

# La atención del personal militar activo en el sector civil

*Howard Waitzkin*

---

## Introducción

Las operaciones de combate en Irak, Afganistán y otros lados no nada más le quitan la vida al personal del servicio militar estadounidense, sino que además dañan la salud física y mental de todos aquéllos que sobreviven. A pesar de que los oficiales militares se esfuerzan en implementar atención militar médica de alta calidad,<sup>1</sup> existen reportes surgidos tanto de adentro como de afuera del ejército que destacan las necesidades médicas y psicológicas insatisfechas del personal en servicio.<sup>2-8</sup> Algunos analistas han pronosticado que las lesiones físicas y emocionales sufridas por los soldados estadounidenses se convertirán en una epidemia de salud pública que continuará estresando a los de por sí sobrecargados sistemas de salud y salud mental de los EEUU.<sup>9-11</sup>

Varios factores pueden llevar a que los militares activos soliciten una evaluación médica independiente y un tratamiento fuera del sistema militar. Los militares viven un sistema de mando y un sistema de atención médica donde la enfermedad y las lesiones pueden ser consideradas obstáculos para la misión militar, inconveniencias para los comandos locales o formas de hacerse el enfermo.<sup>12</sup> Por ejemplo, los militares pueden ser

enviados a zonas de combate antes de haberse realizado una evaluación completa de su enfermedad física. Por otro lado, aquellos militares con problemas de salud mental (por ejemplo, depresión o trastorno por estrés postraumático) pueden ser reenviados a las zonas de combate poco tiempo después de haber sido diagnosticados o al principio de un tratamiento prueba.

Además, el hecho de que tales agencias tengan dos funciones afecta el suministro de servicios de salud física y mental en el ejército. La escasez de personal y la presión del rápido desplegamiento y redespiegamiento de tropas en Irak y Afganistán ejercen una gran presión sobre los médicos militares. Al tratar a soldados con problemas de salud física y mental, los médicos militares tienen que tomar en cuenta la necesidad mantener el número y la disposición de las fuerzas de combate.<sup>13</sup> Estos objetivos militares tienden a contradecir la tarea de ayudar al paciente individual, el doble papel de los médicos militares hace surgir tensiones inherentes que aumentan las necesidades expresadas de los soldados de servicios en el sector civil.

La Red de Recursos Médicos Civiles es una red nacional pequeña de profesionales, fue establecida en el 2006 con el objetivo de brindar a los militares una alternativa al sistema militar de atención de salud y de salud mental. La Red está compuesta por profesionales de medicina en atención primaria, psiquiatría, psicología, trabajo social y salud pública, quienes trabajan para satisfacer las necesidades del personal militar activo de los EEUU cuando alguno de sus elementos busca atención médica y/o psicológica en el sector civil. Debido a que otros recursos civiles trabajan por lo menos parcialmente sobre

---

Dr. Howard Waitzkin. Departamento de Sociología, Familia & Medicina Interna y Comunitaria, Universidad de Nuevo México, Albuquerque, y Programa de Medicina Social "Salvador Allende" Taos, Nuevo Mexico. Médicos por la Responsabilidad Social y Amnistía Internacional, Portland, Oregon  
Email: [waitzkin@unm.edu](mailto:waitzkin@unm.edu)  
Conflictos de intereses no declarados

las necesidades de los militares dados de baja (*veterans*), la Red se centra en el trabajo con los militares activos que necesitan atención médica o psicológica.

En este artículo describimos las experiencias de la Red y analizamos algunos temas clave de las políticas relacionadas a las necesidades de salud insatisfechas de los militares norteamericanos. No consideramos el impacto de la guerra sobre las poblaciones de Irak y Afganistán; un tema que ya ha sido estudiado por otros.<sup>14, 15</sup>

### Historia, estructura y actividades de la Red

A pesar de que algunos médicos civiles individuales empezaron a atender a militares activos de manera informal desde el principio de la guerra en Afganistán (a finales del 2001), la Red empezó sus actividades coordinadas en el 2006. Los creadores de la Red habían tenido experiencia en actividades de apoyo similares durante la guerra de Vietnam, a finales de los años 60s, y a principios de los 70s, así como durante y después de la Guerra del Golfo en los 90s. Durante tales conflictos, grupos como el Comité Médico por los Derechos Humanos (*Medical*

*Comittee for Human Rights*) y la Unión de Resistencia Médica (*Medical Resistance Union*) organizaron esfuerzos para brindar servicios de salud médica y mental a individuos que buscaban una exención médica del reclutamiento militar y a militares activos que solicitaran atención en el sector civil. En los últimos años, debido a la falta de reclutamiento obligatorio, los esfuerzos han estado dirigidos a la atención de militares activos.

En un inicio, el reclutamiento de médicos para la Red se llevó a cabo a través del alcance personal de colegas, además, dos organizaciones nacionales: Médicos a Favor de la Responsabilidad Social (*Physicians for Social Responsibility*) que tiene un enfoque a favor de la paz y Médicos a Favor de un Plan Nacional de Salud (*Physicians for a National Health Program*) con un enfoque en el acceso a la atención de la salud, anunciaron el programa a sus miembros. A finales del 2008, había 51 profesionales participando en la Red, predominantemente, médicos de atención primaria y de salud mental. Están ubicados en todas las regiones del país (Cuadro 1). Los profesionales reciben una breve capacitación sobre los tipos de apoyo y la documentación que los militares requieren.

**Cuadro 1. Profesionales Participantes en la Red de Servicios Médicos Civiles**

Region	Este	Sur	Oeste	Central	Oeste Medio	Sureste
	<b>Total</b>	14	3	25	1	4
<b>(Porcentaje)</b>	(27)	(6)	(49)	(2)	(8)	(8)
Especialidad						
	Atención primaria	Psiquiatría	Psicología/trabajo social/ asesoría psicológica		Subespecialidad médicas y quirúrgicas	
<b>Total *</b>	24	11	16		5	
<b>(Percent)</b>	(43)	(20)	(29)		(8)	

(N = 51), las especialidades suman más de 51 porque algunos de los participantes tienen más de una.

