

El control del estrés operacional y de combate en el ambiente de atención médica en campañas prolongadas

Mayor Tim Hoyt, PhD, Componente de Reserva del Ejército de EUA Capitana Christina L. Hein, PhD, Ejército de EUA

medida que el carácter del conflicto evoluciona hacia operaciones terrestres unificadas y operaciones multidominio (MDO) contra un adversario casi igual, es probable que se interrumpan las capacidades críticas de apoyo médico. Los sistemas avanzados de defensa aérea y otros medios antiacceso/ negación de área en las operaciones de combate a gran escala (LSCO) limitarán las capacidades de movimiento de pacientes, la evacuación médica (MEDEVAC) y la circulación de especialistas médicos de baja densidad entre las unidades¹. Esta interrupción de la capacidad de MEDEVAC requerirá una atención médica de campaña más prolongada (PFC) en la que el personal no especializado debe mantener a un paciente en un ambiente médico de campaña durante un período prolongado. El personal médico de operaciones especiales ya ha explorado muchas de las capacidades necesarias para la PFC de las lesiones traumáticas; sin embargo, las enfermedades y las lesiones no relacionadas con el combate —el estrés operacional y de combate y otras enfermedades de salud conductual en particular— aún no se han

Página anterior: Foto: Erin Bolling; modificada de la versión original.

abordado en la planificación de las capacidades médicas para la guerra futura². El personal de salud mental tendrá que adaptar los modelos de control del estrés operacional y de combate (COSC) para la futura guerra.

Los antecedentes del control del estrés operacional y de combate

Las reacciones de estrés operacional y de combate (COSR) son respuestas negativas temporales comunes a

las condiciones inherentes

del Componente de
Reserva del Ejército de
EUA, es psicólogo clínico del
Centro de Excelencia de Salud
Psicológica de la Agencia de
Salud del Departamento de
Defensa. Es egresado de la
Escuela Superior de Guerra
del Ejército de EUA y recibió
su doctorado en Psicología
Clínica de la Universidad de
Nuevo México.

El mayor Tim Hoyt, PhD,

La capitana Christina L.
Hein, PhD, del Ejército
de EUA, es oficial de salud
conductual y psicóloga aeromédica de la 25ª Brigada
de Aviación de Combate.
Realizó sus prácticas y su
residencia en el Centro
Médico del Ejército Madigan.
Es doctora en Psicología
Clínica por la Universidad de
Nebraska-Lincoln.



La capitana Kelly Drake (izquierda), oficial de salud mental del Equipo de Combate de la 2ª Brigada de Infantería (2IBCT), de la 4ª División de Infantería (4ID), habla con soldados sobre la gestión del estrés 11 de julio de 2018 en el aeródromo de Kandahar, Afganistán. Drake y el sargento Kert Lang (no aparece en la foto), suboficial de salud mental del 2IBCT, 4ID, impartieron clases a los soldados en el aeródromo para ayudar a mitigar los factores de estrés que pudieran surgir. (Foto: Sgto. 2º Neysa Canfield, Ejército de EUA)

a los ambientes militares. Pueden desarrollarse debido a la exposición directa al combate, a la necesidad de hacer frente a la austeridad de un ambiente operacional o a la dificultad para gestionar los problemas en casa mientras se está desplegado. Los síntomas de las COSR suelen incluir trastornos del sueño, arrebatos de ira, fatiga, problemas de concentración, ansiedad y problemas de comportamiento. Aunque las COSR pueden recordar a otros trastornos de salud mental, como el trastorno de estrés postraumático (PTSD), estas reacciones al estrés representan respuestas a corto plazo a factores estresantes importantes. Si no se aborda de manera oportuna, aumenta el riesgo de que los soldados sean operacionalmente ineficaces y/o desarrollen otros trastornos de salud mental más limitantes, como el PTSD. Las COSR son comunes; entre el 42% y el 52% de los soldados del Ejército de EUA desplegados actual o previamente afirman haber sido testigos de COSR entre sus compañeros, y los síntomas más comúnmente observados incluyen una «parálisis emocional» del soldado en las tareas de la misión o desapego mental³.

La prioridad de la intervención médica siempre será para los soldados con lesiones traumáticas que amenazan la vida, las extremidades o la vista. Sin embargo, no se puede ignorar el impacto potencial de las COSR en la disposición combativa. Incluso con un sólido apoyo en materia de salud conductual por parte de los destacamentos de control del estrés en combate y los oficiales de salud conductual orgánica, los trastornos psiquiátricos se encuentran entre las principales categorías de enfermedades y lesiones no relacionadas con el combate que dan lugar a la evacuación médica en los ambientes de combate, y representan casi el 12% de todos los integrantes militares evacuados de Iraq entre 2003 y 2011⁴. Esta tasa aumentó al 19% entre 2013 y 2015, ya que las operaciones de combate se redujeron y hubo menos medios de salud mental disponibles⁵. En los últimos años, la reducción del apoyo a la salud conductual en posiciones avanzadas se ha asociado con un aumento significativo en la proporción de evacuaciones psiquiátricas, que representaron el 24% de las evacuaciones médicas en 2017

y el 28% en 2018⁶. Estos índices indican que el apoyo a la salud conductual es una necesidad constante en los despliegues de combate.

