



Capítulo 90/94

Tratado de psiquiatría clínica  
Massachusetts General Hospital  
2017 - 2018

# PSIQUIATRÍA MILITAR

*Trabajamos para su tranquilidad...*

# Psiquiatría militar

---

Gary H. Wynn, MD

James R. Rundell, MD

David M. Benedek, MD

## PUNTOS CLAVE

---

### **Contexto**

- La disciplina de la psiquiatría militar extiende la práctica psiquiátrica más allá de los límites de los entornos tradicionales.
- Aunque la resiliencia es la norma, los efectos negativos de la exposición al combate pueden persistir durante décadas.
- Las bajas psicológicas en situaciones de amenaza química o biológica pueden superar en número a las bajas físicas y resultar más costosas en términos de pérdidas de personal.

### **Historia**

- Durante la Primera Guerra Mundial era frecuente la «histeria del gas», que amenazaba la integridad de unidades militares completas debido al efecto de contagio psicológico. Los factores que predisponen al contagio psicológico comprenden las tasas de heridas/exposición en la unidad, la falta de sueño y la falta de experiencia previa con estos fenómenos/crisis.
- El impacto psicológico del combate se ha descrito desde hace milenios con una variedad de nombres (p. ej., corazón del soldado, neurosis de guerra, fatiga de batalla) y con más frecuencia en la bibliografía de la época.

### **Retos para la investigación y la clínica**

- Las lesiones psicológicas que se producen durante las operaciones militares suelen ser especialmente complejas debido a la posibilidad de lesiones físicas, la exposición a las lesiones y la muerte de otros, la exposición a sustancias biológicas o químicas, y la interrupción del entorno físico propio cuando hay un despliegue en un país extranjero.
- Las causas frecuentes de *delirium* durante el combate o en situaciones de desastres comprenden la hipovolemia, la hipoxemia, los efectos de masa del sistema nervioso central, la infección y los efectos adversos de los fármacos para la reanimación.
- La disociación situacional es frecuente en el contexto de cualquier acontecimiento traumático o terrorista. La disociación puede ser adaptativa inmediatamente después de un trauma: puede prevenir la aparición de un efecto intolerable o el desencadenamiento de conductas o impulsos potencialmente peligrosos (p. ej., huir de la escena).

### **Apuntes prácticos**

- Los fármacos que se utilizan para tratar la exposición a las armas químicas y los que se utilizan para la reanimación son cruciales para el manejo eficaz de los pacientes con lesiones agudas; desafortunadamente, muchos de estos pueden producir síntomas neuropsiquiátricos que imitan trastornos psiquiátricos primarios. Los síntomas causados por la exposición a las armas químicas o biológicas también pueden simular trastornos neuropsiquiátricos.
- Para evitar la estigmatización y reducir el desarrollo de una psicopatología duradera, el tratamiento inicial de las bajas psiquiátricas del campo de batalla se realiza tan cerca del área de trabajo del miembro de servicio como sea posible de forma segura.

## Perspectiva general

La disciplina de la psiquiatría militar extiende la práctica psiquiátrica más allá de los límites de los entornos tradicionales. El Ejército estadounidense ha establecido –en EE. UU. y en sus bases en el extranjero– una extensa red de clínicas comunitarias de salud mental, centros para el estrés del combate, centros de atención ambulatoria, hospitales y centros médicos terciarios para hacer frente a la amplia gama de enfermedades psiquiátricas que se observan en el ámbito civil. El estrés de la vida militar –desplazamientos frecuentes, separaciones prolongadas entre los miembros de servicio y sus familias, despliegues repetitivos y, con frecuencia, obligaciones peligrosas en una variedad de entornos de asistencia humanitaria, mantenimiento de la paz y el campo de batalla– crea desafíos únicos para el psiquiatra militar.

En el escenario de la guerra existe el miedo a las lesiones, las pérdidas y las muertes imprevistas. Durante las operaciones militares pueden producirse lesiones psicológicas junto con lesiones físicas, exposición a las lesiones y la muerte de otros, exposición a sustancias biológicas o químicas, e interrupción del entorno físico propio, o como consecuencia del terror y el desamparo que provocan estos acontecimientos cuando se combinan. Por tanto, un psiquiatra militar necesita una base de conocimientos más amplia y más habilidades y actitudes profesionales de las que se asocian a la clínica tradicional o la práctica hospitalaria.

Los efectos negativos de la participación en un combate pueden persistir durante décadas, como demostraron Prigerson et al. en un estudio de 2.583 hombres, con edades de entre 18 y 54 años, a los que se realizaron entrevistas psiquiátricas estandarizadas en la National Comorbidity Survey. Descubrieron que la exposición al combate producía altas tasas de prevalencia de diagnósticos psiquiátricos y problemas psicosociales: el 28% de los combatientes tenían trastorno de estrés postraumático (TEPT), el 21% maltrataban a su cónyuge o pareja, el 12% perdían el trabajo, el 9% no tenían trabajo, el 8% tenían problemas de consumo de drogas y otras sustancias durante 12 meses en el año siguiente, el 8% se divorciaron o separaron, y el 7% tenían un trastorno de depresión mayor (TDM) duradero.

