

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL DE LA PSICOLOGIA MILITAR.

Camilo Enrique Nariño Delgado.

Informe de investigación presentado como requisito para optar al grado en Psicología

Asesor:

Wilson López López

Pontificia Universidad Javeriana.

Facultad de Psicología.

Junio de 2016.

Dedicado a los psicólogos militares y policiales que están comprometidos en impulsar la integración de la comunidad latinoamericana.

Tabla de Contenido

<u>INTRODUCCIÓN.....</u>	<u>6</u>
<u>JUSTIFICACIÓN.....</u>	<u>6</u>
<u>PROBLEMA.....</u>	<u>8</u>
<u>OBJETIVOS.....</u>	<u>8</u>
<u>Objetivo General.....</u>	<u>8</u>
<u>Objetivos Específicos.....</u>	<u>8</u>
<u>FUNDAMENTACIÓN BIBLIOGRÁFICA.....</u>	<u>9</u>
<u>DEFINICIÓN E HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA MILITAR.....</u>	<u>9</u>
<u>Definición de la Psicología Militar.....</u>	<u>9</u>
<u>Historia de la Psicología Militar.....</u>	<u>10</u>
<u>PSICOLOGÍA CLÍNICA MILITAR.....</u>	<u>14</u>
<u>Evaluaciones de aptitud de servicio.....</u>	<u>15</u>
<u>Evaluación de Mando Dirigidas (CDE)(No-Emergentes).....</u>	<u>16</u>
<u>Evaluaciones Emergentes.....</u>	<u>17</u>
<u>Evaluaciones de Idoneidad.....</u>	<u>18</u>
<u>Trastorno de estrés postraumático, depresión u otras secuelas psicológicas del despliegue militar.....</u>	<u>19</u>
<u>Evaluación y manejo del estrés de combate en el campo de batalla.....</u>	<u>23</u>
<u>Evaluación del estrés agudo de combate en el campo de batalla.....</u>	<u>23</u>
<u>Reacción de Estrés Inmediata.....</u>	<u>23</u>
<u>Estrés Inmediato Posterior.....</u>	<u>24</u>
<u>Manejo del estrés de combate en el campo de batalla.....</u>	<u>25</u>
<u>Consumo abusivo de sustancias.....</u>	<u>27</u>
<u>Prevención de riesgos al suicidio.....</u>	<u>29</u>
<u>PSICOLOGÍA OPERACIONAL.....</u>	<u>30</u>
<u>Contrainteligencia y Contraterrorismo.....</u>	<u>31</u>
<u>Operaciones psicológicas (PsyOps).....</u>	<u>33</u>
<u>Supervivencia, evasión, resistencia y escape (SERE).....</u>	<u>36</u>
<u>El psicólogo SERE (Supervivencia, Resistencia, Evasión y Escape).....</u>	<u>37</u>
<u>Los Roles del Psicólogo.....</u>	<u>38</u>
<u>Evaluador.....</u>	<u>38</u>
<u>Observador de Seguridad.....</u>	<u>39</u>
<u>Educador.....</u>	<u>40</u>
<u>Repatriador.....</u>	<u>40</u>
<u>Selección de personal de unidades especiales.....</u>	<u>41</u>
<u>Permisos de Seguridad.....</u>	<u>43</u>
<u>El impacto psicológico de los equipos de protección.....</u>	<u>43</u>
<u>MÉTODO.....</u>	<u>46</u>
<u>DISCUSIÓN.....</u>	<u>47</u>
<u>Competencia Disciplinar.....</u>	<u>51</u>
<u>Indicadores.....</u>	<u>52</u>
<u>Competencias Interdisciplinarias.....</u>	<u>53</u>
<u>Indicadores.....</u>	<u>53</u>
<u>Definición Propuesta.....</u>	<u>54</u>

<u>CONCLUSIÓN.....</u>	<u>55</u>
<u>REFERENCIAS.....</u>	<u>59</u>

Resumen

Este trabajo es una aproximación conceptual acerca de la psicología militar, para que un lector que desconozca del tema, pueda orientarse y construir un panorama claro y adecuado sobre ésta. A través de una revisión bibliográfica reciente se presenta la evolución de lo que ha sido la historia de la psicología militar, y las áreas de aplicación que actualmente tiene la psicología clínica militar y la psicología operacional. Acto seguido, se proponen los roles de esta psicología, las competencias disciplinares e interdisciplinares necesarias de un psicólogo en un ámbito militar, utilizando para éstas últimas las competencias del psicólogo jurídico sugeridas por el Colegio Colombiano de Psicología (COLPSIC), y tercero, se produce y sugiere una definición propia de la psicología militar. Se finaliza con siete componentes principales. Entre éstas se encuentran sugerencias como el trabajo en conjunto con el COLPSIC y las Fuerzas Militares para determinar la legalidad, la legitimidad y las limitaciones contextuales presentes. El interés fundamental de este trabajo es responder los vacíos conceptuales sobre esta temática en el contexto colombiano y dar a conocer un conocimiento que actualmente es desconocido en el campo de la academia del país.

Palabras Claves: Psicología Militar, Psicología clínica militar, Psicología Operacional, Competencias disciplinares e interdisciplinares, Fuerzas Militares.

Abstract

This work is a conceptual approach on military psychology, so that both a reader who knows or is unaware of the subject, can point himself and build a clear and consistent state of the theme. Through a recent review of literature, it is presented the development of what has been the history of military psychology, and those areas of application that currently has the military clinical psychology and the operational psychology. Afterwards, it is proposed the roles of this psychology, the disciplinary and interdisciplinary skills required for a psychologist in a military field, using for the latter ones, the skills for a legal psychologist suggested by the Colombian College of Psychology (COLPSYC), and third, it is produced and suggested its own definition of military psychology. It ends with seven major components. Among these it can be found suggestions of partnership with the COLPSIC and the Armed Forces to determine the legality, the legitimacy and the contextual constraints that are present. The main focus of this work is to answer the conceptual gaps relating this subject in the Colombian context and publicize knowledge that is currently unknown in the academic field of the country.

Key Words: Military psychology, Clinical Military Psychology, Operational Psychology, Disciplinary and interdisciplinary skills, Armed Forces.

Introducción

De antemano, considero que es importante para la persona interesada en realizar una lectura detallada sobre este trabajo de grado, entender las limitaciones lingüísticas que se pueden encontrar en este documento (ej. la misma estructura del escrito); consecuencia de la necesidad de realizar repetidamente traducciones libres. Por ende, si se llega a encontrar algún malentendido, probablemente habrá sido debido a un problema de traducción y no por una intencionalidad de cambio a un concepto central. También, el lector tendrá que conocer que en cada apartado temático habrá unos autores base, de los cuales se sustenta la mayoría de la información y que será nombrado al comienzo en su respectivo título.

En el siglo XX, la psicología se ha integrado con otras disciplinas como lo es el derecho, la administración de empresas, el deporte, la salud, entre otros. Disciplinas importantes que le han permitido obtener técnicas y espacios de reflexión positivos para así tener un mejor desempeño en los procesos estatales (ej. La psicología forense y la jurídica); resultados que, hoy en día constituyen la sociedad moderna y determinan la calidad de vida de una población.

Sin embargo, en Colombia la relación de la psicología con las ciencias militares no ha sido reconocida adecuadamente y menos caracterizada. Es decir, el estudio de los fenómenos psicológicos con las variables que determinan los escenarios de guerra o de un conflicto armado.

Por esta razón, el siguiente escrito busca realizar una revisión del conocimiento de la psicología en el ámbito militar del contexto estadounidense, que directa o indirectamente impulse la integración del ejercicio militar con la psicología. En segunda instancia, se considera buscar obtener pronta respuesta y aceptación por parte del Colegio Colombiano de Psicología respecto a este conocimiento, estando apoyado de psicólogos militares para lograr una formalización mediante un sustento bibliográfico reciente.

Justificación

Las Fuerzas Militares son una población importante en la estructura de una sociedad. En el caso colombiano, “tendrán como finalidad primordial la defensa de la soberanía, independencia, la integridad del territorio nacional y el orden constitucional” (Senado, 2016). Por esta razón, se considera oportuno realizar una revisión bibliográfica reciente que complemente y contribuya el conocimiento existente, la funcionalidad del psicólogo dentro del ámbito militar y se solidifique la responsabilidad social que por ley se les insta a las Fuerzas Militares.

Así mismo, al revisar este conocimiento será explorar los roles que un tipo de psicología tiene y puede aplicar en un contexto particular. El qué y cómo se trabajan, y las situaciones en que se utilizan, es contribuir en aportes teóricos y metodológicos para lograr una adecuada distinción dentro de las ramas de la psicología existentes. Haciendo de esto la relevancia disciplinar, al buscar definir y orientar temáticas internacionales aún no tratadas en Colombia.

Por otro lado, se considera que esta temática no ha sido tratada debido a que en la búsqueda realizada se encontró una ausencia de publicaciones en las bases de datos nacionales e internacionales que sustenten o demuestren alguna aplicación en Colombia o intente caracterizar el conocimiento.

Respecto a la metodología exploratoria, ésta se sustenta en su propósito, cuando “el objeto de estudio es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes” (Baptista, Fernández & Hernández, 2010, p.79). En este caso, un tema con pocos o nulos precedentes temáticos en Colombia, y del cual es necesario iniciar una exploración.

El valor de esta primera aproximación investigativa, será entonces “una ayuda a familiarizarse con fenómenos desconocidos, obtener información para realizar una investigación más completa de un contexto particular, investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisoras, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones y postulados” (Baptista et al., 2010, p.79). Consecuencia que podrá promover diversos estudios, en pro a la optimización de los roles, funciones y desempeño de estos profesionales en las Fuerzas Militares de Colombia.

Por lo tanto, contribuir con una revisión actual sobre la temática, ayudará a los psicólogos militares en expandir las perspectivas de su trabajo, frente a las funciones y roles que actualmente puedan estar desarrollando, y posiblemente generando nuevos estudios exploratorios, descriptivos, correlacionales o explicativos, dentro o fuera de la institución, como los alcances y limitaciones de su trabajo más aun por las implicaciones éticas de su trabajo y a la comunidad académica a conocer el trabajo del psicólogo en este ámbito.

Por último, la misión que la Pontificia Universidad Javeriana impone a todos sus estudiantes, en contribuir a la solución y mejora de las problemáticas de la Nación. Esta revisión contribuye a una de las problemáticas que la universidad ha contemplado en Colombia desde el año de 1992:

- **“La inadecuación e ineficiencia de sus principales instituciones” (PUJ, 2015).**

Problema

Los psicólogos militares en Colombia son una población que requiere de muchas competencias profesionales para guiar su labor de manera eficiente y eficaz en un contexto de guerra o paz. Con base a lo anterior, es pertinente llevar a cabo una actualización con la bibliografía más reciente sobre la psicología militar. Sin embargo, en las Fuerzas Militares y el Colegio Colombiano de Psicólogos, no existe una caracterización que aclare el campo de trabajo de la psicología en el ámbito militar y este sustentada con literatura actualizada. Por ende, dificulta el proceso de actualización de las temáticas y el perfil del psicólogo en la institución, dejando atrás a las Fuerzas Militares en procesos clínicos u operacionales que pueden llegar a mejorar la estructura de la institución.

Objetivos

Objetivo General

Realizar una aproximación conceptual al campo de la psicología en el ámbito militar.

Objetivos Específicos

- Identificar los roles que un psicólogo militar tiene y puede cumplir dentro del ámbito militar.
- Proponer cuáles competencias son necesarias para que un psicólogo pueda desempeñarse en un ámbito militar y pueda cumplir con las responsabilidades de su labor clínica u operacional.
- Proponer una definición propia de la psicología militar.

DEFINICIÓN E HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA MILITAR

En cada institución militar, la regulación es muy importante para hacer garante que cada individuo cumpla con todos los estándares de calidad, y pueda ejercer su trabajo de una manera eficiente y eficaz. Entonces, el psicólogo militar al estar encargado de esta labor, tiene que tener un amplio conocimiento sobre los roles y las competencias necesarias para ser funcional en su contexto. Más aún si su trabajo puede ser utilizado “como una herramienta

fundamental de direccionamiento estratégico de la Fuerza, en lo que respecta al mantenimiento de efectivos en condiciones psicológicas favorables para el cumplimiento de la misión” (Dirección de Sanidad Ejército Nacional, 2013). Asimismo, la importancia y la responsabilidad de las decisiones de este profesional, afecta directamente a individuos, familias y la eficacia de unidades militares completas (Budd & Kennedy, 2006), convirtiendo al psicólogo en una figura administrativa importante.

Definición Psicología Militar

Entonces, conocer la definición de esta temática y su respectiva evolución histórica, permitirá al lector a tener una mejor guía y perspectiva del desarrollo continuo de esta psicología. De acuerdo con la APA (2015a) la psicología militar está compuesta de un microcosmos de disciplinas y especialidades de psicología. Así mismo, menciona que:

Los psicólogos militares no pueden ser definidos por un conjunto común de técnicas (como es la psicología experimental) ni por un conjunto común de problemas (como es la psicología del desarrollo), sino más bien por la zona o el contexto de aplicación, los militares. (APA, 2015a)

También, menciona que este tipo de psicólogos pueden ser definidos como:

- 1) Un científico quien utiliza los principios psicológicos para estudiar los ambientes de defensa nacional y militar.
- 2) Profesionales que aplican los principios psicológicos a la solución de problemas de interés para las agencias militares y de defensa.
- 3) Maestros que forman a individuos en la ciencia y la práctica de la psicología, aplicada al ambiente militar (APA, 2015a).

Complementando lo anterior, hay que entender que la psicología militar, aunque tiene una amplia trayectoria histórica, ésta no siempre ha sido fluida o abundante, ni propiamente reconocida. Por esto, se presentará una breve contextualización y progreso de la historia de esta rama de la psicología en diversas épocas específicas estadounidenses.

Historia Psicología Militar. (Hacker, Kennedy y McNeil)

La psicología militar se ha desarrollado directa e indirectamente a causa de los conflictos nacionales e internacionales de la humanidad en los últimos tres siglos. En especial, su proceso de formalización se sitúa en los escenarios de guerra, donde se muestra una evolución significativa entre cada período histórico.

Inicialmente a manera de contextualización frente a los ámbitos tácticos y operacionales hay que dirigirse a lo sucedido en la revolución americana (1775 – 1783). Ahí, la primera campaña psicológica identificada fue una estrategia de propaganda, dirigida a desmoralizar al enemigo, abandonar el cargo y buscar que este se uniese a la resistencia (Hacker, Kennedy y McNeil (2012). Según estos autores quienes estudiaron lo artículos de Walters en 1968 y Johnson en 1997, los panfletos cambiaban según la zona, en el primero “*tres peniques al mes, cerdo podrido y salado, ruina, esclavitud, mendicidad y más*” en Bunker Hill y en el segundo “*una multitud de cobardes, indisciplinados, bebedores de whisky, y en su mayoría renegados descuidados*”.

En cambio, al indagar sobre los primeros conceptos clínicos que la psicología pudo obtener dentro del ámbito militar, la historia se remonta en la Guerra Civil, donde varios conceptos y documentaciones fueron evidenciadas tales como: “El concepto de nostalgia fue descrito por primera vez y los conceptos psicológicos como el dolor de miembros fantasma, manía crónica, alcoholismo, comportamientos suicidas e insolación, fueron descritos por doctores militares” (Hacker, Kennedy & McNeil, 2012, p.2). Igualmente, según los autores, en esta época se muestra la primer documentación experimental que buscó identificar los problemas relacionados al combate: dentro del consumo o el uso de sustancias se encontraron, “abuso y adicción al alcohol, hidrato de cloral, cocaína, morfina, y opio, también la abstinencia al consumo” (Dean, 1997; Watanabe, Harig, Rock, & Koshes, 1994, citados en Hacker et al., 2012, p.3).

A pesar de los hechos observados en las anteriores guerras, la adaptación de la psicología al ambiente militar comenzó formalmente durante el conflicto de la Primera Guerra Mundial. En este período y revisando lo propuesto por los autores, se logran identificar 3 eventos importantes de la época:

1. La convocatoria de psicólogos. “En Abril de 1917, el director de la Asociación Americana de Psicología (APA) Robert Yerkes, convocó a un grupo de psicólogos, incluyendo a James McKeen Cattell, G. Stanley Hall, Edward L. Thorndike, y John B. Watson, con el objetivo de determinar, cómo la psicología podía ayudar en los esfuerzos de la guerra” (Kennedy et al., 2012).
2. La construcción y aplicación de pruebas.