El COSC trata de mitigar el impacto de los factores psicológicos, como las COSR, que pueden impedir la disposición combativa. Bajo el concepto amplio de COSC se captan varias intervenciones específicas, como las técnicas de relajación, la resolución de problemas, las intervenciones psicológicas específicas y el establecimiento de comidas, sueño y actividad física regulares. Las intervenciones del COSC en las guerras de Afganistán e Iraq se llevaron a cabo principalmente a través de proveedores y técnicos asignados orgánicamente a los equipos de combate de brigada y a los destacamentos regionales de control del estrés en combate⁷. Este modelo de atención a la salud mental ha mostrado en general resultados positivos en los últimos conflictos. Más de la mitad de una amplia muestra de pacientes de salud mental tratados en la provincia de Al Anbar recibieron más de una visita de tratamiento, con servicios disponibles para los trastornos más frecuentes8. Aun en las posiciones muy avanzadas, el tratamiento intensivo del PTSD en instalaciones de Rol 2 (es decir, un hospital de campaña limitado con personal de una compañía médica de apoyo de brigada) fue posible tanto en Afganistán como en Iraq⁹. Las tasas de reincorporación al combate de los pacientes de salud mental suelen ser superiores al 90% cuando se dispone de un tratamiento en las áreas avanzadas¹⁰.

A pesar de estos resultados, el modelo actual de prestación de servicios de salud mental en despliegues de combate tiene varias deficiencias potenciales. Debido a la baja densidad de los medios de salud mental, la prestación de atención depende en gran medida de la circulación en el campo de batalla, con proveedores y técnicos ubicados en el centro que viajan regularmente a las bases operativas avanzadas fijas. Además, este modelo de atención depende del movimiento fiable de los pacientes para facilitar las referencias a los centros de restauración y la evacuación de los integrantes militares que presentan un riesgo psiquiátrico agudo. Debido a su carácter semipermanente, los centros de restauración carecen de movilidad dentro de un área de operaciones. Aunque la atención médica a través de videoconferencia puede superar los desafíos relativos al movimiento de pacientes y proveedores, este modelo de tratamiento depende de un ancho de banda dedicado y una capacidad de red establecida en una zona de combate madura. Estas posibles deficiencias tienen implicaciones significativas para la aplicación de la atención a la salud conductual en futuras guerras, en particular si se interrumpe la atención sanitaria de comportamiento en posiciones avanzadas.

Necesidad histórica del control del estrés operacional y de combate

Varios ejemplos históricos demuestran el impacto de los índices de bajas psiquiátricas cuando no se dispone de apoyo de salud conductual. Los primeros enfoques sobre las reacciones de estrés en combate (entonces denominadas neurosis de guerra, o «shell shock») del ejército británico durante la Primera Guerra Mundial hacían hincapié en la rápida evacuación de los pacientes psiquiátricos fuera de Francia¹¹. La mayoría de estos evacuados nunca volverían a cumplir con sus deberes militares, representando el 15% de todas las bajas y cientos de miles de pensiones de guerra¹². El Ejército de EUA mitigó esta pérdida crítica de personal mediante la implementación de unidades de psiquiatría a pocas millas del frente y haciendo hincapié en el regreso al servicio como objetivo del tratamiento para los individuos que experimentan las COSR, y las tasas de pérdidas psiquiátricas mejoraron significativamente¹³.

Los conflictos posteriores mostraron patrones similares. En la Segunda Guerra Mundial, las elevadas tasas iniciales de pérdidas de personal debidas a las COSR se redujeron significativamente mediante el «reaprendizaje» y la aplicación de los principios de tratamiento cerca del frente14. Los elevados índices de bajas psiquiátricas durante el primer año de la guerra de Corea se redujeron gracias a la creación de la moderna célula de psiquiatría a nivel de división, que ofrecía un tratamiento anticipado de las reacciones de estrés en combate¹⁵. Durante la operación Desert Storm, las tasas de evacuación debidas a las COSR fueron significativamente más altas en las zonas que no contaban con apoyo psiquiátrico de avanzada¹⁶. En conjunto, cuando no se dispone de opciones de tratamiento de avanzada, las COSR pueden representar hasta la mitad de todas las bajas en el campo de batalla, lo que obstaculiza gravemente la preparación para la misión.

A medida que el Ejército se prepara para las futuras operaciones de combate a gran escala, puede ser tentador adoptar una política de que todos los soldados que experimenten COSR deben ser rápidamente evacuados para beneficiarse de la atención definitiva en programas especializados en Estados Unidos con el objetivo de la rehabilitación a largo plazo. Sin embargo, este enfoque ignora las lecciones de las LSCO sin apoyo de salud conductual de avanzada durante las guerras anteriores. Dado que el 80% de los evacuados psiquiátricos no regresan al teatro de operaciones, un enfoque que evacue a todo el personal que experimenta COSR (junto con las escoltas requeridas) puede correr el riesgo de tasas insostenibles de pérdidas debido a condiciones tratables y transitorias¹⁷.

El estado futuro: La próxima guerra y su impacto en el combate y el control del estrés operacional

La doctrina del Ejército de EUA establece la necesidad de prepararse para un futuro conflicto contra un adversario con capacidades casi similares que disputará la comunicación y movimiento en el campo de batalla. Dicho conflicto puede implicar una guerra irregular a gran escala o una guerra ilimitada que tenga como objetivo varios dominios operacionales simultáneamente. Otra posibilidad es que estos adversarios lleven a cabo una serie de conflictos de zona gris con actores estatales o no estatales. El escenario de estas guerras futuras puede variar desde ambientes austeros hasta ambientes urbanos densos; en muchos de estos escenarios, está indicada una fuerza más pequeña que no dependa de grandes bases fijas. Independientemente del formato específico de la próxima guerra, es probable que los adversarios empleen tecnologías antiacceso/negación de área, como municiones de precisión de largo alcance y sistemas avanzados de defensa antiaérea que impidan el acceso y la movilidad dentro de las zonas de operaciones. Además, es probable que los adversarios disputen todas las capacidades cibernéticas de Estados Unidos, interrumpiendo los sistemas en los que se basa la mayoría de la tecnología actual del campo de batalla.