La Línea Directa de los Derechos de los Militares (*GI Rights Hotline*) deriva a los pacientes a la Red, esta Línea es un esfuerzo nacional mantenido por 25 organizaciones religiosas y de paz, así como por el Grupo de Trabajo de la Ley Militar del Gremio Nacional de Abogados. Cuenta con la asesoría de profesionales legales, quienes ayudan a los médicos con la documentación necesaria para apoyar la solicitud de separación o de reasignamiento de los militares.<sup>17, 18</sup> Durante el 2008, la Línea Directa recibió aproximadamente 3,000 llamadas mensuales de militares activos y sus familias. Cuando un militar o un familiar hablan a la Línea Directa y describe las necesidades insatisfechas, el consejero puede (a su discreción) contactar a la Red, quien luego organiza una derivación a uno o más profesionales participantes.

La demanda de los servicios de la Red ha crecido de manera constante, a finales del 2008, los profesionales de la Red habían trabajado aproximadamente con 200 militares, además, la Red estaba recibiendo cerca de cuatro derivaciones nuevas por semana. Sin embargo, debido a la falta de un alcance suficiente en las bases militares, gran parte del personal militar desconoce la existencia de la Red. Por otro lado, el número limitado de profesionales participantes no ha permitido que la Red aumente el número de derivaciones de manera significativa.

Generalmente, los militares tienen recursos financieros y cobertura de los servicios civiles limitados, los profesionales de la Red proporcionan atención de manera gratuita o a un costo muy reducido, de ser posible, la consulta es realizada en persona, pero, en caso de que la distancia geográfica no lo permita, se pueden llevar a cabo consultas telefónicas. Los procedimientos de derivación y las relaciones con la Línea Directa y con el Grupo de Trabajo de la Ley Militar son coordinados por voluntarios sin sueldo.

La Red proporciona valoración independiente y tratamiento tanto de problemas médicos, como psicológicos. En algunos casos, en los que los pacientes han sufrido de afecciones agudas o riesgosas para sus vidas (típicamente: ideación

suicida u homicida) los pacientes han sido derivados a las instalaciones locales de salud mental o médicas, en estas situaciones, los profesionales de la Red han intervenido para asegurar un tratamiento médico o psicológico adecuado.

En situaciones menos graves, el militar busca una valoración independiente del diagnóstico realizado por los médicos militares o un consejo sobre las opciones de tratamiento y el impacto que su actividad en el ejército puede tener sobre su enfermedad o sobre sus lesiones. Otros militares buscan una evaluación independiente para estar seguros del diagnóstico. También solicitan tratamiento independiente debido a que dudan que los servicios en las clínicas militares sean del todo adecuados. Las acciones realizadas por los profesionales civiles pueden ayudar a que los militares obtengan acceso a los médicos militares, particularmente a los especialistas. Además, pueden reducir la probabilidad de que el personal superior dificulte o se oponga a que el militar acuda al Servicio Médico Diario (*Sick Call*) o a los hospitales militares.

### **Visión general de los servicios civiles médicos y de salud mental**

Los coordinadores de la Red recolectaron datos anónimos de 70 usuarios consecutivos que recibieron atención en ésta durante el 2007 y el 2008 (Cuadro 2). Estos datos fueron recolectados durante el proceso de admisión, a través de la información proporcionada por los consejeros de la Línea Directa y/o durante las conversaciones iniciales entre el militar y el coordinador de la Red. En el caso de algunos usuarios, los médicos de la Red proporcionaron datos cualitativos adicionales a los autores, vía telefónica o por e-mail.

En lo que respecta a la privacidad y al consentimiento informado del paciente, el presente artículo cumple completamente con los requerimientos del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.<sup>19</sup> A pesar de que nuestro trabajo no involucra la investigación con sujetos humanos como es tradicionalmente definida, hemos implementado para la Red las medidas comunes para proteger a nuestros

usuarios (incluyendo procedimientos referentes al consentimiento informado y a la protección del anonimato a través de la desvinculación de todos los datos identificables). No mantenemos datos identificables en disco duro o en alguna forma electrónica que pudiera ser sujeta a requerimiento judicial o algún intento similar por parte del gobierno de los EEUU o de otras entidades con el

fin de obtener información sobre los usuarios. En múltiples ocasiones hemos obtenido consejo legal y consultado con nuestro Comité de Evaluación Institucional para asegurar las dimensiones éticas de nuestro trabajo con quienes acuden a los servicios del sector civil, habiendo intentado y fracasado satisfacer sus necesidades dentro de los servicios militares.

**Cuadro 2. Usuarios de la Red de Recursos Médicos Civiles**  
(N = 70)

<b>Género</b>		
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>Total</b>	62	8
<b>(Porcentaje)</b>	(89)	(11)

<b>Región</b>						
	<b>Este</b>	<b>Sur</b>	<b>Oeste</b>	<b>Central</b>	<b>Oeste Medio</b>	<b>Sureste</b>
<b>Total</b>	11	6	7	5	25	16
<b>(Porcentaje)</b>	(16)	(9)	(10)	(7)	(36)	(22)

<b>* Categoría diagnóstica primaria</b>						
	<b>Depresión</b>		<b>PTSD</b>	<b>Otros</b>	<b>Médico / cirugia</b>	<b>No Pregunte /Dile No</b>
	<b>W / O ideación homicida o suicida</b>	<b>W / ideación homicida o suicida</b>				
<b>Total</b>	13	12	11	19	14	1
<b>(Porcentaje)</b>	(19)	(17)	(16)	(27)	(20)	(1)

\* Comorbilidades, que ocurren frecuentemente, no están indicadas.

“No preuntes, no digas” se refiere a un asunto relacionado con orientaciones homosexuales en ambos sexos.

### **Descripción de los usuarios**

El ochenta y nueve por ciento son hombres, aunque las mujeres comprenden una proporción similar (11%) a la proporción total del personal militar activo (15%),<sup>20</sup> militares de todas partes del país buscan los servicios de la Red. Todos los usuarios (a excepción de uno) reportaron que ellos y sus familias son de bajos ingresos, cerca de la mitad de los pacientes han desertado (es decir, están ausentes sin permiso).

### **Motivos de consulta**

Los problemas físicos constituyeron el 20% de las derivaciones a la Red, el 79% sufría de trastornos psicológicos. En el recuadro se presentan algunas historias-caso típicas.

