army, febrero de 2022).
22. Sebastian Junger, *Tribe: On Homecoming and Belonging* (New York: Twelve, 2016), 27; David Vaughn y William Schum, «Motivation in U.S. Narrative Accounts of the Ground War in Vietnam», *Armed Forces and Society* 28, nro. 1 (2001): 7–31, <https://doi.org/10.1177%2F0095327X0102800102>; Edward Shils y Moris Janowitz, «Cohesion and Disintegration in the Wehrmacht in World War II», *The Public Opinion Quarterly* 12, nro. 2 (1948): 280–315, <https://doi.org/10.1086/265951>.