La elaboración y aplicación de las pruebas de inteligencia Alfa (dirigido a personal alfabetizado en el inglés) y Beta (Dirigido a aquellos que no eran alfabetizados en el inglés o fallaban la prueba alfa) del ejército,

que fueron administradas a 1,750,000 hombres. (Keveles, 1968, citado en Hacker et al., 2012, p.5)

3. Las respuestas psicológicas a determinadas amenazas naturales. En este período se marcó uno de los primeros usos organizados de la guerra química: gas mostaza (Harris, 2005 citado en Hacker et al. 2012). Eventos que según los autores dieron a observaciones sobre la “Histeria de Gas”, y el reconocimiento de respuestas psicológicas a amenazas de esta naturaleza.

Continuando, los avances y las contribuciones de la Primera Guerra Mundial ayudaron a que la psicología militar se desarrollara y concretara a finales de la Segunda Guerra Mundial. Logrando obtener de manera decisiva una división dedicada al estudio de la psicología en el ambiente militar, la cual en la actualidad sigue vigente:

Entre 1944 y 1946, la APA entró en una reorganización cuando se juntó con la Asociación Americana para la Psicología Aplicada (AAAP), las 5 secciones de ésta, se convierten en divisiones, siendo una de éstas, la División 19, División de la Psicología Militar. (Gade & Drucker, 2000, citado en Hacker et al., 2012, p.7).

Otro desarrollo que los autores de la época consideran evidente, fue la continuación y mejora de las pruebas psicológicas para las Fuerzas Militares: “En los años 40, aparece el Test de Clasificación General del Ejército (AGCT), con el fin de medir la aptitud de los reclutas y seleccionar los hombres para cursos especiales” (Zeidner & Drucker, 1988, citado en Hacker et al., 2012, p.8). Algo que fue considerado muy importante de esta prueba en su época, fue su validez debido a la cantidad de personas a las que fue aplicada.

El AGCT, fue aplicado a más de 12 millones de hombres con propósitos de clasificación; y fue valorado por encima de los formatos de test de inteligencia, debido a una minimización en la habilidad verbal, la influencia de una educación formal, su énfasis en lo espacial y razonamiento cuantitativo, además de su eficiencia administrativa. (Harrelll, 1992, citado en Hacker et al., 2012, p.8).

Ahora bien, después de la adaptación de la psicología en un ambiente militar y su establecimiento dentro de la APA a finales de la Segunda Guerra Mundial, el trabajo del psicólogo en este ambiente entró en consideración, generando nuevas perspectivas y lugares de trabajo. Se puede decir que por las atrocidades experimentadas durante la Guerra de Corea, los nuevos lugares contemplados entraron activos, “los psicólogos sirvieron en nuevas posiciones: servicio en el exterior, zonas de combate, y buques hospitalarios” (McGuire, 1990, citado en Hacker et al., 2012, p.13), intentado estabilizar la salud mental de los uniformados y obtener una atención inmediata en el campo de batalla. Según lo encontrado

por los autores “entre un 80% a 90% de **la fatiga de combate**, mostró un efecto positivo haciendo que los miembros de servicio retornaran a sus respectivas obligaciones” (McGuire 1990, citado en Hacker et al., 2012, p.13).

Sin embargo, a pesar de la inmediatez de la atención psicológica y el efecto positivo en la salud mental de los uniformados, la atención brindada nunca fue suficiente; durante este período se mostró que: “Las tropas estadounidenses fueron expuestas a marchas forzosas, malnutriciones severas, tratos inhumanos, y una continuada propaganda y reeducación sobre el comunismo” (Ritchie, 2002, citado en Hacker et al., 2012, p.13). Este hecho causó que fuese necesario una reestructuración en las escuelas de supervivencia y los programas de formación establecidos de la época:

Los prisioneros de guerra repatriados del conflicto coreano, se acreditan por ser el comienzo del modelo de formación de supervivencia, evasión, resistencia y escape (SERE), impartida actualmente a los miembros del servicio, cuyas funciones les colocó en alto riesgo de ser capturados por el enemigo (ej. las fuerzas especiales, personal de aviación, etc.). (Hacker et al., 2012, p.13).

Igualmente, la Guerra de Vietnam rectificó las necesidades de tener profesionales de la salud mental en el campo de batalla y lograr una adecuada intervención; el inicio de la terminología del **estrés de combate** comenzó a ser utilizado (Kennedy et al., 2012). Los logros en este período por parte de los psicólogos se observan cuando se comparan las urgencias psiquiátricas entre las últimas dos guerras previas a ésta “los niveles de urgencias o bajas psiquiátricas con las segunda guerra mundial, (28-101 por cada 1000 tropas al año), y Corea (37 por cada 1000 tropas al año), Vietnam exhibió tasas muy bajas, 10-12 por cada 1000 tropas al año” (Allerton, 1969, citado en Hacker et al., 2012, p.14).

Seguidamente, en la Guerra del Golfo, a pesar del apoyo del psicólogo en disminuir la fatiga de combate y el estrés de combate, el personal militar fue expuesto a múltiples estresores de combate: “mayor cantidad de fuerzas enemigas, el posible uso de armas químicas o biológicas, desafíos ambientales (ej. exposiciones a desiertos, tormentas de arena), vida letal animal, oportunidades de higiene inadecuadas o insuficientes, y una cultura que no aceptaba los valores estadounidenses” (Martin, Sparacino, & Belenky, 1996, citado en Hacker et al., 2012, p.16). Posiblemente, consecuencia de todos estos estresores aparece el Síndrome o enfermedad de la Guerra del Golfo.

Respecto a su sintomatología, el doctor Stephen Hauser, presidente del departamento de neurología en la universidad de San Francisco, California, identificó en una muestra relevante de 400 veteranos, que:

padecían de enfermedades psiquiátricas como desórdenes de ansiedad, depresión, y abusos de sustancias, particularmente un abuso de alcohol, que por lo general tenían un período de 10 años de duración; de la misma manera, identificó, estrés postraumático y en particular enfermedades multisomáticas como: fatiga crónica, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales como el síndrome de colon irritable; y, teniendo relación, pero con limitada evidencia para asociarlas, las dificultades sexuales, y la mortalidad por causas externas o accidentes de tránsito a los pocos años después de su despliegue. (Hauser, 2009).

Por lo anterior, en la actualidad es importante entender mejor el estrés de combate en el contexto de la guerra moderna y las diferentes variables que pueden acarrear los nuevos desarrollos tecnológicos en el impacto psicológico de cada individuo. Un avance importante ha sido la expansión de los roles del psicólogo:

A comienzos de Octubre de 2001, los psicólogos fueron desplegados a bases principales y delanteras para apoyar la Operación Libertad Duradera (OEF) desde ahí, los psicólogos han servido en bases delanteras de fuego, proporcionando apoyo en expediciones de soldados o infantes de marina, y asesorando a los comandantes en la OEF y la Operación Libertad para Irak (OIF). (Hacker et al., 2012, p.18).

Igualmente, los psicólogos han obtenido cargos y lugares de trabajo diferentes, por ejemplo, ser una compañía permanente en los portaaviones desde 1998. (Hacker et al., 2012).

Por último, en los hechos más recientes, el 7 de Agosto de 2015, el consejo de la APA prohibió la participación de los psicólogos en Interrogaciones de Seguridad Nacional. Sin embargo, la nueva política permite la participación del psicólogo como consultor en interrogatorios humanos. La prohibición no se aplica a los interrogatorios policiales nacionales o ajustes de detención nacionales donde los detenidos se encuentran bajo la protección de la Constitución de los Estados Unidos (APA, 2015b).

Actualmente, en el caso de los Estados Unidos de América, los psicólogos militares se desempeñan en dos principales áreas, la Clínica y la Operacional, cada una manteniendo roles diferentes. En sus funciones clínicas se encuentran: la evaluación y el tratamiento de reclutas, el servicio clínico a personal militar y sus familiares, el trato a civiles en países o localidades hostiles, personal de misiones humanitarias en localizaciones de conflictos armados e inclusive el trato del enemigo es considerado (Budd & Kennedy, 2006).

Así mismo, dentro de las funciones operacionales se encuentran:

Identificar las capacidades, personalidades e intenciones del enemigo, facilitar y apoyar las operaciones de inteligencia, diseñar e implementar programas de evaluación y selección en apoyo de las poblaciones especiales y misiones de alto riesgo, y proporcionar un nivel operacional enfocado en el apoyo de la salud mental. (Banks, Picano, Roland & Williams, 2006, p. 194).

PSICOLOGÍA CLÍNICA MILITAR

Desde la Psicología Clínica Militar, se ha indagado sobre los efectos que la guerra ha tenido en los excombatientes; se ha demostrado que existen problemas mentales con los veteranos de conflictos recientes, y ejemplo claro es la encuesta de Hughes (1991), ésta mostró todavía que “aquellos veteranos de la guerra de las Malvinas que participaron en la encuesta, después de 5 años, el 50% presentaban síntomas de estrés postraumático y el 22% cumplían el criterio de algún desorden” (Hughes, 1991 citado en Hughes, Liebling & McCauley, 2008, p.8). Igualmente, estos autores señalan que:

Durante la Guerra de Irak, las tropas de la reserva británica que fueron desplegadas en el 2003 tenían el doble de probabilidad de sufrir algún síntoma que podía evidenciar un problema psicológico (ej. depresión o ansiedad) que aquellos que no fueron desplegados (Hughes, et al., 2008, p.9).

Por esto, en Colombia se destaca la importancia del trabajo de la Dirección de Sanidad Militar, el cual “está encargado de trabajar en todas las áreas de prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación en la institución” (Dirección de Sanidad, 2014), dando así cobertura a los miembros activos y veteranos del conflicto en todas las áreas necesarias al momento de buscar un beneficio en su salud mental.

Para poder garantizar cobertura en esta población específica, se deben conocer los roles de la psicología clínica militar, ya que orientará mejor el trabajo del profesional. Sin embargo, para identificarlos en un contexto colombiano, primero hay que dar cuenta de aquellos ya existentes en un contexto internacional, y lograr una adecuada discriminación; en el caso estadounidense se encuentran los siguientes roles: conducir evaluaciones de aptitud al servicio, estudiar el trastorno de estrés postraumático y otras secuelas psicológicas, la evaluación y el manejo del estrés de combate agudo y realizar valoración de riesgos de suicidio y el consumo abusivo de sustancias.

Evaluaciones de aptitud al servicio. (Keener y Monahan)

En primer lugar, en la terminología del Departamento de Defensa de los Estados Unidos, la aptitud al servicio se define como “la habilidad del individuo para desempeñar las obligaciones de su oficina, grado, rango o clasificación” (Keener & Monahan, 2012, p.25). Según estos autores, los encargados de evaluar estas habilidades son los psicólogos, quienes darán cuenta si el individuo es apto para desempeñarse en el total de sus obligaciones o requiere de una revisión más exhaustiva, involucrando la Junta de Evaluación Médica y la Junta de Evaluación Física.

Para una revisión formal, los autores sugieren identificar la historia clínica, la información colateral, los registros médicos y de servicio, donde en los últimos dos registros se da cuenta de “los entrenamientos recibidos, su desempeño en sus obligaciones, su historia académica, su historia militar condecoratoria, la calificación de la Batería de los Servicios Armados para la Aptitud Vocacional (ASVAB) y los memorandos o problemas disciplinarios” (Keener & Monahan, 2012, p.26).

Continuando, para obtener la idoneidad de la evaluación para el servicio, conocer los motivos de evaluación (autorreferencial, referido 141 de otros proveedores de salud o referido por el comando), es determinante para analizar la situación y guiar el uso adecuado de la respectiva evaluación: emergente, o directa de comando (CDE). También, es importante tener en consideración que, probablemente cuando un miembro activo acude a un psicólogo, su nivel de funcionalidad y calidad de vida se encuentre alterado. Por ende, determinar el grado de afectación y su aptitud con sus obligaciones militares es fundamental (Keener & Monahan, 2012).

En caso que el militar no se encuentre apto, el psicólogo encargado deberá de establecer un tiempo razonable para que éste pueda retomar sus obligaciones militares en su normalidad. Para esto, regularmente se establece un período entre 6 a 12 meses (Keener & Monahan, 2012).

Evaluaciones de Mando Dirigidas (CDE) (no - emergentes).

Este tipo de evaluaciones se caracterizan por realizarse cuando no se presenta una urgencia o alguna inmediatez, “el comandante (CO) encargado observa preocupación sobre el estado emocional y posteriormente la aptitud al servicio de uno de sus subalternos” (Keener &

Monahan, 2012, p.31). Para esto, los autores, generan la siguiente lista que contienen los pasos a ser considerados al realizar una CDE:

- 1) El CO debe consultar un proveedor de salud mental para discutir las acciones y comportamientos del subalterno. El profesional, dará guía y recomendaciones sobre la necesidad de realizar una evaluación, o si tiene que ser aplicada como una rutina o bajo un criterio de emergencia.
- 2) El CO debe proveer una letra escrita dos días hábiles laborales a la fecha de la evaluación. La letra debe incluir una breve descripción de los hechos y los comportamientos o las comunicaciones que le llevaron a referir al subalterno. El evaluado se le dará a saber cuándo tendrá la evaluación, y quién y qué rango tiene la persona que la va a aplicar. Adicional a esto, se le brindará los títulos y teléfonos de las autoridades necesarias: abogados, fiscales, capellanes, todo aquel que pueda proveer al evaluado una ayuda en caso que este éste cuestione la referencia, el nombre o la firma del CO.
- 3) El militar debe ser informado por escrito de las razones de su evaluación y los derechos que tiene, éste debe firmar la letra. En caso de rehusarse a firmar, el CO debe documentar en la letra su negación a firmar; rehusarse a firmar no detiene el proceso de evaluación.
- 4) Una copia de la letra firmada debe de ser entregada al evaluado y otra al profesional encargado de conducir la evaluación
- 5) El profesional debe asegurarse de seguir todos los procedimientos acordes y seguidos por el Departamento de Defensa. Éste revisará las cartas, y de no ser claro, podrá contactar al CO y aclarar preguntas, si la directriz sigue en cuestión, se podrá discutir con la respectiva cadena de mando del proveedor.
- 6) El profesional encargado se reúne con el evaluado, y previo su inicio, éste le dará a saber su razón de estar ahí, las posibles consecuencias de la evaluación, y dar a saber que la información proporcionada durante la evaluación no será confidencial. Si el proveedor ha estado proporcionando un proceso terapéutico, el potencial conflicto de deberes, deberá hablarse con el paciente. Después de la evaluación, se le proporciona una letra al CO con los resultados encontrados.

Complementando con otros psicólogos, Frank Budd y Harvey Sally (2006), generan otra lista de evaluación que pretende dar cuenta del sentido orientativo de las CDE, las cuales deberán responder seis preguntas en específico:

- 1) ¿Hay alguna condición mental que pueda estar contribuyendo a la dificultad actual?
- 2) ¿Con el debido tratamiento, el individuo podrá reincorporarse a la totalidad de sus obligaciones?
- 3) ¿Puede el individuo portar un arma en este mismo momento?
- 4) ¿Es conveniente que el individuo tenga acceso a información clasificada?
- 5) ¿Esta el individuo calificado para un despliegue internacional?
- 6) ¿Es apropiado para el individuo continuar en el servicio activo?

Evaluaciones emergentes.

Se caracterizan por estar dirigidas a individuos que se presume ser de inminente o potencial riesgo para ellos mismos u otros miembros activos, se considera que este tipo de personas pueden presentar algún tipo de problema como una incapacidad de tomar decisiones racionales, de diferenciar entre la realidad y la fantasía, o tener un juicio comprometido (Keener & Monahan, 2012). Siendo así una herramienta útil para descartar algún problema psicopatológico perceptivo, de consciencia, entre otros., y disminuir algún tipo de factor de riesgo. El proceso a seguir sería 1) emitir una orden de protección militar, firmada por un comandante, 2) realizar una sesión individual en menos de 24 horas y valorar si es necesario una hospitalización por psiquiatría. 3) Realizar una segunda sesión después de haber transcurrido 72 horas desde la hora de admisión, con el objetivo de observar la evolución de la sintomatología; en esta última sesión se determinará si se finaliza la hospitalización involuntaria (Budd & Harvey, 2006).

Evaluaciones de idoneidad.

Se caracteriza por ser una evaluación que determina si una persona es idónea o no para su trabajo en su praxis profesional, o se encuentra impedido por algún problema psicológico.