\*\*\*\*\*

Algunos trastornos físicos resultaron ser relativamente menores, mientras que otros, de vida o muerte. Los trastornos físicos menores incluyeron: síntomas óseo-musculares, como dolor de espalda, dolor de pie y erupciones cutáneas. Por otro lado, algunos problemas reportados como de vida o muerte fueron: ataques inexplicables, adormecimiento después de una fractura vertebral, visión doble después de una fractura de la cuenca ocular, ocurrido en un accidente de metralla, y sangrado persistente de una oreja después de una lesión en la cabeza.

Entre los diagnósticos de salud mental, predominaron el trastorno por estrés postraumático, la ansiedad, la depresión y el consumo de drogas; de manera ocasional se trató a militares con urgencias psiquiátricas severas, generalmente ligadas a eventos traumáticos, la mayoría de los militares con este tipo de problemas temía ser reenviado a Irak. Cerca de una quinta parte de los usuarios reportó ideaciones y/o intentos de suicidio; tres militares reportaron ideaciones homicidas. Experiencias negativas durante la infancia (como abuso o abandono), una historia de agresión sexual y el género femenino tendieron a incrementar las posibilidades de presentar trastornos por estrés postraumático y depresión (los médicos militares han realizado la misma observación<sup>21-23</sup>).

### **Nota de recuadro. Resumen de casos ilustrativos\***

Este soldado estuvo en Irak, donde fue asignado a puntos de observación como parte de una patrulla que buscaba alijos de armas e informantes. Estuvo expuesto regularmente a francotiradores y dispositivos explosivos improvisados. En enero, en un periodo de cinco días, dos amigos cercanos y un conocido fueron asesinados por bombas localizadas al borde de la carretera, el sujeto empezó a tener pesadillas frecuentes, la misión de su unidad dejó de tener sentido para él. Perdió la esperanza en lo que estaba haciendo, empezó a cuestionarse qué hacía su unidad en Irak y a experimentar enojo sin motivo aparente, a odiar a la gente iraquí y a verla como la fuente de su angustia. Los niños iraquíes, a los que antes le gustaba ver, empezaron a fastidiarle, tenía problemas para comprender instrucciones y sentía que su desempeño era inadecuado. Al regresar a los EEUU, decidió que no volvería a Irak, no quería tener que jalar el gatillo una vez más. Este soldado presentaba trastornos por estrés postraumático, con estados depresivos y de pánico.

\*\*\*

Este joven, originario de un país del África subsahariana, se alistó en el ejército y completó un periodo de servicio de un año en Irak. Durante este tiempo, presencié numerosas lesiones a civiles, además, varios de sus amigos murieron. Al regresar de su periodo de servicio, se enteró rápidamente que sería reenviado a Irak, desesperado, dejó su base y desertó. El sujeto cumplió con los criterios médicos para ser diagnosticado con trastornos por estrés postraumático y de depresión mayor.

\*\*\*

Durante su período de servicio en Irak, un soldado presencié la muerte violenta de varios amigos cercanos y de civiles iraquíes, una de sus tareas implicó el remover sangre y restos corporales de los vehículos militares. A su regreso a los Estados Unidos, sufría de depresión, trastorno por estrés postraumático y ansiedad generalizada, después de uno de sus

Algunos rasgos de las aflicciones de los usuarios se refirieron a la familia, estos problemas surgieron mientras el militar se encontraba en la zona de combate y después de su regreso a casa. Los problemas involucraron el estrés generado por el reto que las responsabilidades de la atención a miembros de la familia presentan, la violencia dentro de la pareja y su disolución (o la disolución del matrimonio); existen estudios del personal de combate del Reino Unido y Canadá que hallaron resultados similares, especialmente entre el personal de reserva.<sup>24-27</sup>

### ***Servicios específicos proporcionados por la Red***

Basándose en su valoración, los profesionales civiles elaboran reportes con diagnósticos, pronósticos y recomendaciones de tratamiento (se anexan documentos típicos como apéndice), en caso de ser apropiado, los profesionales de la Red recomiendan servicios reducidos, reasignamientos o separaciones médicas, también ayudan a los pacientes con la interpretación de las conclusiones y las recomendaciones de los médicos militares. Los reportes de los profesionales civiles apoyan la resolución de dificultades cuando un militar enfrenta un Consejo de Guerra por mala conducta (como una ausencia sin permiso) o en procedimientos de discapacidad en los que el ejército intenta negar las prestaciones médicas o financieras al militar que ya no es capaz de prestar servicio.

### ***Temas surgidos de las conversaciones con los médicos***

Los siguientes temas surgieron de las categorizaciones que hizo el autor de los reportes médicos, para ser incluido, cada tema apareció en los reportes de por lo menos cinco usuarios:

El reclutamiento económico: La mayoría de los militares se alistaron debido a retos económicos o a la falta de oportunidades de empleo, además de su condición de bajos ingresos, muchos militares pertenecen a minorías étnicas o raciales o nacieron en países del Tercer Mundo.

Engaño: Los problemas psicológicos de los militares y militares de reserva incluyeron la sensación de haber sido engañados en el proceso

cuatro intentos de suicidio, ingresó a un hospital psiquiátrico de manera temporal. Al enterarse de que su unidad sería reubicada en Irak, desertó. Cuando contactó a la Línea Directa, se encontraba viviendo junto con su esposa y su hijo en un área rural y trabajando esporádicamente. Se enteró de que la policía militar y el departamento local del sheriff lo estaban buscando. En una entrevista telefónica, el soldado expresó ideas suicidas y la intención de asesinar a oficiales específicos, de ser regresado a su unidad original.

\*\*\*

Un soldado con dos vértebras fracturadas sufría de adormecimiento severo en las piernas, al usar chaleco antibalas, no podía mover las piernas. Previamente, se había fracturado una cuenca ocular, después de lo cual los cirujanos insertaron una placa metálica, sin embargo, aún sufría de visión doble y no podía enfocar. Otros problemas incluían el sangrado rectal e insuficiencia renal. Cuando consultó a la Línea Directa, su reenvío a Irak estaba programado dos semanas más tarde, buscando una separación médica acudió al Servicio de Atención Diario, declaró que el médico le dijo que aunque se encontraba en mal estado el ejército lo necesitaba y, por eso, no le podía otorgar una separación, se le informó también que podría obtener fisioterapia en Irak. Le era difícil acudir al médico porque su sargento le repetía que no debía acudir al Servicio de Atención Diario. El soldado solicitó documentación relacionada a su solicitud de separación y buscó atención a sus problemas de salud (de manera secundaria).