## Síndromes psiquiátricos inmediatamente después de las operaciones militares y los atentados terroristas

### *Delirium*

En el combate o después de un atentado terrorista que produce enfermedades o lesiones importantes, la hipovolemia y los trastornos metabólicos, así como los intentos de reanimación, pueden causar *delirium* (que se manifiesta por obnubilación de la conciencia, agitación o disminución de la sensibilidad, y desorientación; [cuadro 90-1](#)). Los fármacos utilizados para controlar la agitación (como los neurolépticos y las benzodiazepinas) pueden complicar aún más la evaluación y el tratamiento médico, especialmente si existen lesiones relacionadas con el combate. El tratamiento sintomático de los problemas conductuales con sedantes debe reservarse inicialmente para proteger la vida o la seguridad del paciente y de otros pacientes o del personal. La resolución de la etiología del *delirium* debe ser el objetivo principal, y requiere prestar atención a las secuelas metabólicas de la lesión. Las causas frecuentes de *delirium* en el combate o en situaciones de desastres comprenden la hipovolemia, la hipoxemia, los efectos de masa del sistema nervioso central (p. ej., hemorragia, cuerpos extraños), la infección y los efectos adversos de los fármacos para la reanimación.

### Cuadro 90-1 Fenómenos y síndromes psiquiátricos frecuentes inmediatamente después de operaciones militares y atentados terroristas

- *Delirium*
- Depresión
- Trastorno de estrés agudo
- Trastorno de estrés postraumático
- Ansiedad generalizada

- Trastorno/crisis de angustia
- Trastorno por consumo de drogas y otras sustancias
- Hipocondría
- Síntomas físicos inexplicables
- Disociación
- Trastornos disociativos
- Fatiga de batalla
- Estrés operativo

## Depresión

El estado de ánimo depresivo o la resignación inmediatamente después del combate o de un atentado terrorista pueden ser difíciles de diferenciar del malestar emocional y la lasitud frecuentes entre los pródromos de la exposición a muchas sustancias químicas y bioterroristas. Cuando el estado de ánimo depresivo y los síntomas de depresión asociados alteran la función social y laboral, se diagnostica un trastorno de depresión (p. ej., TDM).

## Trastorno de estrés agudo y trastorno de estrés postraumático

Los síntomas del trastorno de estrés agudo (TEA) y del TEPT comprenden fenómenos de reexperimentación intrusiva (como sueños angustiosos y escenas retrospectivas), hiperexcitación, evitación de acontecimientos o situaciones que se asemejan –incluso simbólicamente– al trauma original, alteraciones negativas de la cognición y el estado de ánimo (como disminución del interés por actividades importantes) y fenómenos disociativos (como la desrealización o el entumecimiento emocional).<sup>3</sup> Cuando los síntomas persisten durante más de 1 mes, se diagnostica TEPT. Tanto en el TEA como en el TEPT las tasas de enfermedades concomitantes son altas (v. [cuadro 90-1](#)), las más frecuentes son el TDM, otros trastornos de ansiedad (como el trastorno de angustia) y trastornos por consumo de drogas y otras sustancias. En los que han sufrido una lesión física concomitante durante la exposición al trauma aumenta el riesgo de TEA y de TEPT.<sup>34</sup>

## Trastorno de síntomas somáticos y trastorno de ansiedad por enfermedad (antes hipocondría)

El miedo de una persona a tener una enfermedad grave o la creencia de que la tiene basados en la interpretación errónea de los síntomas corporales o la exposición al entorno se ha denominado tradicionalmente «hipocondría». En el DSM-5, el complejo de síntomas se divide en trastorno de síntomas somáticos (miedo de una persona a tener una enfermedad grave o la creencia de que la tiene acompañados de síntomas corporales importantes) y en trastorno de ansiedad por enfermedad (miedo o creencia similares a pesar de la ausencia de síntomas corporales importantes).<sup>3</sup> En cualquier caso, la ansiedad y el miedo por el síntoma somático y/o la enfermedad persisten a pesar de que las evaluaciones médicas son normales y las noticias tranquilizadoras. En el caos y la incertidumbre que siguen a los combates o los atentados terroristas, los pacientes con estos dos trastornos pueden tener problemas específicos para manejar su ansiedad y sus creencias relacionadas con la salud. Las personas sin un diagnóstico documentado de cualquiera de estos dos trastornos pueden buscar tratamiento por primera vez en este entorno. Los síntomas crónicos (p. ej., de al menos 6 meses) son típicos de ambos trastornos y son necesarios para un diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad. Sin embargo, puede producirse miedo somático subsindrómico generalizado después de un atentado terrorista o una posible exposición tóxica relacionada con el combate, pero estos síntomas transitorios generalmente responden favorablemente a la tranquilización y a un grado de tolerancia de las solicitudes de citas/exploraciones.

