

Original

## Trastornos de estrés agudo: consideraciones a partir de un caso clínico en el ámbito militar

Juan Antonio Martínez-Sánchez

Capitán Psicólogo (Cuerpo Militar de Sanidad). Ministerio de Defensa de España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 24 de abril de 2020

Aceptado el 31 de agosto de 2020

Online el 7 de junio de 2021

#### Palabras clave:

Trastornos y reacciones de estrés agudo  
Psicología militar  
Estrés operacional  
Operaciones militares internacionales  
Afganistán

### R E S U M E N

**Introducción:** Se presenta el caso de un militar de 32 años, varón, diagnosticado de trastorno de estrés agudo durante su despliegue en zona de operaciones en Afganistán. La sintomatología que manifestaba el paciente le incapacitaba para el servicio.

**Objetivo:** El objetivo terapéutico es el control de la sintomatología de estrés del paciente y la normalización de su estado psicológico, para conseguir su completa reincorporación al servicio activo.

**Material y métodos:** Diseño de caso único, pre-postratamiento. Para el diagnóstico y medida postratamiento se utilizó el Cuestionario de Adaptación 6RA, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y la escala de Síntomas de Estrés Agudo. Se aplicó un programa terapéutico breve compuesto de 7 sesiones y basado en psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en técnicas de relajación y exposición en vivo.

**Resultados:** La evaluación postratamiento muestra una notable reducción de la sintomatología de estrés agudo. La normalización del estado psicológico del paciente permitió la reincorporación a su puesto, completando el resto de la misión sin novedad.

**Conclusiones:** El presente trabajo pone de manifiesto la efectividad de las psicoterapias breves para el tratamiento de trastornos de estrés en operaciones militares en el exterior, al permitir al militar mantener su operatividad y reincorporarse al servicio lo más rápidamente posible. Las medidas preventivas previas al despliegue son fundamentales para la adaptación del militar.

## Acute Stress Disorders: Considerations from a clinical case in the military field

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Acute Stress Disorders and Reactions  
Military Psychology  
Operational stress  
International Military Operations  
Afghanistan

**Introduction:** The case of a 32-year-old military man diagnosed with acute stress disorder during his deployment to the area of operations in Afghanistan is presented. The symptoms manifested by the patient incapacitated him for the service.

**Objective:** The therapeutic objective is to control the patient's stress symptoms and to normalize their psychological condition, to achieve their full return to active duty.

**Material and Methods:** Single case design, pre-post treatment. The instruments used for the diagnosis and post-treatment measure were the Adaptation Questionnaire 6RA, the State-Trait Anxiety Inventory and the Acute Stress Symptoms Scale. A short therapeutic program of 7 sessions was applied, based on psychoeducation, cognitive restructuring, training in relaxation techniques and live exposure.

**Results:** The post-treatment evaluation shows a significant reduction in the symptoms of acute stress. The normalization of the patient's psychological condition allowed him to return to work, completing the rest of the mission without incident.

**Conclusions:** This paper shows the effectiveness of brief psychotherapies for the treatment of stress disorders in military operations abroad. These psychotherapies allow the military to maintain its operability and rejoin the military service as soon as possible. Pre-deployment preventive measures are essential for the military's adaptation.

\* Dirección para correspondencia.

Correo electrónico: [juams1968@gmail.com](mailto:juams1968@gmail.com) (J. A. Martínez-Sánchez).

Un estresor es todo evento o situación que requiere un cambio rutinario en la adaptación o comportamiento de una persona y que puede suponer un desafío o amenaza para su integridad o bienestar físico y/o psicológico. En el ámbito militar se considera estresor a toda circunstancia que ocurre en el transcurso de operaciones militares y que tiene el potencial de impactar psicológicamente en la unidad o en el personal que lo experimenta (United States Department of the Army, USDA, 2009).

Desde el punto de vista etiopatogénico, podemos señalar determinadas características del estresor que influyen en la gravedad de la respuesta de estrés: a) su intensidad y duración (Salvador y González-Bono, 1995), que en el ámbito militar se relaciona con el grado de exposición a la situación estresante (USDA, 2009); b) el efecto acumulativo que presentan determinados sucesos menores o contrariedades cotidianas (Sandín, 2003) que por sí mismos no poseen gran capacidad de generar estrés, pero que sí lo hacen al interactuar o acumularse con otros estresores; c) la novedad, su complejidad y la falta de predictibilidad y de control que el sujeto posee ante el estresor (Salvador y González-Bono, 1995); y d) la amplia variedad y diversidad de potenciales estresores que pueden afectar al ser humano y que se multiplican durante la ejecución o desarrollo de operaciones militares (tabla 1).