\*\*\*

Durante un entrenamiento básico, un soldado se cayó y se lesionó la pierna y el tobillo derechos, posteriormente fue derribado sobre su lado derecho durante una práctica de combate armado. Experimentaba dolor de espalda hasta la extremidad baja derecha y adormecimiento del pie derecho, necesitaba usar muletas. En el Servicio de Atención Diario le fueron recetados ibuprofeno y tramadol, al tratar de acudir al Servicio de Atención Diario, sentía que era

de reclutamiento, así como períodos de servicio más largos y frecuentes de los prometidos; los militares de reserva, por lo general, no esperaban tener que combatir.

Dilemas éticos y violencia sin sentido: Surgieron problemas físicos y emocionales por haber sido testigos o haber cometido actos de violencia, sin que ésta tuviera como resultado un avance en dirección de la satisfacción de los objetivos militares, políticos y sociales. Los militares frecuentemente comentaron que no entendían el propósito del involucramiento militar en Afganistán o Irak. Muchos de los actos de violencia cometidos en contra de civiles (especialmente de niños) generaron culpa, depresión y trastornos por estrés posttraumático. Tal violencia implicó frecuentemente acciones intencionales, algunas de ellas ordenadas por los oficiales militares superiores y otras como resultado de las sospechas de ataques armados por combatientes en ropas civiles.

Inquietudes acerca de la atención médica militar: Los militares reportaron que los profesionales militares frecuentemente restan importancia a sus problemas físicos, estos militares buscaron la ratificación de sus problemas físicos como medio para lograr una separación o su reasignamiento a posiciones fuera de combate.

Estatus en el ejército: Los militares que permanecieron con sus unidades experimentaron barreras para contactar a la Línea Directa o para recibir evaluaciones por medio de la Red, tales barreras fueron principalmente producto del aislamiento geográfico de las bases militares. Además, los problemas de horario dificultaron las consultas con los profesionales civiles. Aquellos militares que se encontraban ausentes sin permiso enfrentaron menos dificultades para desplazarse o encontrar una fecha adecuada, en cambio, experimentaron miedo severo de ser capturados y devueltos a sus unidades.

Privatización de los servicios: Muchos usuarios que contactaron a la Red reportaron dificultades que ellos o sus familias enfrentaron para obtener servicios privatizados subrogados de organizaciones contratadas por los militares. Las inconveniencias en la obtención de los servicios y

fastidiado. Había consultado a doctores militares, pero no se hallaba cómodo con su evaluación y tratamiento, por eso, buscó la valoración de los médicos civiles. debidos a un daño cerebral, el soldado y ella estaban

\*\*\*

Una mujer habló de parte de su prometido, quien estaba sufriendo de ataques, posiblemente insatisfechos con la evaluación médica militar y buscaban una consulta con un médico civil.

\* Los autores seleccionaron estos casos porque representan el espectro de problemas que la Red atiende.

el que los médicos restaran importancia a sus problemas clínicos, motivó a los militares y a sus familias a buscar atención en el sector civil.

El contexto de tortura y los abusos públicos a los derechos humanos: Este contexto ha determinado las experiencias de los militares, a pesar de que la mayoría de los militares que usaron la Red no participaron en actos de tortura u otras formas de abuso, manifestaron estar conscientes de que estas prácticas son parte de las operaciones militares.<sup>28</sup> <sup>29</sup> Durante su capacitación, los militares aprendieron que tales prácticas contradicen las reglamentaciones históricas de la guerra, tal como la Convención de Ginebra y otros acuerdos internacionales específicos que rigen las acciones de las fuerzas militares de los EEUU. En la práctica, muchos militares aprendieron que los oficiales toleran, y a veces alientan, el uso de tortura y abusos similares. Esta contradicción creó estrés, estigma y vergüenza por las acciones poco éticas llevadas a cabo por colegas militares. Los profesionales que trabajan con militares en la Red han notado niveles altos de vergüenza, una situación que dificulta que los militares busquen ayuda.

## Conclusiones

La Red ha hallado a militares que junto con sus familias, tienen una profunda necesidad de servicios de apoyo. Los profesionales de la Red han documentado las necesidades insatisfechas de los militares activos y algunos de los problemas

contextuales que las crean y las mantienen; estos problemas contextuales hablan de los temas sociales más amplios de un ejército constituido enteramente por voluntarios, en una sociedad cada vez más militarizada.

Durante la guerra de Vietnam, el reclutamiento militar condujo a la inducción de jóvenes de una amplia gama de extractos sociales, en cambio, el ejército voluntario actual depende de hombres y mujeres que proceden de contextos minoritarios y de bajos ingresos. A pesar de que la atención a la salud de los militares y los militares dados de baja emergen periódicamente en la consciencia pública (especialmente después de escándalos como el caso del Hospital *Walter Reed Army*<sup>30</sup>), los orígenes predominantemente proletarios de aquéllos que sufren la guerra, limitan la atención que el tema recibe por parte de los políticos y líderes de nuestra sociedad.

De manera poco sorprendente, los problemas de salud mental predominaron en nuestros pacientes. Tal como otros han observado,<sup>31-33</sup> algunos militares reportaron ideaciones suicidas, que fueron ignoradas al buscar atención en el sistema militar. Las estadísticas militares indican aumentos rápidos de casos de suicidio, intentos de suicidio y auto-lesiones entre los militares activos.<sup>34, 35</sup> En 2007, el ejército de los EEUU reportó cerca de 2,100 intentos de suicidio y auto-lesiones, lo que constituye una tasa de más de cinco casos diarios; en contraste, en el 2006 se reportaron menos de 1,500 y en el 2002 menos de 500, estos datos no incluyen los eventos referentes a la Marina y otras fuerzas de combate. La probabilidad de suicidio aumenta con el número de envíos al frente y el tiempo pasado en Afganistán o Irak. Es posible que los suicidios cometidos fuera de las zonas de combate no sean reportados.