## Síntomas físicos inexplicables y síntomas de conversión

Los síntomas físicos inexplicables son frecuentes después del combate y los desastres. No todos los síntomas físicos inexplicables son síntomas de conversión, aunque existen informes anecdóticos bien documentados de conversión después del combate y de acontecimientos terroristas. Desafortunadamente, hay poca base científica para la prevención y el cuidado de los síntomas físicos inexplicables. No obstante, es importante identificar a las personas con estos síntomas en el proceso de triaje para que no se inicien tratamientos inapropiados y potencialmente dañinos (que también podrían consumir recursos necesarios para las víctimas).

El uso de sustancias biológicas o químicas representa un reto para el diagnóstico diferencial y un problema de contagio. Durante la Primera Guerra Mundial, la «histeria del gas» era frecuente y amenazaba la integridad de unidades militares completas. Las bajas psicológicas en situaciones de amenaza química y biológica pueden superar en número y resultar más costosas en términos de pérdidas de personal que las bajas físicas. Los síntomas agudos de la histeria del gas pueden simular los síntomas de la exposición al gas venenoso (p. ej., disnea, tos, afonía, quemazón cutánea). Los pacientes pueden tener falta de aire y otros síntomas compatibles con ansiedad y angustia. Los factores que predisponen al paciente al contagio psicológico comprenden las tasas de heridas/exposición en la unidad, la falta de sueño y la falta de experiencia previa con estos fenómenos/ crisis. Por tanto, es importante saber a qué sustancias *no* ha sido expuesto el paciente. Después de una falsa amenaza de sustancias químicas o biológicas, puede haber un gran número de personas que temen haberse expuesto y tendrán síntomas realistas basados en sus conocimientos de la supuesta sustancia y anomalías de las constantes vitales producidas por la ansiedad y el miedo.

## Disociación y trastornos disociativos

La característica esencial de los trastornos disociativos es una alteración de las funciones normalmente integradas de la conciencia, la memoria, la identidad o la percepción del entorno. La pieza central del diagnóstico, para diferenciarlo de la disociación situacional, es la presencia de malestar emocional o la alteración significativa de la función social o laboral. La disociación situacional es frecuente en el contexto de cualquier acontecimiento traumático o terrorista. La disociación puede ser adaptativa inmediatamente después de un trauma: puede prevenir la aparición de un efecto intolerable o el desencadenamiento de conductas o impulsos potencialmente peligrosos (p. ej., huir de la escena).

Es importante no confundir la disociación y la disminución de la respuesta neurológica. Una función fundamental del psiquiatra inmediatamente después de un desastre es ayudar a identificar la disociación. Hay que golpear suavemente al paciente en el hombro y preguntarle si necesita algo y si sabe dónde está y qué día es. Una respuesta apagada, pero apropiada, en una persona disociada debe indicar su nivel de conciencia y que la orientación está en gran medida intacta. La identificación de víctimas de catástrofes que simplemente estén disociadas pero que no tienen otras lesiones puede liberar recursos médicos para otros pacientes.

## Fatiga de batalla y estrés operativo

El impacto psicológico del combate se conoce hace milenios, aunque bajo una gran variedad de nombres (p. ej., corazón del soldado, neurosis de guerra, fatiga de batalla) y con más frecuencia en la bibliografía de la época. Más allá de los trastornos psiquiátricos tradicionales e históricos, «fatiga de batalla» y «estrés operativo» (que ahora se denomina reacción de estrés operativo de combate) también son conceptos prácticos importantes en psiquiatría militar. Los síntomas, como molestias gastrointestinales, temblores y trastornos perceptivos transitorios (incluidas la despersonalización y la desrealización), se producen en respuesta a la exposición traumática, a la privación del sueño, a la pérdida de apoyo social o a cualquier combinación de estos factores estresantes asociados a las operaciones militares. Las lesiones o las infecciones menores, las carencias nutricionales, el agotamiento por calor o las lesiones por frío también pueden reducir los mecanismos homeostáticos adaptativos y contribuir a los síntomas de estrés operativo.

## Efectos de los fármacos para la reanimación

Los fármacos para la reanimación son cruciales para el manejo eficaz de los pacientes con lesiones agudas. Por desgracia, muchos de ellos pueden causar síntomas neuropsiquiátricos ([tabla 90-1](#)). Es importante averiguar qué fármacos ha recibido un paciente lesionado, en qué cantidades y durante qué período de tiempo. Los fármacos, como los líquidos intravenosos (p. ej., agua), la epinefrina, la lidocaína, la atropina, los sedantes, la nitroglicerina y la morfina, se usan habitualmente y tienen un impacto significativo sobre el sistema nervioso autónomo o efectos que pueden parecerse a síntomas de trastornos psiquiátricos primarios. Por ejemplo, tanto la atropina como la epinefrina pueden aumentar la frecuencia cardíaca del paciente y hacer que sienta ansiedad o angustia, mientras que la morfina puede causar sedación y alterar la orientación y la capacidad de respuesta.