**Tabla 1**  
Estresores operacionales y de combate (Tomado de US Department of the Army, 2006)

Estresores físicos		Estresores psicológicos	
Ambientales		Cognitivos	
Calor, frío, humedad, polvo Vibraciones, ruidos, explosiones Malas condiciones de visibilidad (luces brillantes, oscuridad, niebla) Olores nocivos (humos, productos tóxicos químicos) Energía y radiación provenientes de dispositivos y armas Agentes infecciosos Trabajo físico Terreno difícil o abrupto Altitud elevada		Exceso o carencia de información Sobrecarga o privación sensorial Ambigüedad, incertidumbre, imprevisibilidad Presión del tiempo / sensación de pérdida de tiempo Toma de decisiones difíciles (reglas de enfrentamiento) Dinámica y cambios organizacionales Falta de habilidad para determinadas tareas Aprensión al fracaso	
Fisiológicos		Emocionales	
Privación del sueño Deshidratación Desnutrición Falta de higiene Fatiga muscular Alteraciones del sistema inmune Enfermedad o lesión Frustración sexual Consumo o abuso de sustancias (tabaco, cafeína, alcohol) Obesidad Mala condición física		Falta de integración en la unidad, aislamiento, soledad Miedo y ansiedad Pérdidas que producen dolor (duelo) Resentimiento, ira y rabia, que producen frustración y culpa Inactividad, monotonía y aburrimiento Presencia de motivos y lealtades contradictorias o divididas Pérdida de fe, conflictos éticos y espirituales Conflictos interpersonales (unidad, amigos) Preocupaciones por la situación familiar, nostalgia Falta de privacidad Victimización/acoso Exposición al combate y a sus efectos (bajas, cadáveres) Obligación de matar	

Una fuente principal de estrés en operaciones bélicas son las acciones hostiles del enemigo, aunque determinados estresores pueden afectar al desarrollo de las operaciones militares en zonas “seguras” o apartadas de la acción del enemigo, como ocurre en tareas

de preparación y entrenamiento, apoyo a la fuerza o transporte de personal. Otros estresores operacionales provienen de la propia unidad del militar (estilo de mando, acciones y decisiones del mando, por ejemplo), de la duración y tipo de misión o de la existencia de conflicto entre las exigencias de la misión y la vida personal o familiar del soldado (USDA, 2006). También el entorno natural puede ser fuente de estrés, como ocurre con la climatología adversa, el terreno abrupto o la presencia de fauna y flora peligrosas. Por otra parte, hay que tener en cuenta que la consideración de un suceso o acontecimiento como potencial estresor (por ejemplo, un traslado en vuelo militar en zona de operaciones) depende en última instancia de la valoración que el sujeto afectado hace de él, lo que se relaciona con variables individuales como la edad, la experiencia previa, ciertos rasgos de personalidad y, sobre todo, las estrategias de afrontamiento de estrés que posea el sujeto (Lazarus y Folkman, 1986).

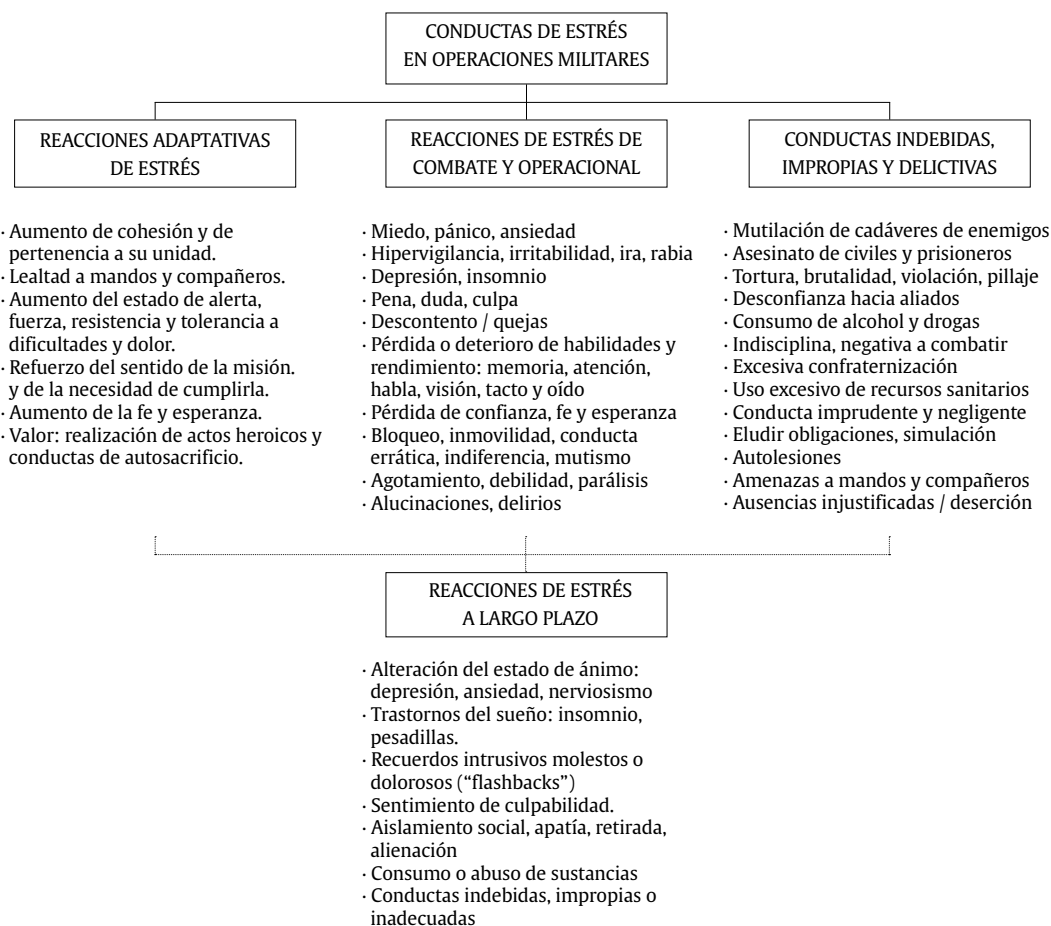
A nivel operacional, el estrés puede originar reacciones desadaptativas perjudiciales e incapacitantes para el servicio (Mareth y Brooker, 1985; USDA, 2009), incluyendo la aparición de sintomatología psicopatológica y la realización de conductas indebidas, impropias o ilegales, que incluyen desde el asesinato y tortura de prisioneros y civiles hasta la desertión o las ausencias injustificadas del destino. Sin embargo, cierto nivel de estrés combinado con un liderazgo efectivo, una adecuada integración en la unidad y buenas relaciones con los compañeros, favorece la aparición de conductas adaptativas positivas (USDA, 2006; 2009), incluyendo el aumento de la confianza, lealtad y la cohesión de la unidad (Figura 1).