La epidemia de problemas de salud mental en el ejército coincide con una privatización sin precedentes de los servicios de salud y de salud mental para los militares activos y sus familias. A pesar de que en el pasado el ejército proporcionó tales servicios dentro de sus propias instalaciones, recientemente se han llevado a cabo grandes contratos con corporaciones privadas para que éstas proporcionen los servicios. Como resultado,

el Jefe Ejecutivo que ha obtenido los beneficios financieros más grandes de la Guerra de Irak encabeza no una corporación tradicionalmente considerada parte del complejo militar-industrial, sino una organización administradora del cuidado (*Health Net*), cuyo contratista (*ValueOptions*) proporciona servicios de atención mental para militares y sus familias.<sup>36</sup>

En el caso de los militares que buscan atención dentro del sector militar del trastorno por estrés postraumático, de la depresión y de otros problemas de salud mental, es cada vez más común que los psicólogos militares diagnostiquen trastornos de la personalidad. Debido a que las políticas militares consideran a los trastornos de la personalidad como enfermedades pre-existentes a la entrada al ejército, al serle otorgada una separación, los militares que obtienen tal diagnóstico pierden sus prestaciones financieras y médicas, esto constituye una fuente de preocupación para el militar y su familia.<sup>37</sup> Tal política es aplicable aún cuando los oficiales militares no hayan diagnosticado desorden de la personalidad durante la evaluación psicológica realizada en el proceso de reclutamiento. Algunos investigadores militares han documentado las limitaciones del rastreo de enfermedades mentales previo a la entrada al servicio en el ejército.<sup>38, 39</sup>

Durante las guerras en Afganistán e Irak, los líderes militares han implementado estrategias que implican una menor cantidad de enfrentamientos contra combatientes identificados y una mayor violencia contra civiles. Algunos reportes recientes de militares (incluyendo aquéllos que utilizaron la Red) enfatizaron la violencia ejercida en contra de civiles no-combatientes.<sup>40</sup> En un contexto en el que la violencia y el abuso sistemático de los derechos humanos ocurren, no es sorprendente que los militares sufran de altos niveles de malestar psicológico y hasta de patología. La resistencia en contra de la guerra se medicaliza, con lesiones acumuladas (físicas y psicológicas) los militares se dirigen a los profesionales del sector civil buscando ser asignados a misiones menos peligrosas u obtener una separación.

Las necesidades insatisfechas de los militares activos merecen la atención coordinada de los



médicos y los políticos. Sospechamos que, además de aquellos médicos que participan en la Red, existen médicos particulares que enfrentan temas similares con sus pacientes.<sup>41</sup> Creemos que las organizaciones profesionales deben atender las inquietudes sobre la calidad de la atención médica militar y el impacto de la guerra sobre los soldados y sus familias. Además, la Red invita a los médicos interesados a formar parte de su sistema de derivación. Finalmente, cualquier acción dirigida a reparar el daño ocasionado por las guerras en Afganistán y en Irak debe incluir también estrategias para prevenir la guerra y promover la paz.

**Recursos adicionales:** Se puede encontrar más información sobre los Recursos Médicos Civiles (*Civilian Medical Resources*) en su website: <http://www.civilianmedicalresources.net/index.html>

### Reconocimientos

Los autores agradecen a los militares y sus familias, es decir, a todos aquéllos que buscaron atención a través de la Red; a Marti Hiken y a Kathy Gilbert, quienes coordinan el Grupo de Trabajo de la Ley Militar del Gremio Nacional de Abogados; a todos los consejeros asociados a la Línea Directa, quienes dirigieron a los pacientes hacia nosotros; a nuestros colegas profesionales por haber respondido a tales derivaciones; a Jennifer Bustos por su ayuda en la investigación y, por último, a Jean Ellis-Sankari y a Sofía Borges por sus consejos editoriales. Una beca de *RESIST* otorgado al Programa Allende en Medicina Social apoyó el trabajo de la Red de Recursos Médicos Civiles.

### Referencias

1. Winkenwerder W, Galvin R. The complex world of military medicine. *Health Affairs*. 2005;W5(Suppl Web Exclusives):353-360.
2. President's Commission on Care for America's Returning Wounded Warriors. *Serve, support, simplify: final report*. Washington, DC: The Commission; 2007. <http://www.pccww.gov>. Accessed Aug 9, 2008.
3. Institute of Medicine. *PTSD compensation and military service*. Washington, DC: National Academies Press; 2007. [http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=11870](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=11870). Accessed Aug 9, 2008.
4. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004;1(1):13-22.
5. Hoge CW, Terhakopian A, Castro CA, Messer SC, Engel CC. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *Am J Psychiatry*. 2007;164(1):150-153.
6. Milliken CS, Auchterlonie JL, Hoge CW. Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *JAMA*. 2007;298(18):2141-2148.
7. Seal KH, Bertenthal D, Miner CR, Sen S, Marmar C. Bringing the war back home: mental health disorders among 103 788 US veterans returning from Iraq and Afghanistan seen at Department of Veterans Affairs facilities. *Arch Intern Med*. 2007;167(5):476-482.
8. Hoge CW, McGurk D, Thomas JL, Cox AL, Engel CC, Castro CA. Mild traumatic brain injury in U.S. soldiers returning from Iraq. *N Engl J Med*. 2008;358(5):453-463.
9. Lieberman J, Boxer B. Make mental health a priority: when service members go untreated, the entire military suffers. *Army Times*. 2007;68(3):42. [http://www.armytimes.com/community/opinion/marine\\_opinion\\_tnsbacktalk\\_070806/](http://www.armytimes.com/community/opinion/marine_opinion_tnsbacktalk_070806/). Accessed Aug 9, 2008.
10. Friedman MJ. Veterans' mental health in the wake of war. *N Engl J Med*. 2005;352(13):1287-1290.
11. Friedman MJ. Posttraumatic stress disorder among military returnees from Afghanistan and Iraq. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):586-593.
12. Westphal RJ. A discourse analysis of Navy leaders' attitudes about mental health problems. Charlottesville, VA: Department of Nursing, PhD Dissertation, 2004. <http://stinet.dtic.mil/oai/oai?verb=getRecord&meta-dataPrefix=html&identifier=ADA429820>. Accessed January 19, 2008.
13. Sidel VW, Levy BS. The roles and ethics of military medical care workers. In: Levy BS, Sidel VW, eds. *War and Public Health*. New York: Oxford University Press; 2008.
14. Burnham G, Lafta R, Doocy S, Roberts L. Mortality after the 2003 invasion of Iraq: a cross-sectional cluster sample survey. *Lancet*. 2006;368(9545):1421-1428.
15. American Civil Liberties Union. *The Human Cost - Civilian Casualties in Iraq & Afghanistan*. <http://www.aclu.org/natsec/foia/29316prs20070412.html>. Accessed January 19, 2009.