Estos aspectos de la guerra futura proyectada tienen implicaciones significativas para la salud conductual militar. La consideración más seria es la superioridad aérea impugnada, lo que provoca la interrupción de las

capacidades aeromédicas. Sin la superioridad del aire completa, ya no será posible mantener la «hora dorada» para la atención traumatológica, lo que aumentará los requisitos de la PFC de los pacientes traumatizados hasta setenta y dos horas¹⁸. Si los pacientes con traumas graves — que son la máxima prioridad para la atención definitiva— experimentan este grado de retraso, entonces los pacientes ambulatorios que experimentan ideación suicida, psicosis emergente o problemas agudos relacionados con las sustancias pueden necesitar ser manejados en ambientes de avanzada durante una semana o más. Estas mismas interrupciones debidas al espacio aéreo disputado impedirán que los proveedores y técnicos de salud conductual de baja densidad circulen hacia los lugares de avanzada para proporcionar el apoyo directo. Otro factor que agrava la situación es la probabilidad de que las mayores exigencias de movilidad de las unidades y la interrupción de la capacidad de transmisiones impidan a los equipos de prevención del estrés de combate viajar junto a los batallones de vanguardia. Debido a la amenaza de las municiones de precisión y a la mencionada interferencia con el movimiento de los pacientes, las clínicas de restauración no serán viables en lugares grandes y fijos. El impacto total de estos factores será una mayor demanda de recursos médicos de avanzada y de comandantes de línea para abordar los efectos de las COSR durante períodos más largos sin el apoyo de salud conductual especializada. Por lo tanto, los comandantes deben prepararse para varios escenarios posibles.

En primer lugar, la mayor parte de los soldados que necesitan apoyo en materia de salud conductual presentarán síntomas transitorios y temporales que pueden resolverse rápidamente con una intervención comprensiva. Los más comunes serán los trastornos del sueño, episodios emergentes de depresión, reacciones agudas de estrés y problemas para controlar la ira. En algunos casos, estos síntomas serán una reacción aguda a la exposición al combate. Sin embargo, la mayoría de estas reacciones se deben a problemas familiares, tensión en las relaciones o problemas financieros¹⁹. Si no se abordan estas reacciones, aumenta el riesgo de que el soldado desarrolle afecciones más graves que requieran la MEDEVAC. Incluso si estos soldados no son evacuados, el estrés operacional y el agotamiento disminuirán la eficacia de la fuerza de combate.

En segundo lugar, aunque los soldados con un



historial de tratamiento previo de salud mental habrán superado los requisitos de examen previo al despliegue (o habrán recibido exenciones de despliegue) para las condiciones de salud mental, pueden experimentar una recurrencia de los síntomas y tienen cuatro veces más probabilidades de requerir la MEDEVAC²⁰. El apoyo de seguimiento de los recursos de salud mental desplegados normalmente se proporcionaría a estos soldados. Sin un acceso fácil a la atención médica especializada en salud mental, será necesario contar con un apoyo adicional para estos soldados.

En tercer lugar, una pequeña minoría de soldados tendrá su primer caso de enfermedad psiquiátrica grave durante el despliegue, incluidos trastornos psicóticos, intentos de suicidio y trastorno bipolar²¹. Aunque los soldados con un historial de estas condiciones no son desplegables, la aparición inicial de estas condiciones puede ser precipitada por los factores de estrés de un ambiente militar de avanzada. En una zona de combate bien desarrollada, estos casos requerirían la

El capitán Christopher Lehr, capellán del 2-104 Batallón de Aviación de Apoyo General, de la 28ª Brigada de Aviación de Combate Expedicionaria (ECAB), se prepara para un viaje en un avión tipo C-130J Super Hercules el 26 de noviembre de 2020, antes de visitar varios lugares dentro del área de operaciones de la 28ª ECAB en Oriente Medio el día de Acción de Gracias, sirviendo como ministro a los soldados y llevando a cabo inspecciones de lugares religiosos. (Foto: Sgto. 1º Justin Shaffer, Ejército de EUA)

MEDEVAC inmediata para la atención definitiva. La interrupción de la capacidad de evacuación médica puede requerir una gestión prolongada de estos casos en lugares avanzados durante un período de varios días. Si los procedimientos para tratar a estos pacientes no se planifican con antelación, es posible que haya que retirar soldados adicionales de las tareas de primera línea para mantener la seguridad de los pacientes.

Al abordar estos escenarios sin la disponibilidad de proveedores de salud mental especializados en un ambiente de PFC, se requerirá un continuo de



El soldado Armando Solano (*izquierda*), especialista en salud mental, y la capitana Rebecca Blood (*derecha*), psicóloga clínica, de la Compañía del Cuartel General, 1ª Brigada de Caballería Aérea, 1ª División de Caballería, hablan con el sargento John-Paul Gorcyca y el sargento primero Chad Farris, especialistas en atención sanitaria de la Compañía C, 2º Batallón de Aviación de Apoyo General, 227º Regimiento de Aviación, 1ª Brigada de Caballería Aérea, 1ª División de Caballería, el 28 de febrero de 2014 durante un recorrido rutinario mientras Gorcyca y Farris realizan el mantenimiento de un helicóptero tipo UH-60 Blackhawk en el Aeródromo del Ejército de Hood, Fort Hood, Texas. Los recorridos son un método comúnmente utilizado por los equipos de salud conductual para interactuar con los soldados de manera informal. (Foto: Sgto. 2º Christopher Calvert, Ejército de EUA)

intervención en posiciones avanzadas. Este continuo incluye más entrenamiento y utilización de la autoayuda y la ayuda de amigos, una base de entrenamiento en la intervención de salud conductual de avanzada para los médicos y los proveedores de servicios médicos a nivel de batallón, y una mayor participación de los

paraprofesionales y los capellanes en los lugares avanzados.