**Tabla 90-1**

**Fármacos para la reanimación que pueden causar o simular síndromes psiquiátricos o neurológicos**

Fármaco	Signo(s)/síntoma(s)
Líquidos intravenosos (agua)	<i>Delirium</i> /hiponatremia
Epinefrina	Aumento de la presión arterial/frecuencia cardíaca, ansiedad
Lidocaína	<i>Delirium</i> , psicosis
Atropina	<i>Delirium</i> , efectos anticolinérgicos, ansiedad
Sedantes	Depresión de la conciencia/capacidad de respuesta
Nitroglicerina	Mareos
Morfina	Sedación, <i>delirium</i>

## Confianza en un entorno potencialmente tóxico

El adiestramiento y la confianza en combate, las reglas de compromiso y las intervenciones de contención/descontaminación después de exposiciones tóxicas pueden ser factores importantes para limitar el contagio psicológico y los síntomas físicos inexplicables. La experiencia militar revela que el riesgo de contagio y de trastornos psiquiátricos (como el trastorno de conversión) disminuye cuando el personal potencialmente expuesto ha recibido un adiestramiento eficaz. Este adiestramiento permite al personal tener confianza en sus probabilidades de sobrevivir a una amenaza química o biológica. Además del adiestramiento, los servicios militares asignan una alta prioridad a la vacunación de los grupos con mayor riesgo de entrar en contacto con sustancias biológicas o con personas (incluido el personal sanitario) expuestas a ellas. Esto también puede aumentar la confianza en la capacidad de sobrevivir y trabajar en entornos tóxicos.

## Niveles de prevención e intervención clínicas: síntomas frente a función

El malestar y las respuestas muy emocionales son casi universales durante el combate. Por tanto, las intervenciones psiquiátricas iniciales deben centrarse en la movilización de la función eficaz para que la misión militar pueda continuar. La teoría y la doctrina psiquiátricas militares han trabajado siempre sobre el principio de que los síntomas transitorios y casi universales (que representan las respuestas normales) pueden convertirse en «medicalizados» si los médicos refuerzan la opinión de que estos síntomas constituyen una enfermedad. Los niveles de la intervención clínica se conceptualizan y se despliegan de acuerdo con esta doctrina ([tabla 90-2](#)).

**Tabla 90-2**

### Niveles de intervención y atención psiquiátricas después del combate o de ataques terroristas

Nivel de intervención	Indicación
Apoyo durante el combate	Consultas con los líderes para movilizar la función eficaz para que la misión militar pueda continuar
Equipos de control del estrés de combate	Manejo del malestar emocional y los síndromes psiquiátricos agudos (lo más cerca posible a la zona de operaciones) para maximizar las posibilidades de un rápido retorno a la función eficaz; uso de un «entorno de apoyo» móvil
Clínicas psiquiátricas tradicionales	En el escenario de operaciones, en las zonas de evacuación médica aérea o en bases militares fijas en EE. UU., la evaluación psiquiátrica y el tratamiento tradicionales pueden proporcionarse en distintos momentos después de abandonar el escenario de operaciones
Clínicas de hospitalización psiquiátrica	Para los pacientes con enfermedades psiquiátricas graves o con problemas de seguridad

Nivel de intervención	Indicación
Servicios de coordinación de consultas	Para los pacientes con lesiones físicas que necesitan atención psiquiátrica en los hospitales militares y las unidades de rehabilitación
Centros médicos de la administración y comunidad de veteranos	Para los veteranos que regresan a sus comunidades con necesidades de atención psiquiátrica establecidas

Las unidades de estrés de combate ayudan en el manejo del malestar emocional clínicamente significativo o de los síndromes psiquiátricos; estas unidades están situadas lo más cerca posible del área de operaciones. Esta proximidad y facilidad de acceso ayuda a evitar la patologización adicional del miembro del servicio y, posiblemente, a establecer el escenario para la incapacidad a largo plazo. La respuesta a las medidas conservadoras, como el reposo, el alivio temporal y la tranquilidad, en estos lugares indica una reacción de estrés de combate más que un diagnóstico psiquiátrico. El uso inicial del tratamiento conservador es compatible con la antigua doctrina militar ([tabla 90-3](#)).<sup>36</sup> A veces, los miembros del servicio que están expuestos al combate o a ataques terroristas desarrollan estados patológicos que requieren la evacuación del escenario de operaciones. En estos casos, el tratamiento definitivo debe realizarse en centros psiquiátricos más tradicionales, como las clínicas ambulatorias y las unidades psiquiátricas hospitalarias.