16. Waitzkin H. Latent functions of the sick role in various institutional settings. *Soc Sci Med.* 1971;5(1):45-75.
17. GI Rights Hotline. <http://www.girightshotline.org/>. Accessed January 19, 2009.
18. Military Law Task Force, National Lawyers Guild. <http://www.nlgmtf.org/>. Accessed January 19, 2009.
16. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. <http://www.icmje.org/index.html>. Accessed January 19, 2009.
20. U.S. Census Bureau. *Statistical Abstract of the United States*, 2006. [www.census.gov/prod/2005pubs/06statab/defense.pdf](http://www.census.gov/prod/2005pubs/06statab/defense.pdf). Accessed Aug 9, 2008.
21. Cabrera OA, Hoge CW, Bliese PD, Castro CA, Messer SC. Childhood adversity and combat as predictors of depression and post-traumatic stress in deployed troops. *Am J Prev Med.* 2007;33(2):77-82.
22. Kimerling R, Gima K, Smith MW, Street A, Frayne S, The Veterans Health Administration and military sexual trauma. *Am J Public Health.* 2007;97(12):2160-2166.
- Smith TC, Wingard DL, Ryan MAK, Kritz-Silverstein D, Slymen DJ, Sallis JF. Prior assault and posttraumatic stress disorder after combat deployment. *Epidemiology.* 2008;19(3):505-512.
- Browne T, Hull L, Horn O, et al. Explanations for the increase in mental health problems in UK reserve forces who have served in Iraq. *Br J Psychiatry.* 2007;190(June):484-489.
- Rona RJ, Fear NT, Hull L. Mental health consequences of overstretch in the UK armed forces: first phase of a cohort study. *BMJ.* 2007;335(7620):603. Epub Jul 30, 2007.
- Hotopf M, Hull L, Fear NT, et al. The health of UK military personnel who deployed to the 2003 Iraq war: a cohort study. *Lancet.* 2006;367(9524):1731-1741.
17. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, et al. Combat and peacekeeping operations in relation to prevalence of mental disorders and perceived need for mental health care. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(7):843-852.
18. Miles SH. *Oath Betrayed: Torture, Medical Complicity, and the War on Terror*. New York: Random House; 2006.
19. Marks JH, Bloche MG. The ethics of interrogation - the U.S. military's ongoing use of psychiatrists. *N Engl J Med* 2008;359(11):1090-1092.
20. Priest D, Hall A. Soldiers face neglect, frustration at Army's top medical facility. *Washington Post.* (February 18, 2008):A01. <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/02/17/AR2007021701172.html>. Accessed January 19, 2009.
21. Eaton KM, Messer SC, Garvey Wilson AL, Hoge CW. Strengthening the validity of population-based suicide rate comparisons: an illustration using U.S. military and civilian data. *Suicide Life Threat Behav.* 2006;36(2):182-191.
22. Carr JR, Hoge CW, Gardner J, Potter R. Suicide surveillance in the U.S. military -reporting and classification biases in rate calculations. *Suicide Life Threat Behav.* 2004;34(3):233-241.
23. Hill JV, Johnson RC, Barton RA. Suicidal and homicidal soldiers in deployment environments. *Milit Med.* 2006;171(3):228-232.
24. Tyson AS. Soldiers' suicide rate on pace to set record. *Washington Post.* (September 5, 2008). Available at: <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2008/09/04/AR2008090403333.html>. Accessed January 19, 2009.
25. Army suicide rate jumps In 2007. *CBS News.* (January 31, 2008). <http://cbs3.com/national/army.suicide.rate.2.642286.html>. Accessed January 19, 2009.
26. Anderson S, Cavanagh J, Collins C, Benjamin E. Executive excess 2006: 13th annual CEO compensation survey. Washington, DC, and Boston, MA: Institute for Policy Studies and United for a Fair Economy; 2007: 8-9. [www.ipsdc.org/getfile.php?id=155](http://www.ipsdc.org/getfile.php?id=155). Accessed Aug 9, 2008.
37. Kors J. How Specialist Town lost his benefits. *The Nation.* 2007 (April 9);284(14):11-21.
38. Hoge CW, Toboni HE, Messer SC, Bell N, Amoroso P, Orman DT. The occupational burden of mental disorders in the U.S. military: psychiatric hospitalizations, involuntary separations, and disability. *Am J Psychiatry.* 2005;162(3):585-591.
39. Pols H, Oak S. War and military mental health: the US psychiatric response in the twentieth century. *Am J Public Health.* 2007;97(12):2132-2142.
40. Winter Soldier. Iraq and Afghanistan. <http://ivaw.org/wintersoldier>. Accessed January 19, 2009.
27. Anderson MR. The war comes to our waiting room. *Social Medicine.* 2006; 1(2):104-106.



## Apéndice. Documentación ilustrativa brindada por los profesionales de la Red

FECHA

**CONFIDENCIAL**

Asunto: NOMBRE

Para el Oficial al Mando (NOMBRE):

Como profesional de DETALLES DE LA PRÁCTICA MÉDICA AQUÍ.

A través de este vínculo, recibí una derivación solicitando ayuda para el Sgto. NOMBRE. He mantenido correspondencia con él varias veces por vía electrónica, también he sostenido varias conversaciones telefónicas largas con él y con su esposa, NOMBRE. Con el fin de ayudar, he tratado de organizar derivaciones locales a profesionales civiles de salud mental cerca de NOMBRE DE LA BASE. Basado en esta información, puedo avalar que NOMBRE y NOMBRE sufren ambos de trastornos severos de salud mental. A pesar de no poder identificar con exactitud las causas subyacentes de estos problemas, me queda claro que en la baja de salud de NOMBRE está implicada la separación de su esposa, lo que ha exacerbado sus problemas mentales de manera sustancial.

En resumen, NOMBRE sufre de depresión, probablemente ligada a un trastorno bipolar. Se vuelve frecuentemente suicida, tendencia que aumenta en severidad cuando NOMBRE no está presente para brindar apoyo emocional en persona. NOMBRE tiene un historial de gestos e intentos suicidas. En parte como respuesta al estrés de sus responsabilidades militares, sumado al de sus responsabilidades maritales, NOMBRE ha estado sufriendo de depresión y le ha sido recetado recientemente un medicamento psicotrópico por un profesional militar de salud mental.