Autoayuda. La guerra del futuro aumentará la necesidad de autogestión de los factores de estrés psicológico en el campo de batalla. Estos recursos se basarán en el entrenamiento previo al despliegue y en su aplicación para mejorar la eficacia en el campo de batalla. Aunque iniciativas como el programa Master Resilience Training (MRT) se han llevado a cabo durante la última década, tendrán que dar cuenta de la aplicación de las técnicas identificadas a los factores de estrés específicos en ambientes austeros de MDO y PFC. Mientras que el actual plan de estudios del MRT incluve varios factores relacionados con la resiliencia individual, como la agilidad mental y fuerza de carácter, estos conceptos deben arraigarse mejor en el ambiente cotidiano de entrenamiento y despliegue²². Es posible que la resiliencia tenga que evolucionar más allá del «entrenamiento obligatorio» para centrarse en las habilidades de afrontamiento a largo plazo y las interacciones con líderes fiables.

El entrenamiento de inoculación de estrés (SIT) es otra intervención preventiva autoadministrada contra el desarrollo de síntomas relacionados con el estrés después de la exposición al trauma a través de la «inoculación» de los individuos a los posibles traumas²³. El SIT incorpora técnicas como el

entrenamiento de relajación y la gestión del estrés para reducir los niveles de agitación emocional. Las técnicas del SIT pueden adaptarse para el entrenamiento de simulación virtual de escenarios de combate, y se han relacionado con la disminución de las tasas de PTSD cuando se administran antes del despliegue²⁴. Mediante

un entrenamiento realista previo al despliegue, se pueden aprovechar los principios del SIT para garantizar un grado de previsibilidad y preparación que impida las reacciones de estrés en el combate.

Se han desarrollado varias aplicaciones móviles para el autocontrol de los síntomas psicológicos en ambientes militares, con buenos resultados en las evaluaciones empíricas²⁵. El propósito e intención de estas aplicaciones varían. Algunas aplicaciones, como la PTSD Coach, se desarrollaron para proporcionar educación, autoevaluación y herramientas para el tratamiento de los síntomas relacionados a un trastorno específico²⁶. Se pueden utilizar otras aplicaciones para que los pacientes puedan usar herramientas de afrontamiento en ausencia de un profesional. Por ejemplo, la aplicación Breathe2Relax proporciona ejercicios de respiración diafragmática que se usan para controlar el ritmo cardíaco y la respiración incluso en ambientes tácticos²⁷. La aplicación móvil Virtual Hope Box contiene herramientas sencillas, como ejercicios de relajación y recordatorios de las razones para vivir durante los momentos de crisis²⁸. Estas aplicaciones móviles de autoayuda también pueden superar algunas de las barreras que dificultan el uso de la tecnología en el campo de batalla, ya que emplean el cifrado de datos en reposo, están precargadas en los dispositivos y no requieren acceso a Internet.

Ayuda de amigos. Además de las técnicas de autocontrol, un mayor énfasis en la ayuda de amigos puede ayudar a mejorar los efectos de las reacciones de estrés agudo (ASR). Por ejemplo, las Fuerzas de Defensa de Israel desarrollaron un protocolo de ayuda de amigos de sesenta segundos para abordar las ASR y parálisis emocional durante los tiroteos²⁹. Dados los beneficios identificados, el Ejército de EUA adaptó el protocolo en iCOVER³⁰. El entrenamiento iCOVER consiste en un módulo de noventa minutos con ejercicios prácticos que esbozan una secuencia de seis pasos para intervenir durante una ASR:

- Identificar y reconocer los signos de ASR que provocan un deterioro funcional;
- Establecer un vínculo con el soldado pronunciando su nombre, haciendo contacto visual y cogiendo su brazo;
- Mostrarle que no está solo y acciones similares;
- Verificar los hechos mediante preguntas sencillas para estimular la reflexión;

- Establecer un orden de los acontecimientos en frases cortas para que se sitúe en el momento presente; y
- Pedirle que actúe, como una petición directa y sencilla, para que vuelva a tener un comportamiento deliberado.

El uso de iCOVER ha mostrado resultados positivos para facilitar la ayuda de amigos para reconocer e intervenir durante una ASR y puede ser usado por cualquier soldado con entrenamiento³¹.

Parecido al programa MRT del Ejército, el Cuerpo de Infantería Marina de EUA ha puesto en marcha la tercera generación de su programa de control del estrés operacional y preparación (OSCAR). El programa OSCAR amplía la presencia del personal de salud conductual del Cuerpo de Infantería mediante el entrenamiento de oficiales y suboficiales de unidad para reconocer y ayudar al personal afectado por el estrés relacionado con el combate. El OSCAR es único en el sentido de que complementa la tradición del Cuerpo de Infantería de liderazgo de unidades pequeñas a través del uso de la ayuda de amigos en la unidad³².