Las separaciones laborales por salud mental en los militares y el no ser idóneos para su trabajo, se da regularmente por desórdenes en la personalidad. Para que un miembro sea declarado no-idóneo, su desorden de la personalidad debe afectar su habilidad para desempeñarse en sus obligaciones asignadas y su trabajo. (Keener & Monahan, 2012, p.33).

Sin embargo, cabe aclarar que:

Antes de que un miembro sea declarado no-idóneo por su condición de personalidad, debe de ser informado sobre su condición de mando y haber hecho los esfuerzos pertinentes para corregirlo; si el miembro ha demostrado un patrón por mala praxis profesional que pueda ir en contra del Código de Justicia Militar, una desvinculación por mala praxis profesional debe ser solicitada en lugar de una por mal comportamiento asociado a un desorden de personalidad” (Keener & Monahan, 2012, p.33). Seguido, los autores recomiendan que al encontrarse un sujeto impedido o no ser idóneo en su trabajo un acuerdo para vincularlo a un cargo administrativo es recomendado.

Por último, la siguiente lista propuesta por los autores contiene los siguientes desórdenes mentales que se consideran poder llevar a una desvinculación a un cargo administrativo:

- Un desorden no complicado con el consumo de alcohol u otras sustancias.
- Un desorden de la personalidad, al menos que éste haya sido diagnosticado con TEPT o una lesión grave cerebral.
- Dislexia y otros problemas de aprendizaje.
- Fobia al aire, mar, submarinos u otros medios de transporte.
- Funcionamiento intelectual límite o demora mental.
- Desorden de adaptabilidad, al menos que éste haya sido diagnosticado con TEPT o una lesión grave cerebral.
- Problemas de control de impulsos.
- Parafílias Sexuales.
- Sonambulismo.
- Incapacidad por miedo a volar.

Trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión u otras secuelas psicológicas del despliegue militar. (Reger y Skopp)

Para las Operaciones Libertad Duradera (OEF) y Libertad para Irak (OIF) los Estados Unidos desplegaron en un comienzo 540,000 tropas (History Channel, 2016), siendo un total de más de dos millones de militares (Reger & Skopp, 2012). Considerando lo anterior, estos despliegues serán un incremento del riesgo a ser expuestos al combate y los múltiples estresores que lo acompañan; consecuencia que según los autores repercutirá en un aumento del número de problemas de salud mental en los militares desplegados.

Ahora, a pesar de la cantidad de secuelas psicológicas o problemas de salud mental que un militar puede manifestar dentro y fuera del campo de batalla, usualmente las más reconocidas

son “el TEPT, la depresión y el abuso de sustancias” (Reger & Skopp, 2012). Sin embargo, otros de los conflictos más notorios después del despliegue se asocian con la vida en familia, las relaciones y los desafíos psicosociales durante el período de transición, incluyendo el trabajo y la relación con los demás (Reger & Skopp, 2012). Aun así los autores consideran que el personal militar tiende a ajustarse adecuadamente en esta transición, sean nuevas misiones, estaciones o roles en un ambiente civil.

No obstante, antes de entender las problemáticas que pueden suceder a causa de un despliegue, conocer los tipos de estresores que pueden presentarse durante éste, ayudará en tener una mejor comprensión de las consecuencias posteriores. Reger y Skopp (2012) identifican 4 categorías que afectan al militar en su zona operativa:

- 1) *Estresores ambientales*: incluyen las condiciones de temperatura (terreno) o climáticas presentes (ej. Exceso de calor o frío, tormentas de arena, una precipitación extendida, y un terreno inusual o de difícil acceso).
- 2) *Estresores fisiológicos*: Ejemplos son: La constante necesidad por mantener altos niveles de desempeño eficiente con una privación de sueño significativa, o mantener una nutrición e hidratación adecuada en ambientes severos (calores agudos y tiempos operacionales altos).
- 3) *Estresores emocionales*: Aparecen cuando se presentan problemas de relación y preocupaciones en el hogar (ej. financieras, ansiedades por la fidelidad del compañero, y angustias por la salud de la familia y la crianza de los niños). Por otro lado, aquellas experiencias que desafían la capacidad mental y emocional del uniformado (ej. la muerte de compañeros o enemigo, tiroteos frecuentes, aplicar primeros auxilios, explosivos improvisados, etc.).
- 4) *Estresores Cognitivos*: La toma de decisión en cuanto a la vida y la muerte del enemigo acorde con las reglas de los enfrentamientos, la falta de información, el desconocimiento de la duración del despliegue o su posible extensión.

Ahora bien, siguiendo la idea para poder entender las problemáticas después de un despliegue, los autores revisaron tres estudios, los cuales se consideran oportunos colocar para poder dar cuenta de otras variables que el sujeto puede llegar a tener. La condición de un sujeto en cuanto a ser soltero, casado, separado o viudo, será considerada importante para indagar sobre el desempeño laboral dentro de la institución militar.

El primero se considera ser una muestra aleatoria con tropas estadounidenses desplegadas para apoyar las Operaciones Escudo y Tormenta del Desierto, realizado por Fiedler, Ozakinci, Hallman, Wartenberg, Brewer y Barret (2006) (citado en Reger & Skopp, 2012). En esta los autores encontraron que los miembros en servicio solteros durante la guerra tenían un 83% de mayor probabilidad de tener una dependencia al alcohol y las drogas.

El segundo estudio, se realizó en las instalaciones del Departamento de Asuntos de los Veteranos, por Seal, Bertendhal, Nuber, Sen y Marmar (2007), con una muestra de más de 100,000 veteranos atendidos de la OIF y OEF. En este, encontraron poca diferencia con los índices de diagnóstico por TEPT acorde a su estado matrimonial. Sólo aquellos divorciados y separados/viudos respectivamente, tuvieron un 20% y 21% de mayor probabilidad a recibir un diagnóstico por TEPT, en comparación con aquellos casados o solteros (Reger & Skopp, 2012).

Complementando lo anterior, el tercer estudio revisado, fue el de Lapierre, Schwegler y LaBauve (2007) (citado en Reger & Skopp, 2012), el cual contó con una muestra de más de 4000 soldados activos en Irak, e incluyendo el estatus marital en su análisis. Encontrando que los desplegados a Irak separados o divorciados reportaron significativamente síntomas mayores del TEPT y depresión en relación a aquellos soldados casados. Por ende, se puede inferir que la condición de ser casado disminuye la condición de vulnerabilidad, pero la de ser separado o viudo puede aumentarla, probablemente por saber que se cuenta con un compañero de apoyo constante al cual se puede acudir en los momentos difíciles.

Por otro lado, Reger y Skopp (2012) revisan otros autores que ayudan a dar cuenta sobre las condiciones que las familias de los uniformados, pueden encontrar cuando ocurre una separación familiar asociada con los despliegues operacionales. La primer condición que encuentra es la de Mabe (2009) (citado en Reger y Skopp, 2012), donde se menciona que estas separaciones se relacionan con altos niveles de estrés, presentando un número de desafíos para ambas partes (el militar desplegado y sus respectivos familiares). De igual manera, pero ya con un enfoque más clínico, la segunda condición revisada fue la de Palmer (2008) (citado en Reger & Skopp, 2012), que identifica que para el otro compañero se puede generar, un estrés parental o emociones no placenteras como entumecimiento, conmociones (shock), soledad, distancia emocional y rabia. La última condición hace mención que los hijos, pueden presentar problemas de adaptación, depresión, ansiedad, agresión, y dificultades académicas.

Otro aspecto a considerar que los autores tomaron en cuenta, fueron las reuniones después del despliegue la cual contienen altos niveles de estrés familiar. Estos consultaron lo escrito por Kennedy y Moore (2011), donde se menciona que estas reuniones poseen alegría, están marcadas de ansiedad y tienen un gran número de dificultades en sus reajustes; el militar que vuelve, empieza a sentirse como un extraño, tener problemas de comunicación, desacuerdos en las prácticas de crianza, y una disminución en la intimidad de la relación (Reger & Skopp, 2012). Igualmente, los autores recuperan y citan lo escrito por Newby y Ursano (2005) donde se especula que la violencia de pareja puede incrementar después del despliegue, debido a un aumento en el estrés asociado con el reajuste, en familias con poco o mal funcionamiento.

Por otro lado, las dificultades que se presentan después del despliegue, deben de considerarse en conjunto con los problemas de estrés postraumático. Respecto a esto, el único estudio que los autores identificaron fue el realizado a veteranos de OIF y OEF por Hoge, Castro, Messer, McGurk, Cotting & Koffman (2004) (citados en Reger & Skopp, 2012), que incluyó una muestra transversal de 5.386 soldados, 815 infantes de marina de brigadas de combate, evaluados de tres a cuatro meses después de su despliegue en Irak y Afganistán. En este se determinó que el índice del TEPT entre el personal del Ejército fue de un 18% y un 12.9%, y similarmente para los Infantes de Marina, fue de un 19,9% y un 12.2%. Observando un elevado porcentaje de uniformados que llegan a adquirir un TEPT, y consecuencia de esto afectar una reintegración en la vida civil o familiar, especialmente en la intimidad.

Aunque los problemas familiares y la condición de ser casado o tener una pareja estable en unión libre, se encuentran otras variables a tener en consideración. La presencia de síntomas psicopatológicos y su desarrollo hacia lo agudo o crónico, son consideraciones que deben de tenerse en cuenta. Los autores, mencionan que la depresión es un factor importante, en especial si la persona valorada mantiene un uso constante de armas o elementos bélicos, o ha tenido entrenamientos especiales que pueden llegar a ser de grave peligro a las demás personas que conforman el contexto cotidiano de su vida personal. Por ello, se considera que dentro de las investigaciones contempladas por los autores, se deben tener en cuenta la investigación de Riddle, Sandersa, Jones y Webb (2008) (citada en Reger & Skopp, 2012), que demuestra que de 40.620 militares, se encontró que 70,3 por cada 10.000 militares reportaron un cuadro depresivo con sus respectivos síntomas. Siendo evidente un problema mayor que requiere ser atendido por sus múltiples factores de riesgo que pueden presentarse al ser una población con constante uso de armas y que su carácter constitucional determina una misión específica (en el caso colombiano, revisar la p.4).

Otro estudio que los autores consideran ser de complemento para la depresión, es el de Thomas, Wilk, Rieviere, McGurk, Castro & Hoge, (2010) (citado en Reger & Skopp, 2012), e involucra la brigada de Infantería de la Guardia Nacional y otros soldados activos. En este encontraron que los índices de depresión fueron similares de tres a 12 meses después del despliegue para soldados activos (16.0% y 15.7%, respectivamente) pero incrementó en la Guardia Nacional desde un 11.5% a un 15.9% (Reger & Skopp, 2012).

Por último, deben de ser considerados aquellos que forman parte del personal militar de salud mental (MMHP), por los posibles efectos psicológicos que un despliegue puede generar en ellos. Isler, Kimura, Park, Rowan, Shwalb y Travis (2015), en su estudio “*La Salud Psicológica Después del Despliegue y los Problemas Interpersonales entre el Personal de Salud Mental de la Fuerza Aérea*”, evaluaron una muestra de 759 miembros del MMHP, que anteriormente habían completado el proceso del “*Post-Deployment Health Re-Assessment*” (PDHRA), un cuestionario sencillo de auto-informe utilizado por el sistema médico militar que consta de tres páginas y sirve como herramienta principal para identificar las personas que tienen problemas de salud física o mental después de un despliegue.

En este estudio encontró que:

Un 13.9% puntuó positivo para un posible o probable TEPT, 4.6% para síntomas depresivos, 3.9% problemas de alcohol, y 12.6% para problemas interpersonales. En total, cerca del 26% de la muestra dio positivo para uno o más problemas psicológicos o un problema interpersonal. De aquellos que puntuaron positivo, 48.5% fueron por problemas de depresión, 36.0% por TEPT, 20.0% por problemas de alcohol y 29.7% por problemas interpersonales fueron confirmados posterior a un examen médico. Aquellos que puntuaron positivo tendieron a ser a) mujeres, b) separados, viudos o divorciados, c) enfermeras psiquiátricas o de salud mental, o d) desplegados a Irak o Afganistán. (Isler, Kimura, Park, Rowan, Shwalb & Travis, 2015).

Evaluación y Manejo del Estrés de Combate Agudo en el Campo de Batalla (Crow, Mason y Moore)

El Estrés de Combate Agudo es, “una activación a corto plazo en respuesta al estrés presentado en el campo de batalla, que inmediatamente envía señales físicas y psicológicas a la persona que una amenaza es inminente y puede tener un efecto residual en el individuo” (Crow, Mason & Moore 2012).

Esta condición de estrés en específico les ocurre a miembros que han sido o son activos y han sufrido eventos fuertes durante operaciones de combate (ej. Ser expuesto a un artefacto

explosivo improvisado, haber tenido que realizar primeros auxilios en varios heridos, haber visto la herida o muerte de uno de sus compañeros, etc) (Crow et al., 2012).

Sin embargo, el impacto de este trastorno en los militares varía considerablemente (Bonanno, 2005; Kelly & Vogt, 2009, citados en Crow et al., 2012), algunos pueden llegar a ser incapacitados o alterar su funcionamiento; el shock puede propulsar en ellos a actuar desinteresada o heroicamente, consecuencias que serán negativas si ocurre en una zona operativa (Crow et al., 2012).

Evaluación del estrés agudo de combate en el campo de batalla.

Reacción de Estrés Inmediata.

Antes de cualquier evaluación, el psicólogo o profesional encargado debe conocer cuáles son las cosas importantes a evaluar. En este caso, Crow, Mason & Moore (2012) indican que se debe comenzar por valorar dos cosas 1) orientación y 2) funcionalidad. Las preguntas deben de ser sencillas y aumentar su complejidad según el estado del sujeto; algunos ejemplos de preguntas sencillas son ¿Cuál es su nombre?, ¿Usted sabe dónde se encuentra? y ¿Cuál es su número de cédula o de seguro social?, complejas serían ¿Qué acaba de suceder? ¿Qué debe hacer ahora? (Crow et al., 2012).

Una vez evaluada la orientación, el autor menciona que es responsabilidad del clínico de asegurarse que el individuo sea capaz de seguir sin peligro con su actividad, es decir el paso a seguir será medir la funcionalidad. Para esto, se debe evaluar el balanceo al caminar, temblor en las manos, el patrón de respiración (ej. hiperventilación), el nivel de actividad (Crow et al., 2012).

Estrés Inmediato posterior.

En este apartado, los autores dan cuenta que el estrés inmediato posterior es una forma de observar y entender los efectos del estrés de combate dentro de las primeras horas a semanas siguientes a una exposición intensa; consideran que es importante aclarar que esto ocurre mientras el sujeto se encuentra todavía en la zona de combate. A parte de esto, añaden 3 temáticas que hay que tener en cuenta cuando se busca valorar una persona durante este período: 1) ser consciente de los diagnósticos diferenciales, 2) los riesgos a sí mismo u otros, 3) la devuelta al servicio y 4) la necesidad de un seguimiento.

Diagnóstico Diferencial: Una vez determinado el grado de estabilidad, es importante determinar si los síntomas son típicos y esperados, son indicios de un problema mayor como un desorden crónico de la salud o estrés agudo, preexistencias de un TEPT, un episodio psicótico agudo, o algún efecto producto de una herida física. Muchos de los evaluados mantienen un estrés de combate o un desorden de estrés agudo, caracterizando a estos últimos como individuos con una reducción en su respuesta emocional, aumento de la apatía, fatiga, otros síntomas afectivos, cognitivos y físicos (Crow et al., 2012).

Continuando, una vez se determina que no hay otras causas para los síntomas, o estos han sido analizados con otros diagnósticos (ej. deshidratación) en general, las fases de la reacción del estrés inmediato y la del estrés inmediato posterior son ubicados bajo la extensión del CS/COS, el cuál refiere a cualquier evento estresante producto de la acción de un enemigo u otra fuente que no sea considerada patológica (Crow et al., 2012).

Para una mejor claridad, los CS/COS son descritos como los eventos que rodean una reacción normal pero es considerada como una experiencia anormal para el individuo; ésta puede manifestar síntomas estresores en las siguientes 4 áreas: Físicas (fatiga, vomito, insomnio, etc.); cognitivas (dificultades en la concentración, pesadillas, pérdida de memoria, despersonalización, etc.); emocionales (miedo, desesperanza, labilidad emocional, etc.); y comportamentales (mal comportamiento, descuido o negligencia, impulsividad) (Crow et al., 2012). En cierto modo será similar a un proceso en donde se hace un análisis funcional para determinar la funcionalidad de un sujeto en un contexto particular.