**Trastornos y síndromes de estrés en el ámbito militar.**

Se han descrito múltiples trastornos y síndromes de estrés relacionados con las operaciones militares (Connorton, Perry, Hemenway y Miller, 2011; Pearn, 1999; Raju, 2014). De especial importancia en este contexto son el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el trastorno de estrés agudo (TEA), la reacción de estrés agudo (REA) y la reacción de estrés operacional y de combate (REOC) (Isserlin, Zerach & Solomon, 2008; Pearn, 1999). La reacción de estrés agudo es un estado transitorio reactivo a un acontecimiento traumático que implica una amenaza seria para la seguridad o integridad física del sujeto o de sus seres queridos (OMS, 1992). El diagnóstico de la REA se establece fundamentalmente por dos criterios complementarios: la existencia de una relación temporal clara e inmediata entre el impacto del agente estresante y la aparición de los síntomas, que suelen presentarse al cabo de unos pocos minutos e incluso de modo inmediato; y su rápida resolución, que abarca desde unas pocas horas a un máximo de uno o dos días.

En el ámbito militar se ha utilizado tradicionalmente el término reacción de estrés de combate o REC (Stress Reaction Combat, SRC) para describir un conjunto de síntomas que aparecen en sujetos expuestos a situaciones de combate (Bryant, Friedman, Spiegel, Ursano & Strain, 2011) y que han recibido distinto nombre a lo largo de la historia, como neurosis de guerra o agotamiento o fatiga de combate. Sin embargo, en la actualidad dicho término ha sido sustituido por el de reacción de estrés operacional y de combate o REOC (Combat and Operational Stress Reaction, COSR), para incluir no solo a las reacciones de estrés provocadas directamente por la exposición a situaciones de combate, sino también a aquellas otras que aparecen durante el desarrollo de operaciones militares no relacionadas directamente con el combate (estrés operacional) (Isserlin, Zerach & Solomon, 2008).

Una característica esencial de la REOC es su alto poder incapacitante para el servicio, que imposibilita al militar para continuar realizando sus funciones habituales (Bryant et al., 2011). A este



**Figura 1.** Conductas y reacciones de estrés en operaciones militares (Adaptado de USDA, 2006; 2009).

respecto se ha relacionado la gravedad de las reacciones de estrés con la intensidad y el tiempo de exposición a las situaciones de combate. Por el contrario, entre los factores que protegen de la aparición de las REOC se encuentran la adecuada preparación y entrenamiento del personal y sus unidades, un estilo de mando y liderazgo eficaz y una elevada cohesión y espíritu de cuerpo (USDA, 2009).

### La alta prevalencia de los trastornos de estrés en operaciones militares internacionales.

Los trastornos y síndromes de estrés son una de las patologías psicológicas más frecuentes entre las tropas desplegadas en operaciones militares en el exterior, sobre todo en aquellas que participan en misiones de alto riesgo y/o combate. En el caso de las fuerzas armadas estadounidenses desplegadas en Irak y Afganistán, entre el 18 y el 20 % de los militares evacuados desde zona de operaciones en el periodo comprendido entre 2001 y 2015 presentaron un diagnóstico de trastorno de ansiedad o de estrés, incluyendo estrés agudo y postraumático (Peterson et al., 2018; Williams, Stahlman & Oh, 2017). También los trastornos de estrés y ansiedad presentan una alta prevalencia entre las tropas españolas desplegadas en misiones en el exterior (Donoso, 2012; Martínez-Sánchez, 2012; Servicio de Psicología del Ejército del Aire, 2014; Torres, Sánchez, Membrillo y Navarro, 2013). En el ámbito concreto de la misión de ISAF-Afganistán, las principales patolo-

gías psicológicas diagnosticadas fueron los trastornos y reacciones adaptativas, los trastornos de ansiedad y el duelo complicado (Martínez Sánchez, 2012; Servicio de Psicología del Ejército del Aire, 2014). Del mismo modo, los trastornos de estrés constituyeron una de las principales causas de repatriación a territorio nacional entre el personal militar español desplegado en Afganistán (Torres et al., 2013).