Al igual que la exigencia del Cuerpo de Infantería de Marina de que el 20% de todos los miembros de la unidad reciban formación en OSCAR, se recomienda un uso más generalizado de iCOVER, OSCAR y MRT a medida en el Ejército de EUA para prepararse para el futuro zona de combate. Para implementar este nivel de entrenamiento, los actuales Niveles 1 y 2 de Atención Táctica a Víctimas de Combate (TCCC) para las especialidades ocupacionales no médicas podrían ser aumentados con una o dos horas de entrenamiento en técnicas como iCOVER u OSCAR. Si bien el plan de estudios actual de los TCCC no incluye ningún entrenamiento relacionado con las COSR, agregar una pequeña base ampliaría significativamente la capacidad de una unidad para abordar los estresores psicosociales comunes y promover la resiliencia en ausencia de un proveedor de salud conductual especializado.

Médicos y proveedores de servicios médicos de Rol 1. Aunque el aumento de la autoayuda y de la ayuda de amigos aliviará potencialmente la carga que supone el tratamiento de las COSR para los médicos y proveedores de avanzada, las personas con problemas de salud conductual emergentes o recurrentes se presentan invariablemente en la sección médica o buscan atención en los puestos de socorro de batallón. Con la

posibilidad de que se reduzca el acceso a los proveedores de salud conductual de rotación en las instalaciones de Rol 1 (es decir, los puestos de socorro de batallón), los médicos y los proveedores de servicios médicos a nivel de batallón necesitarán más entrenamiento para abordar los problemas psicológicos. Menos de la mitad de los médicos de combate informan de que su entrenamiento para abordar los problemas de salud mental en las instalaciones de Rol 1 es adecuada³³. Al igual

de los casos graves. Debido a las preocupaciones por el ancho de banda y la interrupción de la transmisión, es más probable que la asistencia conductual por videoconferencia aproveche un modelo consultivo entre los proveedores de primera línea y los proveedores de atención especializada en el Rol 2 y el Rol 3.

Técnicos de salud mental. Los técnicos de salud mental (especialidad ocupacional militar 68X) son paraprofesionales orgánicos que sirven como puntos



Los diagnósticos comunes, como los trastornos de adaptación y los episodios depresivos, también pue-den ser tratados eficazmente por proveedores y médicos no especializados.



que el personal médico no especializado en las salas de emergencia, los médicos deben estar preparados para gestionar la agitación aguda debido a la manía o a la psicosis emergente en posiciones avanzadas. Los diagnósticos comunes, como los trastornos de adaptación y los episodios depresivos, también pueden ser tratados eficazmente por proveedores y médicos no especializados³⁴. Aunque no es ideal aumentar la carga de trabajo de los proveedores de servicios médicos de primera línea en las instalaciones de Rol 1, este entrenamiento adicional minimizará la dependencia de MEDEVAC inmediatas por razones psiquiátricas.

La distribución actual de la atención médica también requiere la ubicación de los medicamentos psiquiátricos definitivos en las instalaciones de Rol 3 (es decir, los hospitales de apoyo al combate), con solo un formulario limitado de medicamentos recetados disponible en los lugares cerca del frente. Con el retraso en el transporte a los niveles superiores de atención, los proveedores de servicios médicos de Rol 1 pueden necesitar entrenamiento y educación adicionales en el uso no aprobado [por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EUA] de las prescripciones disponibles para el manejo a corto plazo de los problemas graves de salud conductual durante varios días mientras se espera la disponibilidad de MEDEVAC. También es posible que se recurra en mayor medida a los modelos de asistencia conductual por videoconferencia para apoyar a los centros de Rol 1 en la gestión a corto plazo

de acceso inmediato para la atención de las tropas desplegadas, estableciendo más fácilmente la confianza con otros soldados debido a la familiaridad innata con la cultura de la unidad. Su entrenamiento individual avanzado abarca veinte semanas de formación específica en salud conductual antes de incorporarse a las unidades, lo que da lugar a la capacidad de funcionar como ampliadores de servicios médicos. Los ampliadores de servicios proporcionan la atención psicológica básica bajo la supervisión a distancia de un proveedor autorizado para aumentar el acceso a la atención y el alcance de los servicios sanitarios. Con la supervisión adecuada, estos técnicos pueden desempeñar una serie de funciones básicas en posiciones avanzadas como la evaluación inicial de los síntomas de salud conductual, la educación del paciente y las intervenciones para disminuir el riesgo de suicidio. Sin embargo, un informe reciente reveló una importante incoherencia en la utilización de los técnicos de salud mental³⁵. En futuros conflictos será necesaria una mayor utilización en lugares remotos y un funcionamiento semiautónomo de los técnicos de salud mental integrados. Estos técnicos alistados son medios críticos para reconocer los primeros signos de afrontamiento inadaptado en los soldados individuales y promover unidades más adaptables, y pueden ser utilizados más fácilmente si se alinean a nivel de batallón³⁶.

El papel de los capellanes. La naturaleza confidencial del asesoramiento pastoral generalmente impide

la consulta directa con el comando sobre soldados individuales o recomendaciones como el servicio limitado o la MEDEVAC. No obstante, los capellanes desempeñan un papel crucial a la hora de ofrecer apoyo y asesoramiento confidencial a los soldados, y se han integrado en los destacamentos de control del estrés en combate durante las dos últimas décadas. Alrededor del 8.5% de los soldados dicen haber recibido asesoramiento de un capellán en un año determinado³⁷. Dado que los capellanes de batallón sirven junto a los soldados, son capaces de relacionarse con las experiencias cotidianas en muchos despliegues en lugares remotos. Como parte de un modelo de atención colaborativa, los capellanes también pueden desempeñar un papel crucial para facilitar el contacto con otras especialidades de tratamiento. En lugar de considerar el asesoramiento con un capellán únicamente como algo relacionado con las preocupaciones espirituales, los comandantes en futuros escenarios de combate deberían tener en cuenta la perspectiva del capellán al tomar decisiones sobre la aptitud para el servicio en los despliegues.