Riesgo: Para esta apartado, los autores considera importante evaluar el riesgo del suicidio y homicidio, y por ello mantenerse informado sobre las historia psiquiátrica del individuo, el nivel de conexión con los demás, la presencia de culpa o arrepentimiento, su relación con sus compañeros y superiores entre otros son importantes para evaluar el estado actual de una ideación suicida.

Devolta al servicio: Según los autores, para volver al servicio activo el psicólogo clínico debe considerar la persona apta o no apta, sin embargo, para tomar esta decisión no existe directriz guía, sino recaerá en la confianza y dependencia que el clínico logro adquirir durante sus estudios y entrenamientos.

Seguimiento: Aunque la evaluación es pertinente, mantener un seguimiento es importante para no omitir posibles síntomas que puedan manifestarse después de unas semanas. El fin es evitar o controlar posibles episodios traumáticos o descomposiciones (Crow et al., 2012).

Manejo del Estrés de Combate en el Campo de batalla.

Psicoeducación: Crow, Mason & Moore (2012), enunciando a Wessely, Bryant, Greenberg, Earnshaw, Sharpley & Hughes (2008), identificaron los siguientes 5 supuestos primarios que soportan los cimientos del uso de está.

1. Se cree que si las personas son educadas sobre los síntomas que pueden experimentar subsiguiente a un trauma, estos síntomas serán menos perturbadores.
2. Las personas tienen menos angustia por sus síntomas, cuando reciben consuelo de que los síntomas que están experimentando son normales y que muchas otras personas tienen dificultades después de un evento traumático.
3. Las personas pueden ser impulsados a pedir y recibir ayuda, por el conocimiento recogido de la intervención educativa.
4. Puede proveer de información que ayude a la adaptabilidad, permitiendo distinguir de aquellas situaciones que por su propia información, haga ver al individuo otras perspectivas erróneas de sí mismo o del evento traumático ocurrido.
5. Puede incrementar la autoeficacia y empoderar al individuo a tomar posesión de su propio proceso terapéutico, y basarse en su propia resiliencia

Así mismo, consideran lo propuesto por Hobfoll, Watson, Bell, Bryant, Bryemer, Friedman, et al., 2007 (citado en Crow et al., 2012) que durante las secuelas inmediatas, promueve una sensación de seguridad, calma y cohesión (si es dado en forma de grupo) e infunde esperanza.

Terapia Cognitiva: La estrategia principal de la terapia cognitiva (CT) con víctimas de trauma, es de proveerles la oportunidad de identificar, examinar críticamente y cambiar la manera en que ven el evento traumático, con sus respectivos significados e implicaciones con ellos mismos y con los demás (Litz & Bryant, 2009, citados en Crow et al, 2012).

Desafortunadamente, hay poca evidencia que soporte el uso de las estrategias de la CT en los primeros días o semanas después de un reacción de estrés, ciertamente con miembros activos en el campo de batalla. Lo que la literatura si ha mostrado es que la CT es efectiva en reducir los síntomas del estrés postraumático entre los primeros meses a la exposición (Ehlers, Clark,

Hackman, McManus, Fennell, Herbert., et al., 2003, Echeburúa, de Corral, Sarasua, & Zubizarreta, 1996, citados en Crow et al., 2012).

Por otro lado, los autores encuentran en Freeman y Moore (2009) (citado en Crow et al., 2012) que la terapia cognitiva-comportamental (CBT) es una terapia activa, directa, orientada a objetivos, con tiempo limitado, y estructurada, cosas que son consistentes en la cultura militar. Puede ser abordada desde una perspectiva de sesión única, teniendo un comienzo, un intermedio y un final en cada sesión. A continuación, se muestra una tabla donde muestra algunos ejemplos de intervenciones propuestos por los autores:

Tabla 1:

Intervención de un terapia cognitiva durante el estrés agudo.

Cuestión de evidencia	“Cómo sabe usted que su amigo todavía estuviera con vida si usted hubiera reaccionado más rápido”.
Retribución	“No fue su culpa. Cosas horribles suceden en la guerra”.
Examinación de Opciones	“Que otras cosas puede hacer en lugar de enfocarse en la muerte de su amigo”
Dejar de volver todo catastrófico.	“Que sería lo peor que puede suceder si usted habla con alguien sobre cómo se siente”
Convirtiendo la adversidad en ventaja	“Cómo puede esto volverlo más fuerte”
Disputa directa	“Estoy en desacuerdo en que usted es incapaz, y que no tiene control sobre la situación. Usted ya ha podido vencer otros obstáculos anteriormente”

Terapia de Exposición prolongada (PE): es un tratamiento base del CBT que está ganando atención en la clínica y centros de investigación militar. PE incluye 4 componentes primarios: 1) exposición imaginaria, 2) exposición in vivo 3) psicoeducación relacionada a reacciones comunes al trauma y 4) Reentrenamiento respiratorio (Peterson, Foa, & Riggs, 2011, citados en Crow et al., 2012). El tratamiento típico del protocolo del PE es de 10 – 12 sesiones, cada una de 90 minutos de duración, y las sesiones pueden ser conducidas entre una o dos veces por semana (Crow et al., 2012).

Consumo abusivo de sustancias. (Grayson, Jones, Kennedy, Mcdonald y Pauli)

El consumo abusivo de sustancias ha sido un inconveniente constante. Colombia, al ser un país que se distingue por estar en un conflicto interno por más de 60 años, y acompañado de una historia de narcotráfico, ha obligado a que la población militar, específicamente aquellos operacionales, entren en contacto frecuente con este tipo de sustancias, volviéndolos una población más vulnerable al consumo. Por esto, se tendrá en cuenta la revisión propuesta por

Pauli y sus colegas en el 2012, de un estudio longitudinal de los Estados Unidos, y poder identificar las problemáticas dentro de este, dar cuenta de los servicios de prevención y educación que ese país ha podido identificar y construir, y por ende, identificar los factores o herramientas que puedan contribuir en la ayuda.

Inicialmente, en la guerra de Vietnam en 1971, el 34% de los soldados estadounidenses admitieron el consumo de marihuana, y el 50% el de heroína (Jones, 1995 citado en Grayson, Jones, Kennedy, McDonald y Pauli, 2012), causando al final de la guerra, más evacuaciones médicas por el consumo de drogas que aquellas por heridas de guerra (Reinstein, 1972; Stanton, 1976; Watanabe, Harig, Rock, & Koshes, 1994, citados en Grayson et al., 2012). Por esta situación y problemática, el departamento de Defensa (DoD) de los Estados Unidos en 1980, comenzó el primero de una serie de estudios sistemáticos sobre los comportamientos relacionados con la salud a través de periodos de guerra y paz, estudio dirigido por Bray y sus colegas en 1983, 1995, 2003, 2005 y 2009, y cuya revisión fue hecha por los autores; una observación que hicieron fue que estos estudios incluyeron la vigilancia de las tendencias al consumo y su impacto en la preparación militar. En general, los resultados de las encuestas más recientes revelan que los militares han hecho una mejora notable en la lucha contra el consumo de drogas ilegales; las tasas de prevalencia se redujeron de un 27.6% en 1980 a un 3.4% en el 2002 (Grayson et al., 2012).

A partir del 2005,

Los participantes se les preguntó sobre el mal uso de los medicamentos recetados, a parte del consumo ilegal de drogas. En este año, la prevalencia por el uso de drogas fue del 5% y en el 2008 fue de un 12%. Sin embargo, los hallazgos más recientes sugieren que el uso de drogas ilegales ha disminuido desde 1980, y que el uso indebido de medicamentos recetados ha aumentado más del doble a través de todos los servicios del DoD desde el 2005. (Bray et al., 2009 citado en Grayson et al., 2012, p.252).

Por otro lado, los autores refieren que los niveles de alcohol aunque han sido variados, estos no han evidenciado un cambio significativo como si se demostró con el estudio el uso de drogas. Los datos indican una disminución en las tasas de abuso desde 1980 a 1998, pero revelan un aumento significativo desde 1998 al 2008. La tasa de abuso para el 2008 (20%) no es significativamente diferente desde que comenzó la encuesta en 1980 (21%) (Bray et al., 2009 citado en Grayson et al., 2012).

Pero, ¿qué se ha hecho para combatir estos problemas? En 1971, el Ejército Estadounidense implementó exámenes de orina para opiáceos después de terminar cada tour

en Vietnam y rápidamente implementaron exámenes no anunciados para identificar opiáceos, barbitúricos y anfetaminas. Seguidamente varios programas se fueron formando con el objetivo de promover la preparación para las misiones, la salud y el bienestar de la tropa por medio de la prevención al abuso de sustancias (Grayson et al., 2012).

Actualmente, los autores resaltan el programa de la Armada Estadounidense, el cual se considera un excelente ejemplo de cómo usar páginas web, para difundir información sobre las mejores prácticas en la prevención del abuso de alcohol para soportar comandos locales (www.npc.navy.mil/commandsupport/nadap) Sugieren en primer lugar la identificación de la población objetivo, seguido por una evaluación de los riesgos ambientales y los factores de protección, inherentes en diferentes lugares y situaciones.

Tres R” (relaciones, relevancia y responsabilidad) se identifican para formar un programa básico: una relación positiva con un mentor; la relevancia del papel de cada uno en el éxito general de la misión; y la responsabilidad de los individuos para aprender e integrar expectativas y políticas como también, una responsabilidad de liderazgo, que promueva la información y facilite el programa de prevención. (Grayson et al., 2012, p.255).

Por último, se ha conocido que los veteranos reportan regularmente el uso de sustancias para manejar los síntomas del TEPT (Ruzek, 2003 citado en Grayson et al., 2012); el 75% de los veteranos de Vietnam que cumplían los criterios de un TEPT, después de su servicio militar, también cumplieron el criterio de un TUS (Jacobsen, Southwick, & Kosten, 2001 citado en Grayson et al., 2012).

Prevención al suicidio. (Hammond, Hourani, Jones, Rariden y Werbel)

Para una organización que valora la acción decisiva, la incertidumbre sobre las causas subyacentes al suicidio, es una fuente de frustración para los líderes en todos los niveles de la milicia (Hammond, Hourani, Jones, Rariden y Werbel, 2012). Los autores encontraron en el Defence Manpower Data Center en el 2011, que desde el 2001, la población militar en los Estados Unidos ha visto un aumento constante y alarmante en la tasa de suicidios, de un mínimo de 9.1 por 100,000 a un máximo de 15.6 en el 2009. Asimismo, añaden que según la Asociación de la Marina de los Estados Unidos, la administración de veteranos (VA) de ese país estima que 18 veteranos se suicidan al día, de los cuales 5 de ellos reciben atención médica de esta institución. Pensando en Colombia, se encontró que durante el 2012 se registraron 51 suicidios en las Fuerzas Militares (El Espectador, 2013).

Por lo anterior, la necesidad de conocer los factores de riesgo y de protección en un contexto militar ayudará a evitar futuros intentos de suicidio o situaciones de suicidio reales (Hammond et al., 2012). Entre los riesgos más frecuentes en el personal del servicio activo estadounidense se encuentran: problemas de relación, cambios inexplicables del humor o depresión, implicaciones con el alcohol, sentimientos de deshonra, aislamiento, desesperanza o inutilidad, problemas financieros o legales, intentos de suicidios anteriores, problemas con el desempeño laboral, evaluaciones médicas/físicas, administrativas/de consejo que resulten en un proceso para dar de baja, trabajar en especialidades del ejército en la seguridad y el cumplimiento de la ley, y ser aprendiz/recluta o trabajador administrativo en la armada o fuerza aérea (Fragala & McCaughey, 1991; Helmkamp, 1996; Gaines & Richmond, 1980; Kawahara & Palinkas, 1991; citados en Hammond et al., 2012).

En cambio, los factores de protección identificados son:

Apoyo social, pertenencia y cuidado, responsabilidades de liderazgo, eficacia en el afrontamiento y habilidades en la solución de problemas, políticas y cultura que aprueben o fomenten comportamientos de búsqueda de ayuda y que protejan a aquellos que buscaron ayuda, cohesión de unidad, camaradería, una perspectiva optimista, acceso a servicios de asistencia, promoción de un estilo de vida saludable, y apoyo espiritual. (U.S. Marine Corps, 2011, citado en Hammond et al., 2012, p.219).

A continuación se presenta una tabla que los autores citan para dar claridad sobre los niveles de riesgo y las opciones y consideraciones de intervención que han logrado identificar.

Tabla 1:
Niveles de Riesgo y Opciones de Intervención.

Nivel de Riesgo.	Opciones y consideraciones de Intervención.
Inexistente/Mínimo	Ratificar habilidades de afrontamiento. Fomentar el uso del apoyo social o de la búsqueda de ayuda. Reiterar la disponibilidad del apoyo y los servicios de emergencia. Se le provee de los teléfonos.
Leve	Reforzar las habilidades de afrontamiento a través de terapias individuales o grupales. Estimular el incremento del apoyo social en casa o entre su unidad. Proveer de la condición del paciente a su comandante. Reiterar el contrato de seguridad y las opciones de intervención que existen.
Moderado	Incremento del seguimiento ambulatorio en frecuencia/duración (se construyen planes para abordar los estresores actuales y reducir la sintomatología). Fomentar la participación activa de la familia y el soporte de los amigos y compañeros de trabajo.

	<p>Reevaluar los objetivos de los tratamientos y preocupaciones específicas sobre el suicidio. Se considera una evaluación médica. Pedir valoraciones de riesgo y un plan de tratamiento incluyendo indicaciones para una hospitalización por psiquiatría. Modificar el ambiente del paciente hacia su seguridad. Aconsejar al comandante sobre la pertinencia y disponibilidad del individuo para tareas o deberes especiales.</p>
Severo/Extremo	<p>Proporcionar una evaluación inmediata para una hospitalización psiquiátrica. Iniciación de un internamiento involuntario si fuese necesario. Asegurarse que el paciente sea acompañado a todas sus citas. Se debe reevaluar los objetivos de los tratamientos y preocupaciones específicas sobre el suicidio. Considerar una evacuación aérea médica a un centro más especializado si es necesario.</p>

Nota: Información obtenida de Joiner, Walker, Rudd y Jobes (1991) citado en:

Hammond et al., (2012).

Por tanto se infiere que para una adecuada evaluación contra un riesgo mínimo o inminente de suicidio, el profesional encargado debe evaluar los factores de riesgo y de protección, contemplar el nivel de riesgo impuesto en la tabla y realizar las debidas opciones y consideraciones.

PSICOLOGÍA OPERACIONAL

Ahora bien, cuando se refiere a la psicología operacional, se utilizará la definición de Carrie H. Kennedy, comandante del cuerpo médico de la Armada de los Estados Unidos, ya que se considera ser la más adecuada para este estudio, siendo esta: la aplicación de la ciencia y la profesión de la psicología a las actividades operacionales de las fuerzas del orden (Kennedy & Williams, 2011b, p.4, citados en Kennedy, 2012, p.372).

Dentro de ésta, se pueden encontrar roles como: contrainteligencia y contraterrorismo (Kennedy & Williams, 2011), operaciones psicológicas (PsyOps) (Headquarters, Department of the Army, 2005), proveer asistencia en los entrenamientos de supervivencia, evasión, resistencia y escape (SERE), ayudar en la repatriación y reintegración del personal aislado o detenidos en un entorno de combate, selección de personal de unidades especiales (Kennedy, 2012); y la evaluación de los efectos psicológicos de los equipos de protección (Oordt, 2006).

La Consulta Psicológica a las Actividades de Contrainteligencia y Contraterrorismo. (Borum, Fein y Kennedy, 2011)

Los psicólogos que proveen consultas en misiones de contrainteligencia (CI) y

contraterrorismo (CT) en las Fuerzas Armadas o el Departamento de Defensa de los Estados Unidos, enfrentan muchos desafíos profesionales y personales, los roles y funciones requeridos en las misiones de apoyo operacional son bastante diferentes de aquellas que proporcionan servicios clínicos o de la salud, sin embargo existen guías o normas profesionales para este tipo de áreas en específico para evitar inconvenientes éticos que puedan presentarse cuando se da apoyo a este tipo de misiones críticas y desafiantes (Borum, Fein & Kennedy, 2011).