**Tabla 90-3**

**Principios doctrinales para el manejo de las reacciones de estrés operativo de combate**

PIES		BICEPS	
Proximidad	El tratamiento debe realizarse lo más cerca posible de la unidad de los miembros del servicio	Brevedad	El tratamiento no debe durar más de unos pocos días
Inmediatez	El tratamiento debe iniciarse tan pronto como sea posible	Inmediatez	El tratamiento debe iniciarse tan pronto como sea posible
Expectativa	El tratamiento debe estar orientado a que el miembro del servicio vuelva a su unidad	Centralidad/contacto	Los servicios de salud mental de nivel superior deben situarse junto a los servicios de atención médica y quirúrgica de mayor nivel

PIES <sup>1</sup>		BICEPS	
Sencillez	El tratamiento debe ser lo más simple posible	Expectativa	El tratamiento debe estar orientado a que el miembro del servicio vuelva a su unidad
		Proximidad	El tratamiento debe realizarse lo más cerca posible de la unidad de los miembros del servicio
		Sencillez	El tratamiento debe ser lo más simple posible

<sup>1</sup> Doctrina del Ejército estadounidense hasta que fue sustituida por BICEPS.

<sup>2</sup> La Infantería de marina estadounidense utiliza el término «centralidad», mientras que el Ejército estadounidense utiliza el término «contacto».

Otros miembros del servicio terminan con éxito sus misiones de combate y más adelante desarrollan problemas de salud mental o de deterioro de la función después de regresar a casa. En 2004, una encuesta anónima realizada a militares estadounidenses antes del despliegue en Iraq ( $n = 2.530$ ) o Afganistán ( $n = 3.671$ ) y de 3 a 4 meses después indicó que un porcentaje significativamente mayor cumplía los criterios de cribado para la depresión mayor, la ansiedad generalizada o el TEPT (15,6-17,1%) después de su despliegue en Iraq que después del servicio en Afganistán (11,2%) o antes del despliegue (9,3%). Más de un tercio de los veteranos de la guerra de Iraq accedieron a los servicios de salud mental en el año después de regresar a casa, y al 12% les diagnosticaron un trastorno mental. Estos datos ponen de relieve la importancia de disponer de recursos de salud mental para satisfacer las necesidades de los veteranos tiempo después de su regreso y no solo para los que han estado expuestos recientemente al combate o a ataques terroristas.

## Factores relacionados con el desarrollo de trastornos psiquiátricos en miembros del servicio expuestos al combate o a ataques terroristas

### Factores neurobiológicos

Las respuestas emocionales y conductuales a los traumas tienen sus raíces en una combinación de mecanismos sociales, fisiológicos y voluntarios que cada vez se conocen mejor a nivel molecular (tabla 90-4). En la fase inmediata, la liberación del factor liberador de corticotropina (CRF), la secreción de corticotropina (ACTH), la oleada de catecolaminas periféricas y la activación de áreas cerebrales corticales relacionadas con la percepción de la amenaza acompañan los extremos del estrés del entorno. Los cambios conductuales y cognitivos se relacionan con estos fenómenos noradrenérgicos. El impacto inmediato del estrés agudo en la mayoría de las condiciones es la mejora del rendimiento. Sin embargo, cuando la capacidad de actuar resulta insuficiente para cumplir las demandas continuas, el riesgo de disfunción cognitiva aumenta y la conducta suele enfocarse de forma demasiado estrecha. Un estado de excitación, pero enfocado, puede producir dificultad para establecer cambios o cambiar los planes de acción (p. ej., adaptarse). Si el malestar emocional extremo altera la cognición y crea un pensamiento caótico, la respuesta excesiva de lucha o huida puede causar inmovilidad.

**Tabla 90-4**

**Factores relacionados con el desarrollo de trastornos psiquiátricos en los miembros del servicio expuestos al combate o a ataques terroristas**

Tipo de factor	Observaciones
Factores neurobiológicos	Liberación del factor liberador de corticotropina
	Liberación de corticotropina
	Oleada de catecolaminas periféricas
	Activación de la amígdala
Factores predisponentes	Las mujeres tienen más riesgo de TEPT, trastorno de ansiedad y depresión después del combate
	Los hombres tienen un mayor riesgo de consumo de drogas y otras sustancias, conductas antisociales/violentas
	Nivel funcional antes de la exposición
	Antecedentes y experiencia de exposición a traumas en el pasado
Factores protectores	Cohesión de la unidad

Tipo de factor	Observaciones
	Lealtad y confianza interpersonal en la unidad
	Fuerte liderazgo
Factores desencadenantes	Intensidad y duración de la exposición al combate
	Lesiones físicas
	Ser testigo de muertes o atrocidades
	Agresión sexual
Factores atenuantes o perpetuadores	Seguridad y protección del entorno de recuperación
	Grado de traumas secundarios
	Programación de rotaciones
	Reconocimiento y recompensas

Tipo de factor	Observaciones
	Calidad de la atención médica y psicológica proporcionada
	Situación psicosocial en el hogar

TEPT, trastorno de estrés postraumático.