El papel del oficial de salud mental. A medida que la promoción de la salud psicológica se facilite a través de la autoayuda, la ayuda de amigos, los médicos y los técnicos, el papel del oficial de salud mental en futuros conflictos se convertirá en un papel consultivo que supervise varios niveles de entrenamiento y fidelidad de la implementación. En la guarnición, el proveedor del COSC debe centrarse en proporcionar entrenamiento realista y basado en la experiencia a los soldados, a los técnicos y médicos de salud mental y a otros proveedores de servicios médicos, basándose en el marco aquí descrito. En los despliegues, el oficial de salud mental proporcionará principalmente la supervisión y consulta al personal de Rol 1, evaluando si se mantiene la fidelidad de la implementación, mientras consulta a distancia los casos graves antes de la MEDEVAC.

Otros factores psicológicos

Los comandantes también tendrán que tener en cuenta otros dos factores psicológicos que afectarán a la preparación de la misión de la unidad en un posible conflicto con un adversario con capacidades similares. En primer lugar, los requisitos de movilidad para evitar la amenaza de las municiones de precisión probablemente afectarán la disponibilidad del sueño reparador. Si una unidad determinada no puede estar en un lugar

estático durante más de unas pocas horas, es posible que el sueño solo esté disponible en incrementos cortos o durante el transporte, creando un ambiente de sueño pobre. Aunque se exhorta a los soldados a «dormir siempre que puedan» en ambientes operacionales, es poco probable que dormir en vehículos tácticos, aviones militares, grandes tiendas de campaña o hangares transitorios, o cerca de la maquinaria sea de gran ayuda. Los integrantes que sufren privación de sueño informan de una serie de secuelas negativas, entre ellas disminuciones físicas y neuropsicológicas, que afectan directamente la preparación de la misión y aumentan el riesgo de accidentes³⁸. Estos factores pueden mitigarse haciendo hincapié en los principios de «liderazgo de sueño», incluyendo el compromiso con el sueño como parte de la planificación de la misión, la facilitación de la reserva de sueño y el sueño de recuperación cuando los requisitos de la misión no permiten dormir lo suficiente, la adopción de medidas para controlar el consumo de cafeína por parte de los soldados y la disminución de las perturbaciones ambientales en las áreas de descanso³⁹.

En segundo lugar, la amenaza de un gran número de bajas y la disminución de la capacidad de supervivencia pueden tener efectos significativos en el estrés de combate. Los altos índices de supervivencia durante las dos últimas décadas han aumentado la confianza en la medicina militar. Sin embargo, las realidades de la PFC implican que los miembros del servicio pueden tener una menor confianza en la disponibilidad de la atención definitiva tras una lesión en el campo de batalla. El número de bajas potenciales proyectadas como resultado de los ataques de un adversario casi igual utilizando municiones de precisión u otras armas de destrucción masiva podría exceder significativamente las incurridas en la mayoría de las situaciones de bajas masivas (MASCAL) en las guerras recientes⁴⁰. Tales ataques podrían dar lugar a una situación de «ultra-MASCAL» que desbordara la capacidad médica, con cientos o miles de víctimas y un cambio de enfoque, pasando de «salvar todas las vidas» a estabilizar a los pacientes con lesiones menos graves, pero que pueden sobrevivir. Si se producen eventos ultra-MASCAL, las unidades implicadas deben abordar específicamente el costo psicológico de estas bajas a gran escala para mitigar los picos de evacuaciones psiquiátricas del teatro de operaciones que con frecuencia siguen a eventos operacionales significativos⁴¹.

Conclusión

A medida que el carácter del combate evolucione hacia un conflicto contra un adversario con capacidades similares en las operaciones multidominio, la superioridad aérea disputada, la disminución de la capacidad de comunicaciones y las municiones guiadas de precisión perturbarán las capacidades médicas militares actuales. Al planificar el apoyo a la salud conductual basándose en las limitaciones aquí expuestas, el Ejército de EUA puede contrarrestar la tendencia histórica a ignorar el impacto de las reacciones de estrés operacional y de combate en las operaciones de combate a gran escala. Aunque se han tomado medidas preliminares para abordar estos factores mediante la mejora de la atención traumatológica y la atención médica de campaña más prolongada, en particular en la comunidad de operaciones especiales, las enfermedades y las lesiones

no relacionadas con el combate, como los problemas de salud conductual, seguirán siendo problemas críticos que deben abordarse de forma preventiva. Aunque es probable que las capacidades pasadas del control del estrés operacional y de combate disminuyan en futuros conflictos, este riesgo puede mitigarse prestando mayor atención a la autoayuda, la ayuda de amigos y el entrenamiento de paraprofesionales de primera línea, especialmente en la guarnición durante la preparación para un despliegue. Los líderes estratégicos tendrán que tener en cuenta estos factores cuando consideren el impacto de la preparación psicológica a lo largo del próximo conflicto. El Ejército de EUA se encuentra en el precipicio de una guerra nueva y moderna, y su futura fuerza debe estar preparada para el impacto psicológico de estos cambios.