En el caso de los Estados Unidos, Borum, Fein & Kennedy (2011), mencionan que relativamente hay un pequeño número de psicólogos que se dedican primordialmente en apoyar las operaciones de CI y CT, designándose como psicólogos operacionales y así diferenciándose de aquellos que prestan servicios clínicos o de salud mental. Estos profesionales apoyan primordialmente a los operadores (oficiales de caso) e investigadores, al dar consultas y evaluaciones sobre las fuentes humanas de información (ej. los recursos humanos en el léxico de la Inteligencia), teniendo como resultado, que este tipo de psicólogos estén en una posición de ayudar a los miembros en servicio, y los profesionales de inteligencia puedan entender la personalidad y motivación de un recurso humano con sus respectivas situaciones dinámicas, y así ofrecer sugerencias o dirección sobre el manejo y control de estos individuos (Borum et al., 2011). El manejo de estas “se relaciona a problemas psicológicos o de comportamiento relevantes al planeamiento, la gestión y el mantenimiento de la actividad operativa” (Borum et al. 2011, p.70).

Pero, ¿qué puede hacer un psicólogo de CI y CT?, Según los autores, estos profesionales pueden conducir 4 actividades: 1) valoraciones de riesgo, 2) hacer recomendaciones en el manejo del reclutamiento, 3) ofrecer opiniones de veracidad y credibilidad de la información aportada por una fuente, o 4) Obtención de información. Generando nuevas opciones laborales en que el psicólogo puede contribuir en la seguridad.

En primer lugar, las preguntas sobre valoración de riesgo incluyen evaluaciones psicológicas para descartar o dar consejos apropiados sobre aquellos individuos que por sus características de personalidad puedan estar en riesgo de tener problemas en su desempeño laboral o comprometer la seguridad (Borum, Super, & Rand, 2003, citados en Borum et al., 2011). Estas evaluaciones pueden requerir una valoración para conocer si el individuo padece de una condición psicológica o discapacidad que pueda comprometer el éxito de la misión, y si es posible, sugerir una forma de contención, represión, o de manejo a una angustia

psicológica a través de habilidades para el manejo del estrés. (Borum et al., 2011).

En cambio, para el reclutamiento en operaciones, los autores mencionan que al psicólogo se le es solicitado que evalúe la personalidad, motivación y variables culturales que puedan afectar el desempeño de un individuo. También aclaran que las diferencias culturales pueden afectar la confianza, la claridad en las comunicaciones, la interpretación de comportamientos, la entrega de ordenes o albergar problemas comportamentales. El segundo paso a seguir que añaden es cuando el individuo es reclutado, aquí el psicólogo puede proveerle de consultas, ser de ayuda o de soporte al operador o investigador en relación a asuntos de credibilidad, solución de problemas, y monitoreo y manejo de las vulnerabilidades o condiciones mentales de un agente.

Por otro lado, los psicólogos también pueden aportar entrenamientos en entrevistas y habilidades en la obtención de la información, la validación de un recurso humano, y dar perspectivas culturales que ayuden en la comprensión de los recursos humanos extranjeros. En este rol, los psicólogos observan el comportamiento, y aportan en la interpretación de cómo el sujeto está reaccionando a las preguntas, dar información al operador u otros entrevistadores sobre las motivaciones, creencias, actitudes, valores, personalidad, función cognitiva, memoria e identidad social del evaluado o ayudar a un recurso humano en su credibilidad o intentos de engaño (Borum et al., 2011).

Por último, los psicólogos pueden consultar actividades de contraespionaje, en donde las operaciones estarían dirigidas a identificar un sospechoso de ser espía o una persona que este desorientando a la unidad al aportar información falsa, durante estas operaciones, valorar la motivación de cada recurso humano es fundamental (Borum et al., 2011). Los autores, encontraron un estudio de Thompson en el 2001, del personal de defensa y centro de investigación de la seguridad (PERSEREC), con 150 casos de espionaje dirigidos contra los Estados Unidos por civiles de ese país, se sugiere que durante los últimos 70 años, el perfil motivacional de aquellos que cometen traición puede haberse dado por un cambio de enfoque dominante en una ideología a uno enfocado en el dinero, sin embargo, un cuarto de la muestra había tenido una crisis en su vida, meses previos a volverse un espía.

Operaciones psicológicas (PsyOp). (Cuartel General del Departamento del Ejército de los Estados Unidos).

Las operaciones psicológicas ¿qué son y para qué sirven? Son interrogantes importantes y

adecuados que el psicólogo habrá de preguntarse previo a realizar cualquier apoyo a una operación o acción dentro de una Fuerza Militar. Pero, antes de comenzar este apartado, cabe aclarar que no se encontró ninguna fuente bibliográfica perteneciente a un psicólogo que escriba sobre la temática. Sin embargo, debido al actual interés, se toma como referencia el documento “Psychological Operations” perteneciente al Cuartel General del Ejército de los Estados Unidos del 2005 para buscar dar solución a la curiosidad impuesta por la temática, especialmente cuando se escucha el nombre de “operaciones psicológicas”.

Entonces, ¿Qué son las operaciones psicológicas o las PsyOp?, para el Cuartel General del Departamento del Ejército de los Estados Unidos (2005), las operaciones psicológicas son utilizadas para alcanzar los objetivos propuestos, correspondiente a los intereses estatales de manera exitosamente, especialmente sin la necesidad de involucrar una acción operativa militar directamente. Complementan que actualmente las PsyOp logran esto mediante la transmisión de información seleccionada y/o asesorando sobre las acciones que influyen las emociones, motivos, razonamiento objetivo, y en última instancia el comportamiento del determinado público; su efectividad se mostrará en la modificación observable entre la influencia y el comportamiento.

Ahora bien, respondiendo la segunda pregunta, ¿para qué sirven? La misma institución declara que su función es principalmente en crear o preservar oportunidades decisivas en las operaciones, ayudar a moldear las dimensiones físicas y de información del campo de batalla, y proveer al comandante los medios necesarios para emplear capacidades no letales a lo largo del rango de las operaciones militares desde la paz al conflicto y al posconflicto, las PSYOPS informan e influyen (Headquarters, Department of the Army, 2005).

Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación, se presentan los cinco roles tradicionales que el Cuartel General establece para los soldados de las PSYOP:

1. *Influir en las poblaciones extranjeras*: al expresar subjetivamente e influir las actitudes y el comportamiento, se obtendrá el cumplimiento, no injerencia, u otros cambios de conducta deseados.
2. *Aconsejar el comandante*: PSYOP permiten acciones y restricciones que la Fuerza Militar puede llegar a realizar, minimizando impactos adversos y consecuencias no intencionadas. Los soldados PSYOP aconsejan de los posibles efectos psicológicos que pueden llegar a tener las acciones y operaciones militares.

3. *Proveer de información pública:* a poblaciones extranjeras en apoyo de actividades humanitarias, restablecimiento o refuerzo de lo legítimo, aliviar el sufrimiento, y mantener o restablecer el orden público. Al proveer de información pública se apoya y se amplifica los efectos de otras capacidades y actividades como las operaciones cívico-militar.
4. *Servir como apoyo siendo la voz del comandante* en poblaciones extranjeras para transmitir un propósito o establecer credibilidad, logrando que el comandante alcance mayores voces en el público con menor gasto de recursos y tiempo.
5. *Contrarrestar la propaganda enemiga, la información errónea, y la desinformación,* y así retratar positivamente y correctamente las intenciones y acciones de un público extranjero determinado.

Por otro lado, este mismo Cuartel General menciona que el Gobierno de los Estados Unidos (USG) emplea las PSYOPS en tres tipos de estrategias diferentes:

- *Nivel Estratégico:* es la entrega de información a un público transregional determinado en apoyo a metas u objetivos estadounidenses. Los departamentos y agencias del USG son los encargados de operar el nivel estratégico, pero los recursos humanos del Departamento de Defensa (DOD) son usados frecuentemente en el desarrollo, diseño, producción, distribución y diseminación del producto estratégico.
- *Nivel Operacional:* Son llevadas a cabo en apoyo a obtener logros en las misiones de combate del comandante, entre otras operaciones militares. Teniendo la posibilidad de apoyar las operaciones en conjunto. Los recursos humanos del USG y del DOD realizan esta labor, sin embargo los del DOD son el pilar de este nivel.
- *Nivel Táctico:* Es el apoyo a las maniobras y las habilidades del comandante para ganar batallas o enfrentamientos. Son llevadas a cabo como una parte integral multinacional, en conjunto y de servicio único operacional. Los recursos humanos de las Fuerzas Especiales del Ejército son los encargados de llevar a cabo las PSYOPS tácticas.

Por último, el documento propuesto enuncia que para poder cumplir con el apoyo al comandante, los soldados de PSYOPS pueden realizar seis tareas en específico:

1. *Desarrollo:* Se estudia la selección de objetivos operacionales (POs) y objetivos de soporte de la PSYOP (SPOs), la conceptualización de múltiples series, el desarrollo de

ideas específicas en las series, y las acciones recomendadas que influenciaran en las creencias y actitudes de una población determinada, que últimamente modificará el comportamiento de ésta. Durante esta etapa se conceptualiza cómo se va a modificar la conducta, se incluye el análisis del público seleccionado y el proceso de aprobación de las series y productos realizados. El análisis de propaganda y desarrollo de contra propaganda comienza en esta etapa.

2. *Diseño*: Es el aspecto técnico de tomar lo conceptualizado y crear prototipos auditivos, visuales y audiovisuales. Esta tarea exige de experticia técnica en los campos de comunicación.
3. *Producto*: Es la transformación de prototipos aprobados en varias formas de medios de comunicación que sean compatibles con la población extranjera.
4. *Distribución*: Es el desplazamiento de los productos de la fuente de producción al punto de divulgación.
5. *Diseminación*: Es la entrega de los productos de la PSYOP al público deseado. Se deberán tener varias influencias para garantizar acceso a esta población.
6. *Evaluación*: Es la tarea donde hay un uso intenso de los recursos. Se requiere que los soldados de la PSYOP se integren al proceso de inteligencia y de selección. En esta etapa se incluye el análisis de los indicadores de impacto, encuestas, entrevistas, y evaluaciones post para medir la efectividad de si la PSYOP están logrando sus objetivos (Headquarters, Department of the Army, 2005).

Supervivencia, evasión, resistencia y escape (SERE). (Doran, Hoyt, Hiller Lauby y Morgan III)

Las consecuencias de una guerra pueden ser variadas a consecuencia del conflicto, una de ellas sería llegar a ser un prisionero de guerra (POW), sus implicaciones fisiológicas y psicológicas repercutirán en la vida del sujeto expuesto a esta vivencia. Dentro de las consecuencias encontradas en el artículo realizado por Doran, Hiller Lauby, Hoyt, y Morgan (2012), y quienes citan otros autores, dan cuenta que los problemas frecuentes después de esta consecuencia son: problemas de adaptabilidad, abuso de alcohol, depresiones, ansiedades, irregularidades alimenticias (atracción), dificultades de pareja, desordenes gastrointestinales y musculares, envejecimiento prematuro, problemas de memoria, paranoia, y TEPT.

Por las consecuencias anteriores y la posibilidad de ser clínicamente significativamente en las funciones de un sujeto en su vida personal y laboral, los autores mencionan que la

institución militar tuvo que reconocer la necesidad de construir programas de formación especializados que ayuden a los uniformados a hacer frente de manera eficaz la supervivencia en ambientes hostiles, la evasión de un enemigo, y en caso extremo la captura por una fuerza hostil.

Revisando el comienzo y evolución de estos entrenamientos, los autores aclaran que después de la guerra con Corea, las Fuerzas Militares estadounidenses deciden adaptar sus programas de entrenamiento en Alaska, orientándolos a capacitar a sus miembros en la supervivencia, evasión, resistencia y escape (SERE), y como consecuencia la creación de varias escuelas de entrenamiento orientadas a este tipo de características: Fuerza Aérea, localizada en Spokane, Washington desde 1961, Armada, Coronado, California en 1962 y Ejército en Fort Bragg, North Carolina, 1963. Agregan que solamente hasta los años 70, el término SERE fue acreditado por la Armada Estadounidense al dividir este entrenamiento en las respectivas áreas anteriormente mencionadas. Recientemente, mencionan que en el 2006 la Infantería de Marina creó un programa especial SERE para su comunidad de las operaciones especiales, programa que fue acreditado en el 2008; el encargado de vigilar los entrenamientos SERE y el código de conducta militar para el entrenamiento, es la Agencia Conjunta de Recuperación del Personal (JPRA).

Pero, ¿A quiénes están dirigidos este tipo de entrenamientos? únicamente a aquella población que se encuentre en alto riesgo de ser capturada, apartada, secuestrada o detenida por un ente gubernamental (ej. personal de aviación, francotiradores, miembros de fuerzas especiales o colectores de inteligencia) (Doran, Hiller Lauby, Hoyt, & Morgan III, 2012).

Ahora bien, dentro de la revisión, se encuentra que los autores distinguen dos componentes claves: el campo/terreno y la resistencia. El primero, diseñado en dar a los estudiantes las habilidades para sobrevivir a los elementos, navegar en un territorio desconocido y evadir una captura. El segundo, abarca las habilidades para sobrevivir en cautiverio, incluyendo el cómo utilizar los conocimientos de la situación, resistir y degradar los métodos de explotación e interrogación, planear un escape si es factible, y regresar con honor, siguiendo el código de conducta.

Siguiendo los autores, a los estudiantes se les provee de lecciones académicas que revisan las habilidades de supervivencia, navegación y evasión, como también técnicas que asistan una resistencia exitosa a métodos de interrogación y explotación. Asimismo, se les provee de experiencias prácticas y profundas como lecciones de navegación en tierra desconocida, cómo

producir agua potable, cazar y atrapar animales pequeños, construir refugios pequeños y diferenciar entre plantas comibles - venenosas. Durante este tiempo, el estudiante tiene que enfrentarse al hambre, la incertidumbre, la fatiga y el desaliento. Teniendo como las primeras tareas, ciertos objetivos de navegación. En la fase siguiente, los estudiantes son capturados por entidades hostiles simuladas se enfrentan a diversos escenarios de cautiverio, donde deben usar el conocimiento de la situación, las técnicas de resistencia adquiridas y el respectivo código de conducta para poder sobrevivir al cautiverio (Doran et al., 2012).

El Psicólogo SERE (Supervivencia, Resistencia, Evasión y Escape).

Ser un psicólogo de esta magnitud requiere cierto tipo de capacitación para asegurar las competencias necesarias que requerirá este tipo de entrenamiento. Los autores distinguen tres tipos de niveles para estos psicólogos que fueron designados por la Agencia Conjunta de Recuperación del Personal (JPRA) en el 2010.

El primer nivel es Psicólogo SERE Orientado, el cuál es un psicólogo del departamento de defensa que ha completado y aprobado un curso de orientación SERE del JPRA. Este tipo de psicólogo es capaz de asistir la JPRA y un Psicólogo SERE Certificado en los procesos de reintegración de miembros repatriados y sus respectivos beneficiarios (Doran et al., 2012).

El segundo nivel es el Psicólogo SERE Certificado, hace parte del Departamento de Defensa, es certificado por el JPRA para asistir la JPRA, asiste comandos de combate, procesos de reintegración, y es supervisor dentro del equipo encargado. Este tipo de certificación incluye, el curso de orientación, un conocimiento profundo en las dinámicas del cautiverio, aislamiento, y explotación, la promoción de resiliencia en los repatriados y el apoyo en su reintegración. Adicionalmente, este psicólogo debe de participar en ejercicios de reintegración, completar una continua educación sobre el campo y más importante completar un curso SERE nivel C, permitiéndole tener una mejor comprensión sobre el esfuerzo emocional/físico, y aquellos relacionados con la interrogación que pueden vivirse durante un curso (Doran et al., 2012).

El último nivel es el Psicólogo RT Cualificado, quien hace parte del Departamento de Defensa, es un Psicólogo SERE Certificado, ha sido asignado a una escuela SERE o a una unidad con alto riesgo, y ha obtenido el entrenamiento necesario y respectiva experiencia para supervisar el código de conducta para entrenamientos de alto riesgo (Doran et al. III, 2012).

Los Roles del Psicólogo SERE.

Evaluador.

Según los autores, obtener un personal estable en su salud mental, es evitar futuras complicaciones; la importancia de encontrar una persona estable impedirá cualquier abuso de autoridad como lo ocurrido en el experimento de Zimbardo en la Universidad de Stanford. Por eso, la selección de un psicólogo para convertirse en un psicólogo SERE será una de las funciones principales en este rol como evaluador. Aun así, los individuos que han sido seleccionados por su estabilidad emocional pueden presentar un comportamiento patológico, y por tanto, el psicólogo SERE debe incluir un seguimiento por varios meses que incluya un entrenamiento anual en reconocer las derivaciones comportamentales y el cuidado personal (Doran et al., 2012).