Bajo estas circunstancias, recomiendo ampliamente que se otorgue una separación compasiva a NOMBRE. Creo que, de otro modo, la situación podría volverse peligrosa. NOMBRE se encuentra en una posición en la que el suicidio es una posibilidad realista. La depresión de NOMBRE se vuelve más seria conforme el estrés asociado a sus responsabilidades militares se eleva. Me parece que Ud. debe estar enterado del daño potencial a la vida que la situación presente implica. Por favor no dude en contactarme en caso de requerir mayor información.

Atentamente,

TÍTULO

NOMBRE



FECHA

CONFIDENCIAL; URGENTE

Policía Militar

NOMBRE DE LA BASE, NOMBRE DEL ESTADO

Atención: NOMBRE Sargento Segundo

POR CORREO ELECTRÓNICO

Asunto: NOMBRE

Fecha de nacimiento:

Estimados colegas:

Escribo solicitando su urgente atención y la revisión de una serie de condiciones que ponen en peligro la vida y afectan a NOMBRE.

Mi reporte con fecha XXXXX proporciona más detalles. En resumen, el Sr. NOMBRE sufre de varios trastornos mentales serios relacionados con su servicio como militar. En consultas recientes conmigo, expresó ideación suicida y homicida. Basado en tales consultas, creo que tiene planes serios y se encontraría en un grave riesgo (así como también aquellos con los que interactúa) de ser reenviado a NOMBRE DE LA BASE; misma que identifica como la fuente de sus lesiones emocionales percibidas previamente.

El Sr. NOMBRE sufre de varios trastornos psiquiátricos severos que generan una discapacidad actual grave. Basándome en su ideación y sus planes suicidas y homicidas, creo que se encuentra bajo un riesgo grave de dañarse a sí mismo y/o a otros. La probabilidad de tal comportamiento violento aumentará de manera importante de ser reenviado a NOMBRE DE LA BASE, misma que asocia con daño previo ocasionado a sí mismo y a otros. En caso de ordenarse su regreso a NOMBRE DE LA BASE, mis responsabilidades éticas y legales como profesional médico me verían obligado a buscar su internación en un hospital psiquiátrico, aún cuando el paciente no lo consienta.

Debo enfatizar que teniendo conocimiento del alto riesgo de que el Sr. NOMBRE cometa suicidio y/o un acto de homicidio, me veo ética y legalmente obligado a tratar de prevenir tales eventos.

En caso de que usted atienda mi recomendación, creo que se pueden prevenir mayores problemas y la pérdida potencial de la vida (del Sr. NOMBRE y/u otros).

**Por favor contácteme para discutir cómo podemos proteger la seguridad del Sr. NOMBRE y las personas en NOMBRE DE LA BASE (No. de localizador; No. telefónico de casa y oficina).** Estoy totalmente dispuesto a colaborar con usted para prevenir el daño y la pérdida de vidas. No dude en contactarme en caso de poder ser de mayor asistencia.

**La presente funge como una advertencia profesional requerida por la ley.**

Le agradezco el tomar en cuenta esta información.

Atentamente,

TÍTULO

NOMBRE

FECHA

Asunto: NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO:

Estimado Sr./Sra.:

Escribo con respeto a la evaluación de la condición psiquiátrica del Sr. NOMBRE y su necesidad de tratamiento.

Un resumen de mi experiencia profesional puede proporcionar el contexto para esta carta. **DETALLES AQUÍ.**

En esta carta, proporciono mi valoración del Sr. NOMBRE, la cual está basada en su historial médico, cuatro consultas realizadas por vía telefónica y una consulta larga (de hora y media de duración) ocurrida el FECHA. Me centraré principalmente en la información que complementa su historial médico.

Presenta peligro para sí mismo y para otros. Durante mi entrevista con el Sr. NOMBRE ocurrida el FECHA, dijo estar dispuesto a regresar a NOMBRE DE LA BASE [una base distinta a la suya] pero también expresó ideaciones suicidas y homicidas en caso de ser reenviado. En resumen, dijo que (basándose en su experiencia previa en NOMBRE DE LA BASE) le gustaría cometer suicidio ahí y tratar de asesinar a una de las varias personas que cree responsables de su maltrato. Repitió estas ideas varias veces y fue concreto y específico. Creo que de ser reenviado a NOMBRE DE LA BASE, el riesgo de suicidio y/o homicidio es alto. En ese caso, por razones éticas y legales, me vería obligado a contactar a las autoridades para que el Sr. NOMBRE sea puesto bajo observación psiquiátrica en un hospital civil, incluso en el caso de que el paciente se opusiera. Como usted sabe, el llevar a cabo tales acciones es una responsabilidad médica y legal de los profesionales médicos cuando creen que el paciente representa un peligro para sí mismo y para los demás.

Factores de riesgo por trastornos por estrés postraumático y depresión. El Sr. NOMBRE ha experimentado estresores severos que lo predisponen a trastornos psiquiátricos. En primer lugar, durante su infancia y adolescencia fue víctima de abuso en su familia, reportó haber sufrido el abuso emocional y verbal por parte de su madre y el abuso físico y sexual del novio de ésta.

En segundo lugar, durante el combate, ha tenido experiencias tremendamente aversivas, al ser relatadas, destacaron tres elementos como eventos que conducirían a una lesión psicológica duradera. Primero, durante un combate en Ramadi, Irak, el Sr. NOMBRE trató de rescatar a algunos miembros del personal militar que habían sido heridos en una gran explosión, el personal herido permaneció en la parte superior de una camioneta grande, al tratar de mover a un militar de las piernas, quedó impresionado al ver que lo único que restaba de él eran los miembros inferiores y la pelvis, que la parte superior del cuerpo había sido desprendida, en este episodio, mientras trataba de rescatar a los heridos, se encontró muchos otros restos corporales. En otra ocasión, se le ordenó limpiar la parte superior de una camioneta cubierta de sangre y restos humanos. En el tercer episodio, tomó la mano de un soldado iraquí moribundo, después de que la parte superior de su cuerpo había sido desprendida por una explosión. El Sr. NOMBRE reporta tener rememoraciones y pesadillas frecuentes sobre estas experiencias, además siente una gran culpa y arrepentimiento por sus propias acciones durante el combate, llorando, dijo “me pregunto cuántos huérfanos he creado allá, a cuántos papás he matado”.