### El abordaje psicológico de los trastornos de estrés en operaciones militares.

En contextos operativos y bélicos los trastornos y reacciones de estrés conforman una respuesta psicofisiológica normal a situaciones extremadamente anormales (Deahl, Gilham, Thomas, Searle & Srinivasan, 1994; Solomon & Benbenishty, 1986). Esta respuesta suele tener carácter transitorio, de modo que la mayoría de los militares que la experimenta se recupera poco tiempo después, reincorporándose al servicio sin secuelas. Por tanto, desde un punto de vista terapéutico es recomendable no "medicalizar" o "psiquiatrizar" la intervención con aquellos militares que presentan reacciones de estrés (Escribano, 1998; Pearn, 1999). Por otra parte, la necesidad de que el militar se reincorpore de forma rápida al servicio justifica la aplicación de programas psicoterapéuticos breves. A este respecto, el Departamento de Defensa de los Estados Unidos (USDA, 2006) diseñó un programa de control (forward management) del estrés operacional basado, por un lado, en facilitar al militar estresado un

lugar de reposo y descanso (sanctuary) que le proporcione la necesaria sensación de tranquilidad y seguridad física (Pearn, 1999); y, por otro, la puesta en marcha del denominado modelo de intervención BICEPS, caracterizado por la aplicación de los principios terapéuticos de brevedad, inmediatez, contacto, expectativas de recuperación, proximidad y simplicidad (Figura 2).

Principio terapéutico	Descripción
<b>B</b> Brevedad (Brevity)	La intervención no debe durar más de una semana
<b>I</b> Inmediatez (Immediacy)	Las medidas de control de estrés deben iniciarse tan pronto como aparezcan los primeros síntomas
<b>C</b> Contacto (Contact)	Alentar al militar para que continúe pensando en sí mismo como un combatiente, no como un paciente o enfermo
<b>E</b> Expectativas (Expectancy)	Fomentar en el militar expectativas de una pronta recuperación y reincorporación al servicio
<b>P</b> Proximidad (Proximity)	El militar debe permanecer cerca de su unidad y compañeros
<b>S</b> Simplicidad (Simplicity)	Utilizar métodos terapéuticos sencillos y directos para restablecer el bienestar del militar

Figura 2. Modelo de intervención BICEPS (USDA, 2006; 2009)

## Descripción del caso

### Identificación del paciente y análisis del motivo de consulta

C.B. es un varón militar de 32 años, conductor de un vehículo blindado medio sobre ruedas (BMR) del destacamento español de la Fuerza Internacional de Asistencia a la Seguridad (*International Security Assistance Force*, ISAF) en Afganistán en 2010. Tras varias semanas desplegado en zona de operaciones, es trasladado de noche por sus compañeros al Hospital Militar (ROLE 2E) de la Base "Camp Arena" (Herat, Afganistán) por presentar malestar intenso, con taquicardia, dificultad para respirar, opresión en el pecho y temor intenso a estar sufriendo un ataque al corazón y morir. Atendido por el médico de Urgencias, se le diagnosticó de "crisis de angustia" y se le prescribió alprazolam (*Trankimazin* 0,5 mg.), quedando hospitalizado para observación y posterior evaluación por el Servicio de Psicología.

Ingresó en las Fuerzas Armadas en 2003, siendo ésta su primera participación en operaciones militares en el exterior. Refiere antecedentes de trastorno de ansiedad reactivo a crisis de pareja, cuatro años antes, a consecuencia del cual permaneció 15 días de baja médica, aunque no requirió tratamiento psiquiátrico o psicológico. En el reconocimiento psicológico pre-misión realizado en su unidad resultó apto, mostrando su completa voluntariedad para participar en ella.

### Historia del problema.

Desde los primeros días de su despliegue en Afganistán C.B. manifiesta sintomatología ansiosa, que se agrava cuando le comunican que debe salir fuera del recinto de la base, experimentando entonces síntomas como miedo intenso, dolor de estómago, náuseas y diarrea. Expresa un profundo temor a ser víctima de un atentado mortal y se refiere al BMR como un vehículo poco seguro en el que "el puesto de conductor es el más peligroso". A causa de ello, durante las patrullas en el exterior se muestra tenso, hipervigilante, in-

terpretando como peligrosos todos los avisos y comunicaciones que transmite por radio el jefe de convoy, con taquicardias y sensación de opresión en el pecho.

El día que sufrió la crisis de angustia, el convoy del que formaba parte el blindado que conducía sufrió un incidente cuando un vehículo afgano, que circulaba detrás de ellos, ignoró los avisos para que mantuviera la distancia de seguridad y amagó con sobrepasarles, lo que puso en alerta a todo el convoy. En ese momento se intensificó su sintomatología hasta el regreso a la base, momento en que mejoró ligeramente. Sin embargo, por la noche sufre un empeoramiento de su estado, por lo que es trasladado al ROLE 2.

Refiere que antes de incorporarse a zona de operaciones ignoraba que tendría que realizar determinadas misiones en el exterior de la base y verse sometido por tanto a posibles acciones hostiles de la insurgencia afgana. Reconoce que su estado psicológico es incompatible con la normal realización de sus tareas y misiones, interpretando esto con un fracaso profesional. Como consecuencia de ello presenta sentimientos de autoestima negativa, cuestionando el sentido de la misión y mostrando su arrepentimiento por participar en ella.