Para este proceso, es necesario tener algunas características importantes a considerar, los autores construyen un perfil para un instructor SERE que incluye las siguientes consideraciones:

- 1) ser una persona mayor de 30 años (aproximadamente 10 años mayor que los estudiantes utilizados en el experimento de Zimbardo),
- 2) tener 15 años de servicio militar,
- 3) estar casado,
- 4) haber tenido múltiples condecoraciones,
- 5) no haber tenido problemas legales, de abuso de sustancias o historia disciplinaria.

En general, después de una entrevista clínica en profundidad, la revisión de sus expedientes clínicos, anteriores supervisores, y un test psicológico, se sabe si psicológicamente, un instructor SERE tiene una alta necesidad de éxito, una alta tolerancia a la frustración, disfruta ser parte de un grupo y es capaz de tolerar el intenso escrutinio, no solo del proceso de evaluación pero, más importante, la constante observación y vigilancia que ocurre durante un tour en una escuela SERE (Doran et al., 2012).

Observador de Seguridad.

Consecuencia de las implicaciones presentadas con los participantes del experimento de Zimbardo, la necesidad que existe en mantener la salud mental de los participantes en un

entrenamiento SERE es importante para evitar complicaciones y afectar la integridad del sujeto. Según lo propuesto por los autores y apoyándose en una documentación de Sherwood en 1986, durante un proceso de esta índole, se observa una experimentación de diversos niveles de angustia emocional y física, aislamiento, abuso e interrogaciones, privación y una dificultad en mantener la integridad y eficiencia de la experiencia del entrenamiento.

Cabe aclarar que los mismos autores cuando hacen referencia al aislamiento, hacen alusión a este no como el aislamiento físico de otros prisioneros, sino de aquel proceso de separación de lazos con sus familiares, país y más significativamente de su misma identidad. La deprivación, como la retención de comida, agua, un adecuado refugio y prendas de vestir, sueño, acceso a la construcción física o actividades constructivas cognitivas, atención médica, y adecuadas formas de mantener una higiene personal. El abuso psicológico en amenazas de muerte, daño o un abuso físico coactivo, y las interrogaciones, utilizadas periódicamente usando las anteriores tres tácticas (Doran et al., 2012).

Teniendo en cuenta lo anterior, el trabajo del psicólogo aparte de ser un observador de seguridad, monitorea en específico el involucramiento de los guardias e internos. Evitando complicaciones con el exceso de autoridad, un involucramiento emocional hacia un participante específico y recordando al participante que su rol es de instructor y no de interrogador o guardia (Doran et al., 2012).

Por último, aparte de monitorear el ambiente del entrenamiento, los instructores son monitoreados fuera de este para evitar tensiones en su vida personal, (ej. traer roles de poder a sus familias y no poder discutirlo por su carácter reservado) (Doran et al., 2012). Los autores mencionan que al personal SERE se les enseña a monitorear su propio comportamiento y dar cuenta si está presentando algún signo de alarma como un aumento en la irritabilidad, consumo de alcohol, disminución en su conducta militar o algún nuevo cambio de conducta que pueda afectar su habilidad de desempeño; la enseñanza al instructor de utilizar técnicas saludables para el manejo del estrés (ejercicio físico, estrategias de relajación, y humor) para alejarse del ambiente de entrenamiento es fundamental. En otras palabras, el psicólogo SERE está ahí para mantener la integridad y el realismo del entrenamiento, en beneficio de los estudiantes en formación (Doran et al., 2012).

Educador.

En este rol, el psicólogo SERE le explicará al personal en entrenamiento sobre las reacciones normales de un estrés incontrolado severo- incluyendo miedos, rabia, declaraciones auto negativas, llanto, ilusiones y alucinaciones, disociación, quejas somáticas, y problemas de memoria- y cuanto están esperadas que duren (Dobson & Marshall, 1997; Engle & Spencer, 1993; Mitchell, 1983; Sokol, 1989; Yerkes, 1993, citados en Doran et al., 2012). Según los autores, esta educación ha probado ser de gran éxito para aquellos que han sido capturados.

Repatriador.

La repatriación puede ser entendida como el proceso establecido que conecta dos tipos de contextos, es el reajuste del cautiverio a la vida de un ciudadano y/o miembro en servicio (Doran et al., 2012). Este proceso, según los autores se divide en las siguientes 3 fases:

Fase 1: Si es posible, el individuo es reunido con un psicólogo operacional, un oficial médico, un miembro previamente seleccionado de su unidad, un capellán, un oficial de asuntos públicos y uno legal. En caso de que todo el equipo no pueda estar presente, regularmente por problemas logísticos, se podrá reunir en la fase 2. Durante esta fase, se buscará la estabilidad psicológica y médica del individuo mediante una valoración exhaustiva que determinará la forma de trato y el proceso en cada etapa.

Las obligaciones generales del psicólogo operacional durante esta fase son: 1) el inicio y desarrollo de valoraciones que se dirijan a satisfacer las necesidades y estatus psicológicos de los retornados, lo cual posteriormente determinará futuras intervenciones e interrogatorios, 2) educación a los retornados, respecto a lo que pueden estar esperando en el futuro, 3) la moderación de sus actividades públicas o familiares para ayudar con el proceso de descompresión y transición (Doran et al., 2012).

Fase 2: Regularmente, durante esta fase sucede el contacto con la familia, comenzando por teléfono debido a que presencialmente se ha reportado ser problemático. Más importante, el psicólogo operacional con ayuda del oficial de asuntos públicos, buscará conocer el nivel de exposición a los medios de comunicación. Se considera que un miembro cercano ayudará a facilitar su proceso de transición al haber una familiaridad, ser intermediario entre la unidad y el retornado, y proveer asistencia con preocupaciones logísticas o administrativas.

Fase 3: Se caracteriza por tener contacto físico con los miembros familiares y amigos. Aunque durante esta etapa, el retornado quiere mantener un constante contacto con sus familiares, también es importante que mantenga contacto con sus miembros de su unidad o compañeros de cautiverio.

Selección de personal de unidades especiales. (Picano, Roland & Williams, 2012)

Según los autores, el personal militar de alto riesgo se involucra en misiones nacionales de seguridad críticas, emplean tácticas militares no rutinarias, no estandarizadas o no convencionales, se despliegan con frecuencia y a menudo por duraciones prolongadas en ambientes difíciles u hostiles, operan independientes sin mucho soporte logístico o táctico, y a menudo se encuentran con factores situacionales desconocidos e incontrolables que demandan ingenio, experticia, iniciativa, y un alto grado de sentido común para evitar un fracaso en la misión. Por consiguiente, este personal es sometido a menudo, a valoraciones y procesos de selección rigurosos para determinar su conveniencia en misiones militares de alto riesgo (Picano, Roland & Williams, 2012).

Entonces, la evaluación psicológica que los autores han revisado en la documentación de Suedfeld y Steel en el 2010, sobre la selección de personal de alto riesgo, típicamente comprende dos etapas: la fase de selección y la fase de búsqueda. En la primera, la evaluación de la estabilidad psicológica y emocional, es una preocupación central, es decir, libre de cualquier psicopatología, y un mínimo riesgo de desarrollar problemas psicológicos. En cambio, la fase de búsqueda consiste en encontrar los mejores candidatos adecuados para la naturaleza del trabajo. Dicho de otra manera, se orientan en la búsqueda de candidatos con habilidades complejas y atributos psicológicos necesarios, para un desempeño exitoso en condiciones inusualmente exigentes (Picano et al., 2012).

Pero, ¿qué atributos evaluar? En un estudio revisado por los autores de Kilcullen, Mael, Goodwin y Zazanis en 1999, los cuales examinaron una amplia gama de atributos individuales, se identificaron 30 relevantes para el desempeño laboral, estos se agruparon en cuatro categorías: cognitiva; comunicación; interpersonal, de motivación, y carácter; y físico (Picano et al., 2012).

Comenzando por los atributos cognitivos, se incluyó el juicio y la toma de decisiones, la planificación, la adaptabilidad, la creatividad y las habilidades cognitivas específicas (auditiva, espacial, velocidad, precisión perceptiva, etc.). Los comunicativos incluyen las

capacidades de: lectura y escritura, lenguaje, aprendizaje (nuevos idiomas rápidamente), y la habilidad de comunicación verbal y no verbal. Los interpersonales, motivacionales y de carácter, incluyen la diplomacia, la adaptabilidad cultural, la madurez (estabilidad emocional), la autonomía, el trabajo en equipo, la confiabilidad, la iniciativa, la perseverancia, el coraje moral, la capacidad de motivación y las habilidades de supervisión. Por último, los físicos incluyen la capacidad para nadar, la flexibilidad y el equilibrio, la fuerza y la resistencia (Picano et al., 2012).

Por último, los autores mencionan que Hartmann, Sunde, Kristensen, and Martinussen en el 2003, estudiaron las fuerzas especiales de Noruega, buscando medidas de personalidad que contribuyeran al rendimiento del entrenamiento. Estos autores en su artículo identificaron los siguientes atributos:

El aspirante ideal de infantería de marina, se caracteriza por ser una persona muy talentosa, por estar encima del promedio en control emocional, pruebas de realidad, y tolerancia hacia el estrés. Tiene resistencia, es capaz de adquirir rápidamente conocimientos teóricos y habilidades prácticas, puede acoplarse bien con la gente, gestiona el estrés y la ambigüedad con éxito, muestra estabilidad emocional, forma conclusiones razonables sobre una base con pruebas suficientes, y demuestra un comportamiento dirigido a un objetivo, basado en juicios realistas individuales acompañado de una cognición coherente. (Hartmann, et al., 2003, p.88, citado en Picano et al., 2012, p.55)

Permisos de Seguridad.

Otra de las funciones importantes es la valoración y otorgación de los permisos de seguridad. Harvey, Staal & Young (2011), mencionan que para que un psicólogo haga una adecuada valoración, se tiene que aplicar un formulario que indague sobre los datos sociodemográficos con su respectiva verificación, una evaluación con polígrafo y una última fase de adjudicación, en donde esta última evaluará las pautas siguientes: a) Lealtad al país de residencia; b) Influencia Extranjera; c) Preferencia Extranjera; d) Comportamiento Sexual; e) Conducta Personal; f) Consideraciones Financieras; g) Consumo de Alcohol; h) Consumo de SPAs; i) Condiciones Psicológicas; j) Conducta Criminal; k) Manejo de Información Confidencial; l) Actividades Extracurriculares; y m) Uso de la Información en los sistemas de tecnología.

Seguidamente, los autores proponen que los siguientes factores sean considerados en la relevancia de la conducta de un individuo: a) la naturaleza, la extensión y gravedad de la conducta; b) las circunstancias de la conducta, incluyendo la participación de sus conocimientos; c) la frecuencia y lo reciente de la conducta; d) la edad del individuo y la madurez de la conducta; e) el alcance de la conducta voluntaria; f) la presencia o ausencia de rehabilitaciones o cambios permanentes en la conducta; g) la motivación de la conducta; h) el potencial de presiones, coerciones, explotaciones o coacciones; y f) la probabilidad de continuación o recurrencia (Harvey, Staal & Young, 2011).

El impacto psicológico de los equipos de protección

En un estudio de caso, Mark S. Oordt de la Real Fuerza Aérea del Reino Unido en el 2001, creó un **protocolo teórico** de tratamiento (desde un acercamiento cognitivo-comportamental) para el manejo de las ansiedades severas con máscaras de gas, y planteó tres tipos de factores,

- 1) El físico: Donde se observan cambios en la respiración por la disminución de obtención, un aumento en el ritmo cardíaco y segregación de adrenalina, y una tensión muscular, debido a una percepción de riesgo para el organismo.
- 2) Los factores cognitivo – emocional, los pensamientos de una persona podrían estar orientados hacia las amenazas de un potencial agente químico, y sólo los entornos de formación pueden simular estos peligros ambientales. Por lo tanto, es más probable que la percepción de la amenaza se centre en la sensación del flujo de aire inadecuado o en la dificultad para respirar; se incluyen pensamientos como “Voy a desmayarme o morir, estoy sofocándome, no puedo soportar esto, etc.”
- 3) Lo comportamental, explica que existen comportamientos que durante el entrenamiento no contribuyen en la superación del síntoma, ejemplo, es ir a un lugar en donde el paciente pueda quitarse la máscara y descansar por un tiempo. Por esto, asistir a lugares con otros compañeros más avanzados en el proceso, ayudará en dos cosas, por medio de un proceso de modelamiento, se auto reforzará el paciente teniendo observaciones positivas constantes, y asimismo el condicionamiento operante del contexto le impedirá quitarse la máscara, logrando mantener la conducta por un tiempo prolongado.

Por otro lado, el autor también creó un **protocolo de intervención**, donde se basó en los procedimientos eficaces destinados a los problemas relacionados con la ansiedad de Barlow, 1988 y Wolpe, 1990, y fue diseñado para enseñar a los individuos a manejar los reflejos y

comportamientos en operaciones militares; da cuenta que algunos resultados significativos de mejora pueden ser observados después de 6 a 10 sesiones (Oordt, 2001). Este planteó las siguientes 4 fases para un entrenamiento auto regulador:

- 1) Educación: Se le enseña al paciente sobre los síntomas, los miedos, la ansiedad y otras respuestas que puede tener, y en especial los efectos de una respiración controlada. El objetivo, es dar cuenta que el cuerpo reacciona adecuadamente, pero que está reaccionando en situaciones que son innecesarias e inoportunas.
- 2) Entrenamiento de Relajación: Se le provee de un ejercicio de relajación muscular, puede ser una relajación muscular progresiva (PMR) acompañado de una respiración con el diafragma, su objetivo es lograr una adecuada discriminación estimular.
- 3) Exposición Sistemática: Creación de una lista de estímulos jerarquizados en una escala subjetiva de angustia distribuida de 1 a 100 SUDS (Unidades Subjetivas de Angustia), seguidamente, se da una exposición sistemática empezando desde los 10 SUDS.
- 4) Generalización: Se práctica con la máscara en el hogar con actividades sedentarias, moderadas e intensivas, simulación y participación en actividades deportivas.

A continuación se presenta de manera breve el estudio de caso único y la jerarquía que usó Mark S. Oordt. (2001). Un Teniente Coronel de 42 años de edad, con 19 años de servicio, sufría de ansiedad. Ésta estaba afectando su trabajo en los entrenamientos cuando se hacía uso de una máscara de gas. Durante 8 sesiones, usando un Programa de Relajación Muscular Progresiva (PMR) con escalas de unidades subjetivas de angustia, se trabajó mediante aproximaciones sucesivas la disminución de reacciones ansiosas. La siguiente tabla muestra las unidades subjetivas de angustia que el sujeto discrimino.

Tabla 2:

Jerarquía de exposición con el índice de unidades subjetivas de angustia.

Estímulos Temidos.	Índice de los SUDS
Usando una máscara de gas con capucha durante 60 segundos.	90
Usando una máscara de gas sin la capucha durante 60 segundos.	80
Contener la máscara de gas en la cara sin correas durante 60 segundos.	70
	60

Contener la máscara de gas en la cara sin correas durante 10 segundos.	50
Usando una máscara de buceo y respirando con snorkel durante 60 segundos.	40
Usando una máscara de buceo y respirando con snorkel durante 10 segundos.	30
Respiración con snorkel – Imaginación de estar usando una máscara durante 60 segundos.	20
Respiración con snorkel sin máscara durante 60 segundos.	

Los resultados del estudio de caso fueron efectivos y se finalizó cuando el sujeto reporto tener una ansiedad leve. Después de 2 meses de haber terminado el tratamiento de autorregulación, reportó poder ejercer su trabajo de manera adecuada sin ninguna dificultad (Oordt, 2001).

Complementando, se encuentran los estudios de Balson, Brooks, Donald, Ebner, Franklin, Paul, Stephen & Xenakis en 1983 sobre “*Las reacciones psicológicas durante el entrenamiento para una guerra química*”, y el de Cammermeyer y Carter, (1985). sobre “*Las respuestas biopsicológicas del personal de una unidad médica, llevando puesto equipos de protección química en un ambiente simulado de guerra química*”. El primero trabajó con una muestra de 70 militares divididos en 4 grupos, y realizó una simulación de ejercicio durante 1 hora, observando la reacción de los participantes. El segundo estudio simuló un ambiente de guerra química con una muestra de 100 militares del cuerpo médico (entre los 17 y 58 años). En estos estudios se pudo dar cuenta que en especial las máscaras de gas pueden producir pánico inmediatamente después de ponerse, hiperventilación, agitación, confusión, miedo a morir, y distorsiones visuales (Balson, et al., (1983) y (Cammermeyer, et al., (1985). Por otro lado, estos estudios también refieren que algunas personas que continúan sirviendo en los servicios militares o en otros campos profesiones pertinentes de la institución, continúan luchando con los síntomas de ansiedad productos de la experiencia de una máscara de gas.