Algunas investigaciones psiquiátricas recientes realizadas en el ejército muestran que el abuso durante la infancia y experiencias adversas en el combate (tal como las vividas por el Sr. NOMBRE) constituyen los dos de los predictores más importantes de la presencia de trastornos por estrés postraumático y depresión en las tropas desplegadas: Cabrera OA, Hoge CW, Bliese PD, Castro CA, Messer SC. “Childhood adversity and combat as predictors of depression and post-traumatic stress in deployed troops”. *American Journal of Preventive Medicine*. 2007; 33(2): 77-82.

Violencia, propensión al suicidio e ideación homicida. El Sr. NOMBRE describió un episodio específico de comportamiento violento y cuatro intentos independientes de suicidio, ocurridos desde su regreso del combate. Poco tiempo después de haber vuelto, su sobrina (de 13 años de edad) intentó despertarlo, sorprendido y experimentando una rememoración del combate, el paciente la arrojó contra una pared. En su primer intento de suicidio, trató de provocar un accidente con su coche mientras manejaba a 120-130 millas por hora. En su segundo intento, trató de lesionarse a sí mismo mientras conducía un auto 4x4, chocó contra un árbol y el vehículo se incendió. En el tercer intento en estado de embriaguez, le ofreció a una persona que conducía un coche para arena (*dune buggy*) \$1,400 dólares en efectivo para que lo atropellara. En el cuarto, bebió medio galón de vodka y un quinto de whisky *Jim Beam* e ingirió 12 tabletas de xanax. A la mañana siguiente, al despertar, amenazó con matar al policía presente y a todos los demás en la sala (incluyendo a su familia, a su mejor amigo y a sí mismo).

En relación a su ideación suicida actual, reportó tener pensamientos suicidas por lo menos cada dos semanas, al ser cuestionado sobre su plan, respondió que tiene acceso a pistolas y experiencia usándolas, mencionó la posibilidad de quitarle una pistola a un policía, en caso de querer obtener un arma.

El Sr. NOMBRE también reportó ideación homicida frecuente, dijo: “Si pudiera, de tener la oportunidad, iría a NOMBRE DE LA BASE y mataría a unas personas por el modo en que me trataron ahí y en Irak”.

Situación social actual y servicios de salud. A mi parecer, a pesar de aparentar ser un buen esposo y padre, la esposa del Sr. NOMBRE y su hijo (de seis meses de edad) estarían en riesgo en caso de que Sr. NOMBRE sea provocado (por ejemplo, si se requiere su regreso a NOMBRE DE LA BASE). Reportó tener apoyo social en el área en dónde vive, sin embargo, no cuenta con una fuente de atención de salud primaria, no recibe servicios de salud mental regulares y no toma medicamentos.

Síntomas físicos: El Sr. NOMBRE reportó una serie de síntomas físicos: dolor abdominal, evacuaciones frecuentes (3-4 diarias), dolores musculares, dolores de cabeza, apnea y un ritmo cardiaco rápido. Basado en mi valoración, y a pesar de que un diagnóstico más exhaustivo pueda revelar una o más anomalías físicas, tales síntomas no parecen guardar relación con algún trastorno fisiológico o patológico, por lo tanto, he concluido que el paciente sufre de síntomas somatoforme y un probable trastorno de somatización.

Pruebas. Apliqué el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ), un instrumento breve comúnmente usado en la atención primaria y psiquiátrica. Un gran número de investigaciones han confirmado la validez del PHQ como instrumento de diagnóstico sensible y específico de trastornos psiquiátricos y de la conducta (referencias disponibles a solicitud). Adjunto el instrumento PHQ, junto con las respuestas del Sr. NOMBRE. Basándose en el procedimiento de calificación recomendado el Sr. NOMBRE padece los siguientes síntomas: trastorno de somatización, trastorno de depresión mayor, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad, abuso de alcohol, trastornos por estrés postraumático, trastornos por estrés y como objeto de comportamiento abusivo.

#### Diagnósticos del manual diagnóstico y estadístico IV

Eje I, trastornos clínicos: trastornos por estrés postraumático (309.81), trastorno depresivo NOS (311), abuso de alcohol (303.9), trastorno somatoforme (300.8), trastorno de ansiedad (300.0), trastorno de pánico (300.01)

Eje II, trastornos subyacentes: ninguno identificado.

Eje III, afecciones médicas graves y trastornos físicos: ninguno identificado.

Eje IV, factores psicosociales y ambientales contribuyentes: combate, muerte de amigos en la guerra, cargos de ausencia sin permiso, historial de abuso sexual y físico, problemas familiares

Eje V, Funcionamiento global del aaciente: 15 (“peligro de dañarse a sí mismo o a otros; fallas ocasionales en la higiene personal; dificultades en la comunicación”)

Tratamiento. Además de las citas de seguimiento conmigo y otros profesionales de salud mental, he prescrito un antidepresivo (paroxetina 20 mg. diarios) y un sedante/tranquilizador menor (buspirona 10 mg diarios / necesarios para el pánico y/o la ansiedad).

Resumen. El Sr. NOMBRE padece varios trastornos psiquiátricos severos que le ocasionan una discapacidad actual grave. Basándome en sus ideaciones y planes suicidas y homicidas, creo que está en riesgo de dañarse a sí mismo y/o a otros, la probabilidad de tal comportamiento violento aumentará de ser reenviado a NOMBRE DE LA BASE, misma que el paciente asocia con el daño previo sufrido por él mismo y por otros. En caso de intentar regresar al paciente a NOMBRE DE LA BASE, mis responsabilidades éticas y legales como profesional médico me harían buscar su internamiento en un hospital civil, incluso en caso de que el paciente no lo consienta.

Recomendación. Basándome en sus experiencias adversas durante combate, sus múltiples trastornos psiquiátricos, su ideación suicida y homicida y la falta de atención médica y psiquiátrica intensiva que claramente necesita, hago una recomendación vehemente para que al paciente le sea otorgada una separación de ejército. Posteriormente, otros colegas y yo podremos ayudar a que el paciente obtenga la atención adecuada, de continuar en el ejército, será un peligro para sí mismo y sus colegas. En caso de requerir más información, no dude en contactarme.

Atentamente,  
TÍTULO  
NOMBRE

\*\*\*

Los autores seleccionaron estas cartas como representativas de las que los profesionales de la Red redactaron en apoyo a sus usuarios.



**Medicina Social**

Salud Para Todos