## Evaluación del caso

### Instrumentos

Para obtener información fiable sobre su problema se realizó *entrevista semiestructurada*, siguiendo el protocolo de historia clínica del ROLE 2 y que incluye, entre otros, datos de filiación, antecedentes, adaptación a la misión, sintomatología y factores desencadenantes. Los datos obtenidos se complementaron con la información proporcionada por sus mandos directos.

*Cuestionario de Adaptación 6RA* (Unidad de Psicología de la Inspección General de Sanidad de la Defensa, 2007). Evalúa cuatro escalas clínicas (estado de ánimo, estabilidad emocional, contacto con la realidad y aceptación de normas), una escala de sociabilidad y tres escalas de validez. Tiene una fiabilidad  $\alpha$  de 0,85.

*Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene, versión adaptada española (1999). Posee una fiabilidad  $\alpha$  de 0,90 para ansiedad rasgo y 0,94 para ansiedad estado.

*Escala de Síntomas de Estrés Agudo* (Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid, 2004) está compuesta por 22 ítems, cada uno de los cuales evalúa la presencia de un síntoma de estrés agudo. La puntuación a obtener oscila entre 0 y 22, considerándose clínicamente significativa una puntuación igual o superior a 5. Su fiabilidad  $\alpha$  es de 0,93.

### Diagnóstico

Se diagnosticó reacción de estrés agudo, REA (F43.0; CIE-10). La crisis de angustia diagnosticada inicialmente por el Servicio de Urgencias del ROLE 2 se valoró como síntoma de dicha REA.

## Análisis del problema

La característica definitoria de la REA es la presencia de una experiencia traumática que supone una grave amenaza para la seguridad o integridad física o psicológica del sujeto (OMS, 1992). En el presente caso el acontecimiento estresor es el entorno bélico en el que se desarrolla la misión, siendo la principal conducta problema del paciente su incapacidad para realizar las tareas y funciones encomendadas como conductor de BMR y afrontar las exigencias y posibles riesgos que ello implica.



La presencia de antecedentes psicológicos previos, en concreto de trastorno de ansiedad, sugiere cierta vulnerabilidad en el paciente. La vulnerabilidad psicológica juega un papel importante en la aparición y gravedad de las REA (OMS, 1992), relacionándose la presencia de antecedentes psicológicos con la mayor probabilidad de padecer determinados trastornos de estrés (Helzer, Robins & McEvoy, 1987). Otro factor a tener en cuenta es la falta de información realista que manifiesta el paciente acerca de las tareas y funciones a realizar en zona de operaciones y los riesgos que ello implicaba. Esto se tradujo en unas expectativas erróneas y poco adecuadas sobre la misión.

El temor a salir del recinto seguro de la base y sufrir un atentado o ataque talibán constituye la principal manifestación patológica del paciente, tal como indica la ansiedad anticipatoria que padece desde el momento que se le comunica que debe salir de patrulla al exterior. Si bien el riesgo de sufrir un ataque de la insurgencia en Afganistán es real, el sujeto sobrestima la posibilidad de que le ocurra a él. Subyace en este razonamiento la desconfianza hacia la capacidad de protección del vehículo BMR en caso de ataque de la insurgencia afgana. A este respecto, el estresor desencadenante fue un incidente ocurrido durante una patrulla exterior y que el paciente interpretó como de peligro inminente de atentado. Su incapacidad para controlar el miedo y la ansiedad, y las conductas evitativas que manifiesta constituyen conductas especialmente problemáticas en una operación militar como ISAF. Otras conductas problema consecuencia del proceso psicopatológico que padece el paciente son la pérdida de autovalía y autoestima por no ser capaz de realizar su trabajo (sensación de fracaso personal), y la anticipación de las posibles consecuencias negativas que ello le puede acarrear, tanto a nivel profesional como personal, en caso de ser repatriado a territorio nacional.

**Tabla 2**

Objetivos terapéuticos y plan de tratamiento

Objetivo	Técnicas	Sesiones
Comprensión del origen del problema	Psicoeducación	1
Detección y control ideas de irracionales	Reestructuración cognitiva	2 y 3
Gestión de síntomas de ansiedad	Técnicas de desactivación fisiológica	4 y 5
Afrontamiento situación traumática	Exposición en vivo	6 y 7

### Procedimiento terapéutico

La terapia psicológica de elección fue la cognitivo conductual, debido a su eficacia contrastada en el tratamiento de los trastornos de estrés agudo (Bryant, Sackville, Dang, Moulds & Guthrie, 1999). Como medida complementaria, se comunicó al mando de su unidad la incompatibilidad transitoria del estado psicológico del paciente con el correcto desempeño de sus funciones, recomendando la no realización de servicios en el exterior de la Base.

La intervención terapéutica estuvo condicionada por la necesidad de una pronta recuperación y reincorporación del paciente a su puesto, tanto desde un punto de vista personal (normalización de su estado psicológico) como operativo (realización de las tareas encomendadas). Como *objetivo terapéutico* general se planteó la completa reincorporación del paciente a su puesto como conductor, estableciéndose para ello los siguientes objetivos específicos (tabla

2): a) que el paciente comprendiera el origen de su problema; b) detección y control de sus ideas irracionales; c) aprender a gestionar adecuadamente los síntomas de ansiedad; y d) afrontar de manera correcta los principales estímulos estresores en zona de operaciones.