Una observación encontrada en el análisis de Banderet, Forte y Muza en 1996, muestra que las mascaradas bioquímicas M40 con un filtro estándar reduce la ventilación voluntaria máxima en un 20%.

Ahora, teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente se puede afirmar lo dicho por la APA, que menciona que los conocimientos mínimos requeridos para un psicólogo militar son los conocimientos en psicología clínica y de la salud, la formación y los factores humanos, recursos humanos y personal, los sistemas sociales y de organización, y pruebas y medición

(APA, 2015a).

Método

Se considera que lo anterior es una aproximación de carácter documental que busca identificar, organizar y dar cuenta de la evolución de la psicología militar, teniendo como base los documentos más actualizados sobre la temática.

Por ende, se considera ser una **aproximación de carácter descriptiva**, por buscar dar claridad a los conceptos útiles (que están en constante evolución) que este psicólogo puede manejar en un ámbito militar (Merino-Trujillo, 2011). Igualmente, es **analítica** porque con la información suministrada se establecen los roles del profesional en la institución, y se construye una definición propia de la psicología militar.

Por otro lado, para la revisión bibliográfica, la documentación utilizada fue seleccionada por los siguientes criterios:

- 1) Su **relevancia** con la temática.
- 2) La **autoridad** de los autores de la temática.
- 3) La **actualización** de sus contenidos

Con base a los anteriores criterios, se utilizaron varias fuentes primarias como: libros que recopilan las investigaciones más relevantes sobre la temática, artículos de revistas indexadas como: Military Psychology, Military Medicine y Aviation, Space and Environmental Medicine, y artículos de instituciones específicas como: el Colegio Colombiano de Psicólogos, documentaciones institucionales específicas como: el Comando General de las Fuerzas Militares de los Estados Unidos, publicaciones periódicas, etc.

Discusión

La siguiente discusión tratará de mostrar al lector la diferencia que existe dentro de la Psicología Militar, y con ello responder las diferentes preguntas que hayan podido aparecer sobre los campos de acción. Para ello, se sintetizará la importancia de cada uno de los roles del psicólogo alrededor de la institución, se identificará las competencias necesarias con sus respectivos indicadores y se propondrá una definición sobre la Psicología Militar.

Como se ha leído anteriormente, para entender y abordar la psicología militar, es necesario revisar previamente el escenario en que este tipo de psicología se ha desarrollado, evidenciando los roles y los respectivos campos de acción en su evolución histórica. Por ello, a partir de la bibliografía aportada, se encuentra que la psicología militar ha contribuido al entendimiento de los fenómenos mentales o de los comportamientos en situaciones de guerra: ansiedad (angustia), depresión, Trastorno por estrés agudo, TEPT, adicciones, etc. Consecuencia de estos problemas, la psicología militar se ha separado en dos ramas importantes: La Psicología Clínica Militar y La Psicología Operacional, cada una encargada de contextos y responsabilidades diferentes.

La primera, encargada de la prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación del personal uniformado y civil que conformen las Fuerzas Militares. Aclarando que dentro del último grupo, se encuentra la familia por su relación directa en la estabilidad emocional del uniformado, atribuyéndose una importancia significativa en los roles que tendrán el cónyuge, sus hijos y sus padres en su rendimiento laboral y social.

Por lo anterior, se pudo identificar que este profesional para mantener la salud mental de los uniformados, se desempeña en los siguientes roles principales de la Psicología Clínica Militar:

- 1) Evaluador de la Aptitud al Servicio.
- 2) Evaluador y estabilizador del TEPT, Depresión y otras secuelas.
- 3) Evaluador y manejador del estrés de combate en el campo de batalla.
- 4) El profesional encargado de prevenir y reducir el consumo de sustancias y el riesgo al suicidio.

De acuerdo con la bibliografía revisada, el psicólogo encargado de **evaluar la aptitud al servicio**, tiene la responsabilidad de determinar quién es apto, no apto, o idóneo para seguir desempeñando sus obligaciones de manera adecuada. Para esto y según el motivo, se utilizará una evaluación emergente, de mando dirigida (no emergente) o de idoneidad, y tendrá la autoridad competente para apoyarse en terceros como la Junta de Evaluación Médica y la Junta de Evaluación Física, y utilizar los documentos pertinentes: historia clínica, registros médicos, historia académica, historia militar, condecoraciones, etc.

Así mismo, el psicólogo se desempeña en **evaluar y estabilizar** al uniformado de la mejor forma posible. Para esto, es responsabilidad del profesional conocer todos los factores que

puedan afectarlo en el campo de batalla; en la literatura los tipos de estresores identificados son: ambientales, fisiológicos, emocionales y cognitivos, la condición de vulnerabilidad al ser soltero, el estrés familiar a causa del despliegue, la violencia de pareja y otros comportamientos (ej. el consumo de alcohol, etc.).

También, al ser **un evaluador y manejador del estrés de combate en el campo de batalla**, el psicólogo debe tener claridad sobre los aspectos a evaluar según la situación. Cuando se trate de una Reacción de Estrés inmediata, el profesional debe evaluar orientación y funcionalidad, comenzando por una orientación básica (nombre, lugar y # de cédula), y seguidamente aumentar la complejidad (¿qué acaba de suceder? ¿qué va a hacer ahora?), siendo primordial la evaluación de una reacción potencialmente grave y una adecuada orientación del sujeto.

En cambio, si se evalúa un Estrés Inmediato Posterior, la literatura menciona tener cuidado del Diagnóstico Diferencial, es decir, observar si los síntomas son típicos o esperados, si son indicios de un problema mayor como un desorden crónico de la salud, o si se encuentra una coexistencia con otros síntomas. Igualmente, evaluar el riesgo de suicidio y homicidio, conocer la historia psiquiátrica, la conexión con los demás, la presencia de culpa o arrepentimiento, y la relación con los superiores y compañeros. **Por último**, considerar si es apto o no apto para continuar con sus obligaciones y entablar un seguimiento, es necesario.

Por otro lado, la literatura menciona 3 grandes formas para el manejo del estrés agudo de combate: Psicoeducación, Terapia Cognitiva y Terapia de Exposición Prolongada. La primera con el objetivo de disminuir las perturbaciones de los síntomas de la angustia, impulsar a los afectados a pedir y recibir ayuda, proveer información que facilite la adaptabilidad e incremente la autoeficacia y empoderamiento del individuo. Generando, seguridad y calma al uniformado.

La segunda, busca proveerles la oportunidad de identificar, examinar críticamente y cambiar la manera en que ven el evento traumático, con sus respectivos significados e implicaciones con ellos mismos y con los demás (Litz & Bryant, 2009, citados en Crow et al., 2012). Así pues, la tercera intenta una exposición imaginaria, seguida por una in vivo y acompañado de una psicoeducación y un reentrenamiento respiratorio, buscando un equilibrio cognitivo, comportamental y fisiológico.

Por otra parte, al estar encargado de **prevenir y reducir el consumo de sustancias y el riesgo al suicidio**, conocer los diferentes factores de riesgo y de protección son necesarios para prevenir o minimizar el riesgo. Para combatir esto, el profesional puede hacer uso de un programa de prevención denominado las “Tres R”. Este promueve una relación positiva con un mentor, da cuenta de la relevancia de cada uniformado para el éxito de la misión y fomenta la responsabilidad para aprender e integrar expectativas y políticas, mostrando una responsabilidad en el liderazgo. Aunque este programa haya sido construido para evitar el consumo de sustancias, considero que también es un buen programa para combatir el riesgo al suicidio cuando se conoce los factores de riesgo (ej. Sentimientos de deshonra, *etc.*) y de protección (ej. Camaradería, *etc.*) en el contexto de cada uniformado, y anteriormente se ha determinado un nivel de riesgo (estado mental actual).

Ahora bien, cuando se habla sobre Psicología Operacional, el lector deberá pensar en prevención, ya que por el contexto en que se aplica, busca dar herramientas y técnicas al personal de la institución para prevenir el conflicto, interrupción o terminación de una operación (sea de inteligencia, de secuestro, de entrenamiento, *etc.*), buscando mejorar las habilidades y competencias del personal en contextos específicos y optimizar los procesos de la institución. A continuación se presentan los principales roles identificados en la literatura de un psicólogo operacional:

- 1) Facilitador en los procesos de contrainteligencia (CI) y contraterrorismo (CT) y operaciones psicológicas.
- 2) Observador y educador en los entrenamientos SERE.
- 3) Gestión y selección del personal de las unidades especiales.
- 4) Evaluador de los efectos psicológicos de los equipos de protección.

El psicólogo, al ser un **facilitador en los procesos de CI y CT**, está capacitado para apoyar al personal de inteligencia en entender la personalidad y motivación de un recurso humano en el campo. Aportando diferentes sugerencias sobre el estado mental o los comportamientos inusuales relacionados al planeamiento, la gestión y el mantenimiento de la actividad operativa. De la misma manera puede realizar valoraciones de riesgo, recomendaciones sobre el manejo del reclutamiento, ofrecer opiniones de veracidad y credibilidad de la información aportada por un individuo y ayudar en la recolección de la información.

En cambio, cuando el profesional se presenta **en contextos de operaciones psicológicas**, éste se encarga de apoyar e influir el comportamiento de un determinado público extranjero, siempre contribuyendo a los intereses nacionales; ayudando en la transmisión de información seleccionada o asesorando las acciones que influyen las emociones, motivos, y razonamiento de un determinado público. Aunque esto suceda, para una mejor relación profesional con los intereses institucionales (nacionales), se deberá estudiar en profundidad los aspectos éticos de la profesión con aquellos militares, buscando la mejor manera en no ocasionar conflicto de interés.

Por otro lado, cuando el psicólogo se encuentra en contextos diferentes como en los denominados entrenamientos SERE (Supervivencia, Evasión, Resistencia y Escape), su objetivo es prevenir o disminuir los conflictos mentales o del comportamiento en situaciones de secuestro y ambientes hostiles del terreno o del combate. Durante el entrenamiento se tiene en cuenta el código de conducta militar y el código deontológico de la profesión. Una vez tenidos en cuenta, el psicólogo buscará subir el umbral de resistencia del estrés, exponiendo al individuo en un ambiente estresante y similar al de combate o cautiverio, sin necesidad de abrumar al sujeto o comprometer la integridad de él mismo. El psicólogo aparte de ser un observador y un educador puede desempeñarse como: evaluador y repatriador (ej. Reintegración a la vida civil después de un secuestro).

En tercer lugar, **la gestión y selección de personal a unidades especiales**, buscará identificar, diseñar y desarrollar procesos de valoración y selección, teniendo en cuenta los mejores atributos y competencias para el cargo específico. Dentro de lo militar se destaca lo cognitivo, la comunicación, lo interpersonal, de motivación y carácter, y por último lo físico. Asimismo, evaluar al sujeto con determinados estándares, permite autorizar un permiso de seguridad al uniformado, teniendo en cuenta su estado mental actual.

Respecto al último rol identificado se relaciona en ser un evaluador de los efectos psicológicos de los equipos de protección que pueden aparecer en los uniformados. El protocolo teórico del caso anterior mostró la necesidad de tener en cuenta tres factores fundamentales para seguir con una adecuada intervención: 1) Lo Físico, 2) Lo Cognitivo-Emocional, y 3) Lo Comportamental. En lo físico, el objetivo principal es dar cuenta o discriminar las reacciones del cuerpo en situaciones inoportunas, incoherentes e innecesarias. En lo cognitivo-emocional, es la identificación de los elementos generadores de angustia para el uniformado, y en lo comportamental, es aplicar técnicas de instigación para que se facilite

una conducta, buscando que la finalidad sea una generalización en diferentes contextos, en este caso las situaciones ambientales.

Para el siguiente apartado, se considera importante hacer conocer al lector que las siguientes competencias disciplinares e interdisciplinares se sustentan con base con las competencias del psicólogo jurídico sugeridas por el Colegio Colombiano de Psicología, en el texto “Perfiles por competencias del profesional en psicología” del año 2013, y la modificación de algunas de ellas incurre debido a las situaciones particulares del ejercicio psicológico en un ambiente militar.

Competencia Disciplinar

Entonces con lo anterior, me propongo definir qué sería la competencia disciplinar, para este profesional, siendo ésta:

El psicólogo militar debe ser capaz de realizar una adecuada intervención teniendo en cuenta los estándares éticos de su profesión (código deontológico) y su responsabilidad militar al ser un representante estatal y estar regido por un código militar (para aquellos uniformados). Cualquier acción tendrá que ser soportada en un conocimiento científico, surgido de otras investigaciones y resultados que contribuyan en el entendimiento, comprensión y optimización del uniformado, su relación con la institución y su responsabilidad social.

Indicadores.

A continuación se presentan los indicadores base sugeridos por el Colegio Colombiano de Psicología en el año 2013 para sus psicólogos jurídicos y los modificados, con el objetivo de demostrar una similitud y un punto de comparación para este profesional.

Indicadores Jurídicas	Indicadores Modificados
- Conoce y explicita la definición de la psicología jurídica y su denominación.	- Conoce y explicita la definición de la psicología militar y su denominación.
- Se fundamenta en los procesos psicológicos básicos.	- Se fundamenta en los procesos psicológicos básicos.
- Concibe factores biofisiológicos y	

<p>sociopolíticos como explicativos de los conflictos judiciales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establece las relaciones entre psicología y derecho. - Comprende y explica el comportamiento manifestado en ambientes jurídicos. - Indaga y comprende comportamientos relacionados con problemáticas relacionadas con el derecho. - Comprende las limitaciones de la psicología jurídica y sus interacciones con otras áreas de la psicología y otras disciplinas. - Identifica las normas y procedimientos que regulan su labor y las consecuencias judiciales de sus actuaciones. - Comprende que los problemas judiciales y la administración de la justicia están influenciados por los contextos social, político y económico. (Colegio Colombiano de Psicología, 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> - Concibe factores biofisiológicos, sociales, cognitivos y ambientales para explicar los conflictos del uniformado o relativos en la milicia. - Establece las relaciones entre psicología y milicia. - Comprende y explica el comportamiento manifiesto en ambientes militares. - Indaga y comprende comportamientos relacionados a problemáticas en ambientes hostiles. - Comprende las limitaciones de la psicología militar y sus interacciones con otras áreas de la psicología y otras disciplinas. - Identifica normas y procedimientos que regulan su labor y las consecuencias judiciales de sus actuaciones. - Comprende que los problemas militares y sus limitaciones en sus acciones están influenciados por los contextos social, político y económico.
---	--

Competencias Interdisciplinarias

Igualmente, al buscar definir esta competencia, se toma en cuenta lo encontrado en el artículo y seguido se agrega lo referente a la temática:

El psicólogo militar “está en capacidad de entender, comprender y relacionar los elementos conceptuales de otras disciplinas y profesiones a su práctica y ejercicio profesional, en

especial aquellas asociadas” (Colegio Colombiano de Psicología, 2016) al ámbito militar, atendiendo de manera adecuada a los requerimientos de la respectiva Fuerza Militar (Ejército, Armada o Fuerza Aérea) en que se encuentre.

A continuación se presentan los indicadores base sugeridos por el Colegio Colombiano de psicología en el años 2013 para sus psicólogos jurídicos y los modificados, con el objetivo de demostrar una similitud y un punto de comparación para este profesional.

Indicadores.

Indicadores Jurídicas	Indicadores Modificados
<ul style="list-style-type: none"> - Reconoce la necesidad de conocer y aplicar en su quehacer elementos sustanciales y procesales del derecho y de sus especialidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconoce la necesidad de conocer y aplicar en su quehacer elementos sustanciales del área deportiva, médica (ej. Psiquiatría), y demás áreas que contribuyan a una mejor intervención.
<ul style="list-style-type: none"> - Demuestra lenguaje interdisciplinar y habilidades de comunicación con otros profesionales con los que se comparten ámbitos de actuación, todo bajo el respeto por cada una de las disciplinas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demuestra un lenguaje interdisciplinar y habilidades de comunicación entre otros profesionales relacionados en su actuación.
<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de cooperar en equipos para asesorar proyectos de ley y medir la reacción social ante una norma jurídica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantiene una capacidad de cooperar en equipo con otras disciplinas y profesiones para realizar protocolos de intervención, atención en crisis u otros proyectos asociados a su quehacer profesional y el ambiente inmediato.
<ul style="list-style-type: none"> - Propone políticas sociales y criminales, fundamentadas en conocimiento psicológico. (Colegio Colombiano de Psicología, 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> - Propone políticas sociales que contribuyan a la justicia social, bienestar social y orden social de la institución militar.