Notas

- 1. Brian C. Beldowicz, Michael Bellamy y Robert Modlin, «Death Ignores the Golden Hour: The Argument for Mobile,
- Farther-Forward Surgery», Military Review 100, nro. 2 (marzo-abril de 2020): 40, accessed 27 April 2021, https://www.armyu-press.army.mil/Journals/Military-Review/English-Edition-Archives/March-April-2020/Beldowicz-Golden-Hour/ [«Argumento a favor de medios quirúrgicos móviles en posiciones más avanzadas: La muerte ignora la Hora Dorada», *Military Review* 75, nro. 4 (Cuarto Trimestre de 2020): 22-32, accedido 12 de agosto de 2021, https://www.armyupress.army.mil/Journals/Military-Review/English-Edition-Archives/March-April-2020/Beldowicz-Golden-Hour/].
- 2. Benjamin Nicholson *et al.*, «Integrating Prolonged Field Care into Rough Terrain and Mountain Warfare Training: The Mountain Critical Care Course», *Journal of Special Operations Medicine* 19, nro. 1 (primavera de 2019): 68.
- 3. Amy B. Adler, Vlad Svetlitzky e lan A. Gutierrez, «Post-Traumatic Stress Disorder Risk and Witnessing Team Members in Acute Psychological Stress during Combat», *BJPsych Open* 6, nro. 5 (septiembre de 2020): e98, https://doi.org/10.1192/bjo.2020.81.
- 4. Armed Forces Health Surveillance Branch, «Medical Evacuations Out of U.S. Central Command, Active and Reserve Components, U.S. Armed Force, 2018», Medical Surveillance Monthly Report 26, nro. 5 (mayo de 2019): 31, accedido 27 de abril de 2021, https://www.health.mil/Reference-Center/Reports/2019/05/01/Medical-Surveillance-Monthly-Report-Volume-26-Number-5; Armed Forces Health Surveillance Branch, «Medical Evacuations from Operation Iraqi Freedom/Operation New Dawn, Active and Reserve Components, U.S. Armed Forces, 2003–2011», Medical Surveillance Monthly Report 19, nro. 2 (febrero de 2012): 20, accedido 27 de abril de 2021, https://www.health.mil/Reference-Center/

- $\frac{Reports/2012/01/01/Medical-Surveillance-Monthly-Report-Volume-19-Number-2.}{}$
- 5. Valerie F. Williams, Shauna Stahlman y Gi-Taik Oh, «Medical Evacuations, Active and Reserve Components, U.S. Armed Forces, 2013-2015», Medical Surveillance Monthly Report 24, nro. 2 (febrero de 2017): 15–21, accedido 27 de abril de 2021, https://www.health.mil/Reference-Center/Reports/2017/01/01/Medical-Surveillance-Monthly-Report-Volume-24-Number-2.
- 6. Armed Forces Health Surveillance Branch, «Medical Evacuations Out of U.S. Central Command», 31.
- 7. David E. Jones *et al.*, «Placement of Combat Stress Teams in Afghanistan: Reducing Barriers to Care», *Military Medicine* 178, nro. 2 (febrero de 2013): 124, https://doi.org/10.7205/MIL-MED-D-12-00163.
- 8. Kimberly J. Schmitz et al., «Psychiatric Diagnoses and Treatment of U.S. Military Personnel While Deployed to Iraq», *Military Medicine* 177, nro. 4 (abril de 2012): 382–83, https://doi.org/10.7205/MILMED-D-11-00294.
- 9. Alan L. Peterson *et al.*, «A Nonrandomized Trial of Prolonged Exposure and Cognitive Processing Therapy for the Treatment of Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder in a Deployed Setting», *Behavior Therapy* 51, nro. 6 (noviembre de 2020): 885, https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.01.003.
- 10. Alan D. Ogle *et al.*, «Description of Combat and Operational Stress Control in Regional Command East, Afghanistan», *Military Medicine* 177, nro. 11 (noviembre de 2012): 1284, https://doi.org/10.7205/MILMED-D-11-00454.
- 11. Alastair D. MacLeod, «Shell Shock, Gordon Holmes and the Great War», *Journal of the Royal Society of Medicine* 97, nro. 2 (febrero de 2004): 87, https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/014107680409700215.

- 12. Edgar Jones, Nicola T. Fear y Simon Wessely, «Shell Shock and Mild Traumatic Brain Injury: A Historical Review», *American Journal of Psychiatry* 164, nro. 11 (noviembre de 2007): 1642, https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071180.
- 13. Edward A. Strecker, «Experiences in the Immediate Treatment of War Neuroses», *American Journal of Psychiatry* 76, nro. 1 (julio de 1919): 63, https://doi.org/10.1176/ajp.76.1.45.
- 14. John W. Appel, Gilbert W. Beebe y David W. Hilger, «Comparative Incidence of Neuropsychiatric Casualties in World War I and World War II», *American Journal of Psychiatry* 103, nro. 2 (septiembre de 1946): 198, https://doi.org/10.1176/ajp.103.2.196.
- 15. Albert J. Glass et al., «The Current Status of Army Psychiatry», *American Journal of Psychiatry* 117, nro. 8 (febrero de 1961): 678, https://doi.org/10.1176/ajp.117.8.673.
- 16. Frederick N. Garland, «Combat Stress Control in the Post-War Theater: Mental Health Consultation during the Redeployment Phase of Operation Desert Storm», *Military Medicine* 158, nro. 5 (mayo de 1993): 335, https://doi.org/10.1093/milmed/158.5.334.
- 17. Margaret C. Wilmouth *et al.*, «Factors Associated with Psychiatric Evacuation among Service Members Deployed to Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom, January 2004 to September 2010», *Military Medicine* 180, nro. 1 (enero de 2015): 54, https://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00213.
- 18. Sean Keenan y Jamie C. Riesberg, «Prolonged Field Care: Beyond the 'Golden Hour,'», *Wilderness & Environmental Medicine* 28, nro. S2 (junio de 2017): S136, https://doi.org/10.1016/j.wem.2017.02.001.
- 19. Brianna L. Rupp, Saixia Ying y Shauna Stahlman, «Psychiatric Medical Evacuations in Individuals with Diagnosed Pre-Deployment Family Problems, Active Component, U.S. Armed Forces, 2002-2014», *Medical Surveillance Monthly Report* 25, nro. 10 (octubre de 2018): 13, accedido 27 de abril de 2021, https://www.health.mil/Reference-Center/Reports/2018/01/01/Medical-Survei-llance-Monthly-Report-Volume-25-Number-10.
- 20. Mary H. Thornquist et al., «Development of a Tool to Predict Risk of Behavioral Health Evacuation from Combat», Journal of Traumatic Stress 33, nro. 3 (junio de 2020): 271, https://doi.org/10.1002/jts.22507.
- 21. Alan L. Peterson *et al.*, «Psychiatric Aeromedical Evacuations of Deployed Active Duty U.S. Military Personnel during Operations Enduring Freedom, Iraqi Freedom y New Dawn», *Military Medicine* 183, nro. 11-12 (noviembre-diciembre de 2018): e653, https://doi.org/10.1093/milmed/usy188.
- 22. James Griffith y Courtney West, «Master Resilience Training and Its Relationship to Individual Well-Being and Stress Buffering among Army National Guard Soldiers», *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 40, nro. 2 (abril de 2013): 153, https://doi.org/10.1007/s11414-013-9320-8.
- 23. Laurel L. Hourani et al, «Effect of Stress Inoculation Training with Relaxation Breathing on Perceived Stress and Posttraumatic Stress Disorder in the Military: A Longitudinal Study», International Journal of Stress Management 25, nro. S1 (diciembre de 2018): S124–36, https://doi.org/10.1037/str0000082.
 - 24. Ibid., \$132-33.
- 25. Christina M. Armstrong et al., «Mobile Behavioral Health Applications for the Military Community: Evaluating the Emerging Evidence Base», Best Practices in Mental Health 13, nro. 1 (enero de 2017): 110.
 - 26. Kyle Possemato et al., «Using PTSD Coach in Primary Care