Después de la respuesta inmediata se producen una cascada de acontecimientos neuronales e intracelulares que aumentan las concentraciones del CRF y la síntesis de receptores relacionados con el cortisol, y activan la síntesis de proteínas en los núcleos subcorticales de la amígdala que son responsables de la codificación de los recuerdos con carga emocional y del desarrollo de respuestas o hábitos condicionados. Parece que la hipersecreción de adrenalina también exagera y consolida los recuerdos relacionados con el miedo. Estos cambios pueden proporcionar la base molecular de los pensamientos intrusivos, las respuestas de sobresalto exageradas y el estado general de hiperexcitación que se observa como una patología clínicamente significativa en el TEPT y el TEA<sup>s</sup> (fig. 90-1).

**FIGURA 90-1** Circuitos noradrenérgicos en la respuesta al estrés traumático.

### Factores predisponentes

El grado de deterioro funcional inmediatamente después del combate o de un desastre está relacionado con la función antes del trauma. Los individuos que asumen roles sociales o laborales marginales antes de un trauma tienen más riesgo de deficiencias del estado funcional después de la exposición al trauma. No está claro hasta qué punto las experiencias traumáticas del pasado pueden producir resiliencia o vulnerabilidad en el futuro. Si una persona ha gestionado con éxito situaciones de combate o de desastres en el pasado, las exposiciones posteriores pueden causarle menos trauma. Por otra parte, si las experiencias traumáticas del pasado han producido TEPT u otros síndromes psiquiátricos, las exposiciones traumáticas en el futuro pueden dar lugar al agravamiento o la aparición de nuevos trastornos psiquiátricos.

### Factores protectores

En los grupos (como los de militares y civiles de primera respuesta) ciertos factores pueden reducir las secuelas potenciales del trauma. La lealtad y la cohesión del grupo significan que los individuos tienen acceso fácil a los apoyos sociales durante la fase aguda de un desastre y sus secuelas. Cuando las organizaciones poseen líderes eficaces, es más probable que exista un entorno con una fuerte lealtad, confianza mutua y respeto. Este entorno puede facilitar la participación voluntaria en misiones de rescate/recuperación o de combate de alto riesgo y la sincronización de los esfuerzos individuales necesarios para el éxito en este tipo de operaciones.

### Factores desencadenantes

La alta intensidad y la larga duración de una situación de combate o de un desastre aumentan la probabilidad de bajas psiquiátricas. Las experiencias específicas, como las lesiones físicas o presenciar muertes grotescas, torturas u otras atrocidades, aumentan el riesgo de consecuencias adversas para la salud mental. Los despliegues y las misiones para mantener la paz interrumpen la vida familiar y suelen

estar poco sincronizados con respecto a otros acontecimientos de la vida. La exposición a múltiples factores de estrés simultáneos y a acontecimientos traumáticos aumenta el riesgo de resultados patológicos.

## Factores atenuantes o perpetuadores

Los factores recurrentes (como la seguridad y la protección de los entornos de recuperación, la magnitud de los traumatismos secundarios, la programación de rotaciones, el grado de reconocimiento o de compensación por el esfuerzo y la creencia propia en la misión) afectan a la tasa y la gravedad de las enfermedades psiquiátricas y los síntomas de malestar emocional.<sup>4</sup> Los atributos o las conductas personales (como el exceso de dedicación a la tarea en cuestión) pueden contribuir aún más al desarrollo de la disfunción. Hay varios factores que pueden agravar o atenuar los síntomas de las víctimas civiles de la guerra o de las secuelas de un desastre (p. ej., percepción del liderazgo de la comunidad, preparación para los desastres, respuesta a la crisis, reconocimiento de los héroes y prestación de servicios médicos, económicos o emocionales) tanto inmediatamente después de la crisis como más adelante.

## Manejo y atención

### Principios generales

La prevención secundaria (es decir, la intervención temprana) comienza con el triaje inicial y el tratamiento de las víctimas. Es importante crear un «entorno de apoyo»: un lugar o lugares donde las personas que muestren estos síntomas puedan ser observadas y vigiladas. Esta zona debe estar a una distancia suficiente para no interrumpir el triaje en curso y la estabilización de las lesiones físicas potencialmente mortales, pero lo suficientemente cerca como para permitir la reevaluación y las intervenciones médicas más completas si los síntomas empeoran. Un entorno de apoyo también puede ser un lugar donde se atiendan las necesidades básicas de las personas afectadas (como alimentos, refugio e higiene personal), que son cruciales para recuperar el sentido de normalidad después de participar en un combate prolongado o intenso. En psiquiatría militar –en particular dentro de la doctrina del Ejército de EE. UU.–, el Medical Detachment for Combat Stress Control (CSC) proporciona un mecanismo para establecer un «entorno de apoyo móvil», que puede reubicarse rápidamente cuando el frente de batalla se desplaza.

El Ejército estadounidense ha intentado reducir la incidencia y la gravedad de los trastornos psiquiátricos provocados por el combate y las operaciones militares mediante una serie de mecanismos. Actualmente, se asignan equipos de salud mental de forma habitual a las fuerzas estadounidenses en combate y se despliegan en otras operaciones distintas de la guerra. Cada rama de los servicios militares de EE. UU. tiene equipos especializados de intervención rápida para proporcionar asistencia consultiva y tratamiento agudo según sea necesario a las unidades que han experimentado sucesos traumáticos. Estos equipos educan a los comandantes de las unidades sobre las posibles respuestas conductuales a los sucesos estresantes y recomiendan intervenciones de liderazgo que pueden reducir las respuestas negativas al estrés.