Definición Propuesta.

A partir de la definición anterior y la literatura revisada, se propone que la psicología militar es:

“El uso de las teorías psicológicas para la investigación, desarrollo y aplicación de protocolos clínicos y operacionales que contribuyan al entendimiento del comportamiento humano en situaciones hostiles o de paz, optimizando el personal y su funcionalidad dentro de la institución”.

Se recalca que esta definición no incluye el contexto colombiano actual y por ende cualquier intento por definir esta psicología sin el apoyo de varios psicólogos militares (civiles o militares) que tengan contacto directo con las Fuerzas Militares, impedirá una apropiada definición que abarque la complejidad contextual.

Sin embargo, al buscar definir el psicólogo militar, se encuentra que las anteriores definiciones son correctas, a excepción que no menciona la necesidad de ser militar para entender la complejidad de un ambiente militar, por lo anterior se propone una cuarta definición que complementa el “ser psicólogo militar”, pero que tampoco excluye a los demás psicólogos interesados en el estudio de esta temática:

- 1) Un científico quien utiliza los principios psicológicos para estudiar los ambientes de defensa nacional y militar.
- 2) Profesionales que aplican los principios psicológicos a la solución de problemas de interés para las agencias militares y de defensa.
- 3) Maestros que forman a individuos en la ciencia y la práctica de la psicología, aplicada al ambiente militar (APA, 2015a).
- 4) “Profesionales graduados en la disciplina psicológica, que hacen parte del servicio activo de las Fuerzas Militares, son garantes de un rango, un título de militar y están regidos por un código militar”.

Conclusiones

Una vez presentado al lector un recorrido por el campo de la psicología militar, pasando por su evolución histórica, y mostrando la división del trabajo según el contexto en que se encuentre; se proponen a modo de conclusión los siguientes componentes enumerados a continuación:

- I. Debido a los cambios contextuales de guerra que han ocurrido en la historia de la humanidad, en especial en el siglo XX, los avances de la psicología militar se han visto favorecidos por la alta necesidad de suplir los problemas emergentes de la salud mental en los uniformados. No obstante, al no poder satisfacer todas las necesidades del contexto, la psicología militar se **especializo** en dos grandes sub-ramas: La Psicología Clínica Militar, encargada de la prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación del personal uniformado y civil que conformen las Fuerzas Militares; y la Psicología Operacional, de carácter preventivo, por intentar dar las herramientas y técnicas necesarias al personal de la institución para prevenir el conflicto, interrupción o terminación de una operación, mejorar las habilidades o competencias del personal en contextos específicos y optimizar los procesos de la institución.

- II. Al revisar la literatura expuesta, y teniendo en cuenta las definiciones anteriores de la APA y otros autores, se propone una nueva definición de la psicología militar, y se complementa el perfil del psicólogo militar con el objetivo de asistir al Colegio Colombiano de Psicología, en encontrar una adecuada definición acorde al ejercicio profesional, por tanto:

La Psicología militar es:

El uso de las teorías psicológicas para la investigación, desarrollo y aplicación de protocolos clínicos y operacionales que contribuyan al entendimiento del comportamiento humano en situaciones hostiles o de paz, optimizando el personal y su funcionalidad dentro de la institución.

Asimismo, para el que busque definir al psicólogo militar se encontrará que las anteriores definiciones son correctas, a excepción que no menciona la condición de ser militar para entender la complejidad de un ambiente militar, por lo anterior se propone una cuarta definición que complementa el “ser psicólogo militar”, pero que tampoco excluye a los demás psicólogos interesados en el estudio de esta temática. A continuación se presentan las definiciones:

- 1) Un científico quien utiliza los principios psicológicos para estudiar los ambientes de defensa nacional y militar.
 - 2) Profesionales que aplican los principios psicológicos a la solución de problemas de interés para las agencias militares y de defensa.
 - 3) Maestros que forman a individuos en la ciencia y la práctica de la psicología, aplicada al ambiente militar (APA, 2015a).
 - 4) “Profesionales graduados en la disciplina psicológica, que hacen parte del servicio activo de las Fuerzas Militares, son garantes de un rango, un título militar y están regidos por un código militar”.
- III. El psicólogo militar adquiere su rol según el contexto en que se encuentre y el objetivo a realizar; sus funciones en el área clínica varían en lo que corresponde a la prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación, antes, durante y después de un despliegue; y en lo operacional, buscará de manera preventiva durante el entrenamiento u otras situaciones de conflicto proveer al personal a cargo de técnicas o herramientas psicológicas que faciliten su actuación en el combate. De la misma manera, es un asesor al comandante ya que puede reportar los comportamientos inusuales de los individuos amistosos o enemigos, facilitando el proceso y táctica operativo.
- IV. Al proponerse unas competencias disciplinares e interdisciplinares para el psicólogo militar, se impone a este profesional informarse, actualizarse en códigos y estar en constante reentrenamiento académico. Por esto, se propone una revisión en conjunto del Colegio Colombiano de Psicólogos y los psicólogos militares de alto rango de las tres Fuerzas Militares para buscar, validar y conseguir un consenso sobre las competencias necesarias que el psicólogo militar debe tener dentro y fuera de las Fuerzas Militares.
- V. Respecto al ejercicio profesional, se considera obligatorio el trabajo en conjunto con el Colegio Colombiano de Psicología y las Fuerzas Militares para determinar la legalidad y legitimidad; encontrando un punto de equilibrio entre la responsabilidad social como figura estatal (el ser militar) y su responsabilidad deontológica de su profesión.

- VI. Se puede inferir que la psicología militar tiene un campo de acción amplio que necesita de una constante actualización ética, científica y tecnológica debido a los conflictos existentes en la sociedad. Sus aportes contribuyen a los intereses nacionales de los Art.2 de la Constitución al buscar “asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares” (Senado, 2016) y de los Arts.11 y 12 al intentar prevenir cualquier vulneración al derecho a la vida o cualquier experiencia de tortura, penas crueles, entre otros. Demostrando una relación necesaria de cooperación entre la psicología y el estado.
- VII. Para finalizar, al no encontrarse en las bases de datos académicas y otras fuentes de información artículos que muestren investigaciones psicológicas de carácter científico por parte de los psicólogos militares que busquen contextualizar o caracterizar este conocimiento, se recomienda la construcción y aplicación de una entrevista semiestructurada con la anterior información, que tenga como objetivo responder las anterior limitaciones contextuales.

Sin embargo, por los requerimientos y limitaciones que cada Fuerza Militar le impone a la población civil respecto a la autorización de investigaciones externas dentro del ámbito militar, se propone que esta aplicación este acompañada por los psicólogos de las Fuerzas Militares (Ejército, Armada y Fuerza Aérea) y así, se pueda identificar los requerimientos y necesidades psicológicos en cada fuerza, teniendo en cuenta los respectivos contextos y áreas de trabajo.

En segundo caso, se propone que después de la contextualización o caracterización del conocimiento, se establezca un laboratorio especializado sobre la psicología militar en la ciudad de Bogotá, a cargo del Comando General de las las Fuerzas Militares, y se trabaje en conjunto con la Policía Nacional, por el carácter Militar que el contexto colombiano le ha otorgado, y su experiencia investigativa y científica en el Observatorio del Delito.

REFERENCIAS

- APA, (2015a). About. *Military Psychology*. Recuperado el 16, Mayo, 2016 de:
<http://www.apadivisions.org/division-19/about/index.aspx>
- APA, (2015b). APA's Council Bans Psychologist Participation in National Security Interrogations. Recuperado el 16, Mayo, 2016 de:
<http://www.apa.org/news/press/releases/2015/08/psychologist-interrogations.aspx>
- Balson, P. M., Brooks, F. R., Ebner, D. G. & Xenakis, S. N., (1983) Psychological reactions during chemical warfare training. *Military Medicine*, Vol 148(3), 232-235. Encontrado en:
<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1983-32751-001>
- Banderet, L. E., Forte, V.A. & Muza, S. R. (1996). Effects of chemical defense clothing and individual equipment on ventilatory function and subjective reactions. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, Vol.67(12), (p. 1190-1197). Recuperado el 14, Abril, 2016 de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8968488>
- Banks, L. M., Picano, J. J., Roland, R. R. & Williams, T. J. (2006). Introduction to Operational Psychology. En C. H. Kennedy & E. A. Zillmer. (Ed. 1) *Military Psychology: Clinical and Operational Applications* (pp. 193-214). New York: The Guildford Press.
- Baptista, L., Hernández, S. & Fernández, C. (2010). *Metodología de la Investigación*, (Ed. 5). McGraw Hill, México.
- Borum, R., Fein, R., & Kennedy, C. H. (2011) Ethical Dilemmas in Psychological Consultation to Counterintelligence and Counterterrorism Activities. En Kennedy, C. H. & Williams, T. J. (Ed. 1). *Ethical Practice in Operational Psychology* (pp. 69-84). Washington, DC: American Psychological Association.
- Budd, F. C. & Harvey, S. (2006). Military Fitness-for-Duty Evaluations. En C. H. Kennedy & E. A. Zillmer. (Ed. 1) *Military Psychology: Clinical and Operational Applications* (pp. 35-53). New York: The Guildford Press.
- Budd, F. C. & Kennedy, C. H. (2006). Introduction to Clinical Psychology. En C. H. Kennedy & E. A. Zillmer. (Ed. 1) *Military Psychology: Clinical and Operational Applications* (pp. 21-33). New York: The Guildford Press.

- Cammermeyer, M. & Carter, B. J. (1985). Biopsychological responses of medical unit personnel wearing chemical defense ensemble in a simulated chemical warfare environment. *Military Medicine*, 150(5), 239-249. Recuperado el día, mes y año:
<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1986-13178-001>
- Colegio Colombiano de Psicología (2013). Perfiles por competencias del profesional en psicología. P.43 – 49. Recuperado el 16, Mayo, 2016 de:
https://issuu.com/colpsic/docs/perfiles_por_competencia_del_profes
- Crow, B. E., Mason, S. T. & Moore, B. A. (2012) Assessment and Management of Acute Combat Stress on the Battlefield. En C. H. Kennedy. (Ed. 2.), *Military Psychology: Clinical and Operational Applications* (pp. 73-92). New York: The Guildford Press.
- Dirección de Sanidad Ejército Nacional, (2013). Salud Mental. Recuperado el 16, Mayo, 2016 de:
<http://www.disanejercito.mil.co/index.php?idcategoria=1800>
- Dirección de Sanidad, (2014). Misión y Visión. Recuperado el 16, Mayo, 2016 de:
<http://www.disanejercito.mil.co/index.php?idcategoria=28091>
- Doran. A. P, Hiller Lauby, M. D., Hoyt, G. B., & Morgan III. C. A. (2012). Survival, Evasion, Resistance and Escape (SERE) Training, Preparing Military Members for Demands of Captivity. En C. H. Kennedy. (Ed. 2.), *Military Psychology: Clinical and Operational Applications* (pp. 306-330). New York: The Guildford Press.
- El Espectador (2013). Entre el 2012 y 2013 se han registrado 58 suicidios en las Fuerza Militares. Recuperado el 16, Mayo, 2016 de: <http://www.elespectador.com/noticias/judicial/entre-2012-y-2013-se-han-registrado-58-suicidios-fuerza-articulo-412397>
- Grayson, R., Jones, D. E., Kennedy, C. H., McDonald, W. A. & Pauli, I. B. (2012) Substance Abuse Services and Gambling Treatment in the Military. En C. H. Kennedy. (Ed. 2.), *Military Psychology: Clinical and Operational Applications* (pp. 251-280). New York: The Guildford Press.
- Hacker H. G. H., Kennedy, C. H., & McNeil, J. A. (2012). A History of Military Psychology. En C. H. Kennedy. (Ed. 2.), *Military Psychology: Clinical and Operational Applications* (pp. 1-24). New York: The Guildford Press.

- Hammond, P. J., Hourani, L. L., Jones, D. E., Rariden, M. B. & Werbel, A. D. (2012). Suicide Prevention in the Military. En C. H. Kennedy. (Ed. 2.), *Military Psychology: Clinical and Operational Applications* (pp. 211-250). New York: The Guildford Press.
- Harvey, S. Staal, M. A. & Young, J. (2011). Ethical Considerations in the Conduct of Security Clearance Evaluations. En Kennedy, C. H. & Williams, T. J. (Ed. 1). *Ethical Practice in Operational Psychology* (pp. 51-68). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hauser, S. L. (2009). Gulf War and Health: Update of Health Effects of Serving in the Gulf War. Recuperado el 16, Mayo, 2016 de:
<http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2010/Gulf-War-and-Health-Volume-8/Hauser%20Testimony.pdf>
- Headquarters, Department of the Army (2005). Psychological Operations. Recuperado el 16, Mayo, 2016 de: <https://fas.org/irp/doddir/army/fm3-05-30.pdf>
- History Channel, (2016). Persian Gulf War. Recuperado el 16, Mayo, 2016 de:
<http://www.history.com/topics/persian-gulf-war>
- Hughes, J. H., Liebling-Kalifani, H. & McCauley, M., (2008). Ethical Considerations for Military Clinical Psychologists: A Review of Selected Literature. Vol. 20. *Military Psychology* (7-20). Recuperado el 03, Mayo, 2016 de:
<http://psycnet.apa.org.ezproxy.javeriana.edu.co:2048/journals/mil/20/1/7.pdf>
- Isler, W. C, Kimura, J., Park, J., Rowan, A. B., Shwalb, D. A. & Travis, W. J. (2015). Postdeployment Psychological Health and Interpersonal Problems Among Air Force Mental Health Personnel. En *Military Psychology*, Vol 27(4), Jul 2015, 242-251. Encontrado en:
<http://psycnet.apa.org/?&fa=main.doiLanding&doi=10.1037/mil0000076>
- Keener, J. M. & Monahan, M. C. (2012) Fitness-for-Duty Evaluations. En C. H. Kennedy. (Ed. 2.), *Military Psychology: Clinical and Operational Applications* (pp. 25-49). New York: The Guildford Press.
- Kennedy, C. H. (2012). Ethical Dilemmas in Clinical Operational, Expeditionary, and Combat Environments. En C. H. Kennedy. (Ed. 2.), *Military Psychology: Clinical and Operational Applications* (pp. 360-390). New York: The Guildford Press.

- Kennedy, C. H. & Williams, T. J. (2011) Operational Psychology Ethics: Addressing Evolving Dilemmas. En Kennedy, C. H. & Williams, T. J. (Ed. 1). *Ethical Practice in Operational Psychology* (pp. 3-28). Washington, DC: American Psychological Association.
- Merino-Trujillo, A. (2011). Cómo escribir documentos científicos (Parte 3). Artículo de revisión. Recuperado el 20, Abril, 2016 de: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48721182006.pdf>
- Oordt, M. S. (2001). Managing Severe Gas Mask Anxiety with Cognitive-Behavioral Approach: An Illustrative Case Study and Treatment Protocol. En *Military Psychology*. Vol. 13(3) (p. 165-176). Recuperado el 03, Mayo, 2016 de: <http://psycnet.apa.org.ezproxy.javeriana.edu.co:2048/journals/mil/13/3/165.pdf>
- Oordt, M. (2006) The psychological Effects of Weapons of Mass Destruction. En C. H. Kennedy & E. A. Zillmer. (Ed. 1) *Military Psychology: Clinical and Operational Applications* (pp. 295-309). New York: The Guildford Press.
- Picano, J. J., Roland, R. R. & Williams, T. J. (2012). Assessment and Selection of High-Risk Operational Personal. En C. H. Kennedy. (Ed. 2.), *Military Psychology: Clinical and Operational Applications* (pp. 50-72). New York: The Guildford Press.
- Pontificia Universidad Javeriana (PUJ) (2015). Misión. Encontrado en: <http://www.javeriana.edu.co/puj/oracle/mision.html>
- Reger, G. M & Skopp, N. A. (2012). Posttraumatic Stress Disorder, Depression, and Other Psychological Sequelae of Military Deployment. En C. H. Kennedy. (Ed. 2.), *Military Psychology: Clinical and Operational Applications* (pp. 93-120). New York: The Guildford Press.
- Senado (2016). Constitución Política de Colombia. Recuperado el 16, Mayo, 2016 de: http://www.senado.gov.co/images/stories/Informacion_General/constitucion_politica.pdf