- with and without Clinician Support: A Pilot Randomized Controlled Trial», *General Hospital Psychiatry* 38 (enero/febrero de 2016): 94–98, https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.09.005.
- 27. Nigel E. Bush, Christina M. Armstrong y Tim Hoyt, «Smartphone Apps for Psychological Health: A Brief State of the Science Review», *Psychological Services* 16, nro. 2 (mayo de 2019): 191, https://doi.org/10.1037/ser0000286.
- 28. Nigel E. Bush, «A Virtual Hope Box: Randomized Controlled Trial of a Smartphone App for Emotional Regulation and Coping with Distress», *Psychiatric Services* 68, nro. 4 (abril de 2017): 330–36, https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600283.
- 29. Vlad Svetlitzky et al., «YaHaLOM Training in the Military: Assessing Knowledge, Confidence, and Stigma», *Psychological Services* 17, nro. 2 (May 2020): 152, https://doi.org/10.1037/ser0000360.
- 30. Amy B. Adler et al., «Rapid Response to Acute Stress Reaction: Pilot Test of iCOVER Training for Military Units», *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 12, nro. 4 (mayo de 2020): 431, https://doi.org/10.1037/tra0000487.
 - 31. Ibid.
- 32. Marine and Family Programs Division, OSCAR Generation III Team Training Facilitator Guide (Quantico, VA: Headquarters, U.S. Marine Corps, 1 de enero de 2020).
- 33. Paula L. Chapman *et al.*, «Training, Deployment Preparation, and Combat Experiences of Deployed Health Care Personnel: Key Findings from Deployed U.S. Army Combat Medics Assigned to Line Units», *Military Medicine* 177, nro. 3 (marzo de 2012): 273, https://doi.org/10.7205/MILMED-D-11-00305.
- 34. Rona Moss-Morris et al., «A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for Adjusting to Multiple Sclerosis (The saMS Trial): Does CBT Work and for Whom Does it Work?», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 81, nro. 2 (abril de 2013): 251, https://doi.org/10.1037/a0029132.
- 35. Stephanie Brooks Holliday et al., Understand Behavioral Health Technicians within the Military: A Review of Training, Practice, and Professional Development (Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2019), x, accedido 27 de abril de 2021, https://www.rand.org/ pubs/research_reports/RR2649.html.
- 36. Tim Hoyt *et al.*, «Behavioral Health Trends Throughout a 9-Month Brigade Combat Team Deployment to Afghanistan», *Psychological Services* 12, nro. 1 (febrero de 2015): 60, https://doi.org/10.1037/ser0000016.
- 37. Sarah O. Meadows et al., 2018 Department of Defense Health Related Behaviors Survey (HRBS): Results for the Active Component (Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2021), 122, accedido 6 de mayo de 2021, https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR4200/RR4222/RAND_RR4222.pdf.
- 38. Jaime K. Devine *et al.*, «Sleep Disturbances and Predictors of Nondeployability among Active-Duty Army Soldiers: An Odds Ratio Analysis of Medical Healthcare Data from Fiscal Year 2018», *Military Medical Research* 7, nro. 1 (2020): 1–7, https://doi.org/10.1186/s40779-020-00239-7.
- 39. Brian C. Gunia *et al.*, «Sleep Leadership in High-Risk Occupations: An Investigation of Soldiers on Peacekeeping and Combat Missions», *Military Psychology* 27, nro. 4 (2015): 211, http://dx.doi.org/10.1037/mil0000078.
- 40. Joint Publication 3-40, *Joint Countering Weapons of Mass Destruction* (Washington, DC: U.S. Government Publishing Office, 27 de noviembre de 2019), I-3.
- 41. Peterson et al., «Psychiatric Aeromedical Evacuations», e651.