### Intervenciones terapéuticas en víctimas psiquiátricas

Los síntomas neuropsiquiátricos pueden manifestarse como una respuesta emocional y pueden producirse como consecuencia de una lesión neurológica causada por una explosión u otro traumatismo cerrado o – en el caso de un ataque terrorista– por los efectos neurotóxicos de sustancias químicas o biológicas específicas. La identificación rápida de las lesiones cerebrales infecciosas, químicas o físicas dirige la estrategia del tratamiento. Independientemente de la etiología, el *delirium* debe abordarse rápidamente porque la mortalidad por cualquiera de las causas subyacentes aumenta si no se tratan los síntomas de *delirium*.

Los antipsicóticos y los ansiolíticos utilizados en el tratamiento agudo del *delirium* o la psicosis pueden alterar las concentraciones de los antimicrobianos y los inhibidores de la acetilcolinesterasa que se utilizan en el tratamiento de las víctimas de atentados terroristas biológicos o químicos. Los efectos secundarios relacionados con la dosis de los antipsicóticos (p. ej., acatisia, somnolencia) pueden confundirse con los

síntomas primarios de una encefalopatía infecciosa, química o por un traumatismo físico. Por tanto, está justificado un abordaje conservador que minimice el uso inicial de los psicotrópicos. Los hipnóticos de acción corta pueden utilizarse para recuperar los patrones de sueño normales en los casos en que el insomnio parece ser la causa primaria de la disfunción.

Las intervenciones psicosociales desempeñan una función importante en la prevención secundaria en las víctimas de traumas militares. Se han utilizado técnicas de sesiones informativas en grupo y sesiones informativas sobre el estrés por incidentes críticos, aunque no hay pruebas convincentes de que reduzcan la incidencia del TEPT o aceleren la recuperación tras una experiencia traumática.<sup>230</sup> Por otro lado, las conversaciones reiteradas y francas entre los miembros del equipo tras un incidente crítico (como una emboscada o una incursión) pueden abrir las líneas de comunicación para coordinar y evaluar la eficacia de las acciones, a la vez que fomentan la cohesión del grupo y su comprensión del suceso. Estas conversaciones, llamadas «informes después de la acción», «lecciones aprendidas» o «sesiones informativas históricas», pueden servir para mantener el rendimiento de las personas críticas para la misión, disminuir el aislamiento individual y ayudar a identificar a los miembros del equipo que requieren mayor atención psiquiátrica u otros cuidados para la salud mental.

La terapia cognitivo-conductual, así como otras técnicas de psicoterapia, puede ser eficaz para la ansiedad, el aislamiento social, la sintomatología depresiva y la hiperexcitación; incluso intervenciones breves pueden reducir los síntomas inmediatos de depresión, ansiedad y TEPT, y pueden disminuir el desarrollo de morbilidad a largo plazo. Dado que los recursos médicos pueden desbordarse rápidamente en situaciones de combate, la participación de personas que no son médicos pero que están capacitadas debidamente para aplicar estas terapias permitirá una atención más eficaz.

## Atención psiquiátrica militar en tiempos de paz

Cuando no interviene directamente en operaciones de combate, de mantenimiento de la paz o de ayuda humanitaria, la práctica psiquiátrica militar es, en muchos aspectos, similar a la práctica civil. Además de disponer de una escuela de medicina financiada por el Congreso para entrenar a oficiales médicos militares para la práctica médica en los entornos militares operativos y en tiempo de paz, el Department of Defense de EE. UU. tiene hospitales y clínicas de atención terciaria en todo el mundo. En estos centros se atiende al personal militar y a sus familiares, y en varios de los centros médicos militares más grandes se imparte formación en residencia psiquiátrica. Cuando los recursos médicos militares están demasiado solicitados debido a compromisos operativos, hay una red médica civil integral, TRICARE, disponible para los militares beneficiarios. TRICARE es el programa de seguro médico de tres servicios (Ejército, Marina y Fuerzas Aéreas) que proporciona atención médica a todos los beneficiarios del Department of Defense (servicio activo, miembros de la familia, jubilados y supervivientes), integrando la atención disponible en las instalaciones de tratamiento militar con los centros y los profesionales sanitarios civiles regionales asociados.

Los miembros militares que desarrollan trastornos psiquiátricos durante el servicio activo pueden recibir el subsidio por baja médica por discapacidad y seguir el tratamiento a través de un sistema de hospitales de la Veterans Administration. Los militares pueden ser retirados del servicio (sin subsidio por incapacidad ni atención médica continua militar) debido a problemas de personalidad. Cada vez más, los hospitales civiles de la comunidad proporcionan atención psiquiátrica continua a los veteranos que regresan, especialmente a los de la Guardia Nacional y las Reservas. Por tanto, los psiquiatras generales deben comprender los principios básicos de la psiquiatría militar y aprender sobre los trastornos psiquiátricos más frecuentes en aquellos que han estado expuestos al combate o a desastres naturales o de origen humano.