La total disponibilidad de horarios del paciente permitió realizar hasta dos sesiones terapéuticas en un mismo día (mañana y tarde) y que estas sesiones pudieran prorrogarse más allá de la duración habitual hasta los 60-90 minutos, incluyendo las pertinentes pausas de descanso.

En base a los objetivos establecidos, se planteó un plan de tratamiento a desarrollar en seis días, compuesto de siete sesiones de duración variable y que incluyó cuatro componentes:

**Psicoeducación:** se dedicó una sesión de 60 minutos a la explicación del modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984), para que el paciente comprendiera el origen del problema, el concepto de estrés y aprendiera a identificar sus antecedentes, síntomas y consecuentes.

La reestructuración cognitiva se llevó a cabo en dos sesiones de trabajo, con una duración total aproximada de 120 minutos. Se trató de que el paciente afrontara y controlara sus pensamientos negativos y disfuncionales sobre aspectos como el carácter y sentido de la misión, la posibilidad de sufrir un atentado, que este afectara a su vehículo y a él, etc.

Para el entrenamiento en técnicas de desactivación se recurrió a la respiración diafragmática y a la relajación progresiva de Jacobson, entrenando los siguientes grupos musculares: cara-cuello-hombros, brazos-manos, tórax-abdomen y piernas. Ello requirió dos sesiones de trabajo, con una duración total aproximada de 140 minutos.

Finalmente, en dos sesiones realizadas en distintos días y bajo la supervisión de sus mandos, el paciente se expuso a los principales estresores desencadenantes de sus síntomas. En una primera sesión el sujeto condujo durante un periodo de 20 minutos por un área segura; y posteriormente realizó como tripulante de un BMR un trayecto de ida y vuelta a una localidad situada en el exterior de la base.

Como medida complementaria para favorecer su readaptación psicológica, durante el tiempo que duró la intervención al paciente se le asignaron tareas administrativas dentro de su unidad. En estas nuevas circunstancias, su estado psicológico comenzó a mejorar inmediatamente, desapareciendo paulatinamente los síntomas de ansiedad hasta la completa normalización de su estado psicológico al cabo de una semana.

### Resultados

Finalizado el tratamiento psicológico, el paciente solicitó voluntariamente su reincorporación a su puesto de conductor. Para valorar su aptitud para el servicio se realizó una nueva evaluación (postratamiento), diez días después de la evaluación inicial. En la figura 3 se presentan las puntuaciones obtenidas por el sujeto antes y después del tratamiento para el Cuestionario 6RA y el STAI, observándose para la primera prueba una notable reducción de la sintomatología ansiosa. En el caso del STAI, la baja puntuación obtenida por el paciente en la escala ansiedad-rasgo en la fase pretratamiento apuntaba, en principio, a un buen pronóstico para el tratamiento, como así sucedió finalmente y quedó confirmado por la reducción de los valores para la escala de ansiedad-estado. Se constató igualmente una reducción de la puntuación obtenida en la Escala de Síntomas de Estrés Agudo, que pasó de 13 antes del tratamiento a 4 tras éste. En estas condiciones, el paciente se reincorporó a su puesto y completó el resto de la misión con normalidad, sin requerir otro tipo de atención o apoyo psicológico.

La reincorporación del paciente a su puesto implicó la realización de misiones de duración prolongada fuera de la base, lo que

dificultó realizar un seguimiento continuo de su evolución. No obstante, se mantuvo un contacto frecuente con los servicios médicos de su unidad, que informaron en todo momento de la buena evolución del paciente.

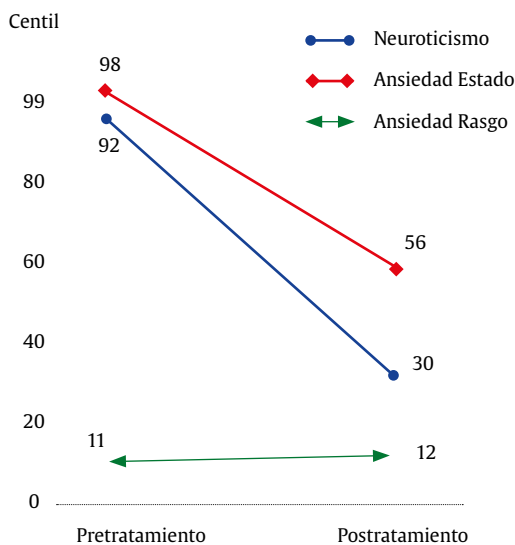


Figura 3. Comparación de puntuaciones pretratamiento-postratamiento.

### Discusión: algunas consideraciones a propósito del caso.

Se ha presentado el caso de un varón de 32 años, militar, diagnosticado de reacción de estrés agudo durante su participación en la misión ISAF de la OTAN en Afganistán. Este trastorno era altamente incapacitante para el sujeto, impidiéndole realizar las tareas propias de su puesto de trabajo en zona de operaciones.