## Retos éticos

A diferencia de las anteriores experiencias militares estadounidenses en el golfo Pérsico, los actuales conflictos en Iraq y Afganistán han creado una importante población de detenidos –prisioneros de guerra,

combatientes ilegales, nacionales de terceros países y otras personas capturadas en el campo de batalla y detenidas por tiempo indefinido, y EE. UU. debe asumir la responsabilidad del tratamiento médico (y psiquiátrico) humanitario según las disposiciones de la Convención de Ginebra. Proporcionar un trato compasivo a los combatientes enemigos ingresados en los mismos hospitales que los miembros del servicio estadounidense enfermos o heridos en el combate crea desafíos evidentes asociados a la doble mediación para los profesionales (quienes, al cumplir los requisitos de su código de conducta profesional, deben tomar decisiones de triaje que implican a pacientes que pueden reanudar sus intentos de matar o dañar a las fuerzas estadounidenses una vez liberados). Además, los combatientes y los no combatientes liberados pueden tener un seguimiento médico incierto que se limita a las normas de la nación en la que se le prestará la atención médica más adelante.

Puede pedirse a los médicos, incluidos los psiquiatras, que asesoren a las personas que obtienen información de los detenidos. Esto ha creado un dilema ético. Las declaraciones y los informes de la opinión de una serie de organizaciones profesionales (como la American Medical Association)<sup>14</sup> y el Department of Defense indican que los profesionales sanitarios que proporcionan tratamiento a los detenidos no deben ayudar en los interrogatorios, y que la tortura u otros métodos de interrogatorio inhumanos o coercitivos no son aceptables. Sin embargo, las disparidades de estos informes indican que sigue sin resolverse el grado en el que los profesionales sanitarios que *no* participan en el tratamiento de los detenidos pueden aplicar sus conocimientos y habilidades para colaborar en los interrogatorios seguros, éticos y humanos.

## Conclusión

La identificación de la naturaleza de las respuestas psicológicas relacionadas con el trauma asociado a las operaciones militares ha evolucionado. Se han identificado factores predisponentes, agravantes y atenuantes. Se están estudiando y aclarando los acontecimientos neuronales y hormonales relacionados con el estrés traumático. También se ha demostrado el valor de la preparación y la capacitación multidisciplinarias para el manejo de incidentes en el campo de batalla y la necesidad de programas de evaluación y educación de gran alcance.

Los profesionales sanitarios deben considerar los problemas conductuales y psiquiátricos en el contexto de un diagnóstico diferencial médico-quirúrgico general inmediatamente después de un combate o un atentado terrorista, incluidos los posibles ataques químicos y biológicos. Cuando los signos y síntomas psiquiátricos confunden o coexisten con lesiones y enfermedades médico-quirúrgicas, la consulta psiquiátrica temprana en el proceso de triaje y tratamiento puede asegurar un manejo más oportuno, preciso, eficaz y rentable de las víctimas de combate, atentados terroristas u otros desastres.

Acceda *online* a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

## Bibliografía

1. Prigerson HG, Maciejewski PK, Rosenheck RA. Population attributable fractions of psychiatric disorders and behavioral outcomes associated with combat exposures among US men. *Am J Public Health*. 2002;92(1):59–63.
2. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. fifth edition Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Rundell JR, Ursano RJ. Psychiatric responses to war trauma. In: Ursano RJ, Norwood AE, eds. *Emotional aftermath of the Persian Gulf War*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.
4. Sandweiss DA, Slymen DJ, Leardman CA, et al. Preinjury psychiatric status, injury severity, and postdeployment posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(5):496–504.
5. Jones FD. War psychiatry. In: Jones FD, ed. *Textbook of military medicine. Part I, warfare, weaponry, and the casualty*. Washington, DC: Office of the Surgeon General at TMM Publications; 1995.
6. Headquarters, Department of the Army. *Combat and Operational Stress Control (FM 4-02.51)*. July 2006.
7. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, et al. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004;351(1):13–22.

8. Krystal JH, Neumeister A. Noradrenergic and serotonergic mechanisms in the neurobiology of posttraumatic stress disorder and resilience. *Brain Res.* 2009;1293:13–23.
9. Bryant RA. Psychosocial approaches to acute stress reactions. *CNS Spectr.* 1998;10(2):116–122.
10. Adler AB, Litz BT, Castro CA, et al. A group randomized trial of critical incident stress debriefing provided to U.S. peacekeepers. *J Trauma Stress.* 2008;21(3):253–263.
11. American Medical Association. Council on Ethical and Judicial Affairs Report 10-A-06—physician participation in interrogation. June 2006.

SNC PHARMA