El contexto operativo en el que se desarrolló el caso marcó tanto la etiología y manifestación del problema como la programación y desarrollo de la intervención terapéutica realizada. Las operaciones militares en el exterior constituyen situaciones altamente estresantes, que afectan a menudo a la capacidad de adaptación del militar. Además, en zona de operaciones la necesidad de que el militar mantenga su operatividad y regrese al servicio a la mayor brevedad posible justifica que en el abordaje terapéutico de los trastornos de estrés primen los tratamientos breves. Con ese objetivo de una pronta recuperación se programó y desarrolló un plan terapéutico breve, que combinaba psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en técnicas de desactivación fisiológica y exposición in vivo. Los buenos resultados obtenidos permitieron que el paciente se reincorporara con éxito a su puesto como conductor de BMR apenas diez días después del inicio del tratamiento, apoyando la eficacia de las terapias breves en el tratamiento de los trastornos de estrés en el ámbito de las operaciones militares.

En este caso concurren una serie de factores que adquieren gran significado desde un punto de vista preventivo. En primer lugar, la importancia de la adecuada selección previa del personal a desplegar. La participación en operaciones militares en el exterior exige una adecuada aptitud psicofísica (Ministerio de Defensa de España, 2011), sobre todo cuando dichas operaciones se desarrollan en contextos bélicos, como es el caso de ISAF. En este sentido, la experiencia adquirida en operaciones internacionales muestra que una parte importante de los sujetos que presentan dificultades de adaptación durante la misión ya había manifestado con anterioridad este tipo de comportamientos en territorio nacional (Escribano, 1998; Martínez-Sánchez, 2012). Por

tanto, en los reconocimientos psicológicos previos a la misión (premisión) se debe explorar la presencia de determinados antecedentes personales y psicológicos. Nos referimos, por ejemplo, a personal diagnosticado anteriormente de trastorno psicológico o con antecedentes de baja psicológica (como ocurrió con el sujeto de este estudio), o que presente problemática familiar o conyugal grave. Por otra parte, estos reconocimientos premisión deben ser especialmente minuciosos con el personal perteneciente a determinados colectivos expuestos a altos niveles de estrés, como es el caso de los conductores de vehículos, a causa de la especial peligrosidad de las tareas que desempeñan (Martínez-Sánchez, 2012, 2019).

Durante la fase previa al despliegue se destaca igualmente la importancia de la preparación psicológica del militar, preparación que debe incluir información sobre los mecanismos de acción del estrés, los principales estresores en operaciones, sus síntomas y cómo identificarlos, así como el adiestramiento en técnicas de gestión y control de estrés. Del mismo modo, esta preparación previa al despliegue debe incluir el fomento de expectativas realistas, proporcionando al militar información clara, completa y realista sobre la misión y sus riesgos, las funciones y tareas a realizar. Ello evitaría la presencia de disonancia entre las expectativas previas que presenta el militar sobre la misión y la realidad que se encuentra en zona de operaciones.

Una última medida complementaria en el ámbito preventivo consiste en minimizar la acción y los efectos de aquellos estresores que puedan afectar a la adaptación del militar a la misión. En este sentido, la falta de confianza en la preparación, adiestramiento y material y equipo propio constituye estresor de primer orden en operaciones militares (USDA, 2009). En la exposición del caso señalábamos la falta de confianza que el sujeto expresaba en la seguridad del vehículo que conducía, desconfianza motivada por la ineficacia demostrada por el blindaje del BMR ante atentados de la insurgencia talibán perpetrados con munición perforante, minas anticarro y artefactos explosivos improvisados (*improvised explosive device, IED*). Por tanto, recalamos la importancia de que a nivel institucional e individual se adopten las medidas de protección necesarias para garantizar la seguridad del personal militar en el cumplimiento de las misiones encomendadas.

El presente trabajo presenta las limitaciones propias de los estudios de caso único, en lo referente a la generalización de resultados y al establecimiento de una relación causal entre la intervención psicoterapéutica y la normalización del estado psicológico del paciente. A este respecto, sería necesario realizar futuras investigaciones en las que se pudiera analizar y controlar en qué medida cada una de las técnicas psicológicas utilizadas (psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación y exposición in vivo) han contribuido al éxito terapéutico. Por otro lado, el contexto espacio-temporal en que se desarrollan los hechos impuso determinadas limitaciones y restricciones a la intervención psicológica realizada. La actuación del psicólogo en zona de operaciones está condicionada por múltiples factores impredecibles y, a menudo, insalvables, como las restricciones de espacio físico, o la obligación de atender a las necesidades del servicio y a otras tareas propias del puesto. Otra de las limitaciones impuestas por este contexto al desarrollo del caso fue la relacionada con la imposibilidad de realizar un adecuado seguimiento del paciente. Como hemos señalado anteriormente, la reincorporación del paciente a su puesto de trabajo dificultó mantener un contacto continuo y directo con él.

### Referencias

- Bryant, R.A., Friedman, M.J., Spiegel, D., Ursano, R., & Strain, J. (2011). A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety, 28*(9), 802-817. <https://doi.org/10.1002/da.20737>

- Bryant, R.A., Sackville, T., Dang, S.T., Moulds, M., & Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive-behavior therapy and supportive counseling techniques. *American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1780-1786.
- Connorton, E., Perry, M.J., Hemenway, D., & Miller, M. (2011). Occupational trauma and mental illness - Combat, peacekeeping, or relief work and the national co-morbidity survey replication. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(12), 1360-1363. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e318234e2ec>
- Deahl, M.P., Gilham, A.B., Thomas, J., Searle, M.M., & Srinivasan, M. (1994). Psychological sequelae following the Gulf War. Factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. *British Journal of Psychiatry*, 165(1), 60-65. <https://doi.org/10.1192/bjp.165.1.60>
- Donoso, D. (2012). Intervención psicológica en misiones internacionales en el ámbito del Ejército de Tierra. En D. Donoso (Coord.), *Psicología en las Fuerzas Armadas* (pp. 889-914). Madrid: Ministerio de Defensa.
- Escribano, C. (1998). Apoyo psicológico a las fuerzas desplegadas en Bosnia. *Revista Ejército*, 690, 42-47.
- Helzer, J.E., Robins, L.N., & McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population: Findings of the Epidemiologic Catchment Area survey. *The New England Journal of Medicine*, 317(26), 1630-1634. <https://doi.org/10.1056/NEJM198712243172604>
- Isserlin, L., Zerach, G., & Solomon, Z. (2008). Acute stress responses: A review and synthesis of ASD, ASR, and CSR. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(4), 423-429. <https://doi.org/10.1037/a0014304>
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer.
- Mareth, T.R. & Brooker, A.E. (1985). Combat stress reaction: A concept in evolution. *Military Medicine*, 150, 186-190. <https://doi.org/10.1093/milmed/150.4.186>
- Martínez-Sánchez, J.A. (2012). Análisis descriptivo del personal militar español asistido por el Servicio de Psicología del ROLE 2 de Herat, Afganistán. *Sanidad Militar*, 68(3), 163-167. <http://dx.doi.org/10.4321/S1887-85712012000300006>
- Martínez-Sánchez, J.A. (2019). La Psicología militar española en misiones internacionales. Lecciones aprendidas en Afganistán. *Papeles del Psicólogo*, 40(2), 141-148. <https://doi.org/10.23923/pap.psi-col2019.2891>
- Ministerio de Defensa de España (2011). *Instrucción Técnica N.º 06 de 15.Jul.2011 de la Inspección General de Sanidad de la Defensa, sobre "Requisitos sanitarios exigibles al personal militar que se desplace a zonas de operaciones"*. Madrid.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1992). *CIE-10. Clasificación Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10ª Rev. Ginebra: OMS.
- Pearn, J.H. (1999). The victor as victim: Stress syndromes of operational service. I: Acute stress syndromes. *ADF Health - Journal of the Australian Defence Force Health Service*, 1(1), 30-32.
- Peterson, A.L., Hale, W.J., Bajer, M.T., Cigrang, J.A., Moore, B.A., Straud, C.L., Dukes, S.F., Young-McCaughan, S., Gardner, C.L., Arant-Daigle, D., Pugh, M.J., Christians, I.W., & Mintz, J. (2018). Psychiatric Aeromedical Evacuations of Deployed Active Duty U.S. Military Personnel During Operations Enduring Freedom, Iraqi Freedom, and New Dawn. *Military Medicine*, 183(11-12), e649-e658. <https://doi.org/10.1093/milmed/usy188>
- Raju, M.S.V.K. (2014). Psychological aspects of peacekeeping operations. *Industrial Psychiatry Journal*, 23(2), 149-156.
- Salvador, A. y González-Bono, E. (1995). Trastornos psicofisiológicos asociados al estrés laboral. *Ansiedad y Estrés*, 1(2-3), 157-171.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-157.
- Servicio de Psicología del Ejército del Aire (2014). *Análisis descriptivo del personal asistido por el Servicio de Psicología del ROLE 2 de la FSB de Herat durante los años 2005-2014*. Madrid: Dirección de Sanidad del Ejército del Aire.
- Solomon, Z. & Benbenishty, R. (1986). The role of proximity, immediacy and expectancy in frontline treatment of combat stress reaction among Israelis in the Lebanon war. *American Journal of Psychiatry*, 143(5), 613-617. <https://doi.org/10.1176/ajp.143.5.613>
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1999). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual* (5ª edición). Madrid: TEA Ediciones.
- Torres, J.L., Sánchez, M.J., Membrillo, F.J., y Navarro, M. (2013). Análisis de las repatriaciones por causas médicas en el contingente español de la ISAF durante los años 2009-2012 y de los fallecimientos ocurridos en Afganistán desde el inicio de la misión hasta diciembre de 2012. *Sanidad Militar*, 69(3), 154-163. <http://dx.doi.org/10.4321/S1887-85712013000300002>
- Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid (2004). *Guía de autoayuda psicológica tras los atentados del 11-M*. Disponible en: <https://webs.ucm.es/info/psclinic/guia.pdf>
- Unidad de Psicología de la Inspección General de Sanidad de la Defensa (2007). *Cuestionario de Adaptación 6RA*. Madrid: Ministerio de Defensa.
- United States Department of the Army (2006). *Field Manual No. 4-02-51. Combat and Operational Stress Control*. Washington D.C.
- United States Department of the Army (2009). *Field Manual No. 6-22-51. Combat and Operational Stress Control. Manual for Leaders and Soldiers*. Washington D.C.
- Williams, V.F., Stahlman, S., & Oh, G.T. (2017). Medical evacuations, active and reserve components, U.S. Armed Forces, 2013-2015. *Medical Surveillance Monthly Report*, 24(2), 15-21.

