



La psiquiatría militar alemana en la Segunda Guerra Mundial. Artículo histórico

José Manuel Romero Torres*

* Tte. Cor. M.C. Médico Psiquiatra. Maestro en Ciencias en Guerra y Psiquiatría. Hospital Central Militar.

RESUMEN

Introducción: La reacción de estrés de combate (REC), que hoy en día podría ser denominada «reacción a estrés agudo» (ICD-10), se refiere a una reacción de ansiedad transitoria en el soldado, la cual históricamente llevó a una incapacidad para afrontar la lucha de la guerra. La mayoría de los análisis militares, históricos y médicos de la actividad realizada por la *Wehrmacht*[§] en la Segunda Guerra Mundial reportan que no se presentaron serios problemas debido al «quiebre» por estrés. Las razones se fundamentan en la calidad excepcional y el liderazgo de las pequeñas unidades militares del ejército alemán. Sin embargo, con el paso de los años, ya no fue posible evitar el reporte de un elevado número de bajas secundarias a la REC, lo que ha puesto en duda el mito de la inmunidad del soldado alemán al estrés de la guerra. **Conclusiones:** Al final de la WWII, la reacción de estrés de combate fue un tópico común en las guías oficiales. Los psiquiatras fueron quienes subestimaron de forma continua el papel de este trastorno en la *Wehrmacht*. La percepción generalizada de que la *Wehrmacht* no sufría los serios problemas del quiebre emocional en los soldados puede ser modificada hasta cierto punto.

Palabras clave: Reacción de estrés de combate, *Wehrmacht*, Segunda Guerra Mundial, psiquiatría de avanzada, psicoterapia, PIE (proximidad a la batalla, inmediatez del tratamiento y expectativa de recuperación, incluido el regreso al servicio).

Dentro de la historia de la psiquiatría militar, se sugirió que el ejército alemán fue una fuerza que no sufrió serios problemas de reacción de estrés (REC) entre sus soldados antes, durante o después del combate. Sin embargo, a diferencia de otros países involucrados en la Segunda Guerra Mundial (WWII, por sus siglas en inglés), la REC fue una fuente de significativa y continua pérdida de personal militar, lo cual requería tanto la atención médica como el liderazgo

*German military psychiatry in the Second World War.
Historical article.*

ABSTRACT

Introduction: Combat stress reaction (CSR), now called «acute stress reaction» (ICD-10), refers to a transient anxiety reaction in the soldier, which has historically led to an inability to face the struggle of war. Most military, historical and medical analyzes of the activity carried out by the *Wehrmacht* in World War II reported no serious problems due to stress. The reasons are based on the exceptional quality of the small military units and the leadership of the German Army. However, over the years, it was no longer possible to avoid reporting the high number of casualties secondary to combat stress reactions, which has cast doubt on the myth of the German soldiers' immunity to the stress of war. **Conclusions:** At the end of WWII, the CSR was a common topic in official reports, meetings and guides. The psychiatrists who had the opportunity to report it were those who continuously underestimated the role of this stress disorder in the *Wehrmacht*. Thus, the widespread perception that the *Wehrmacht* did not suffer serious problems of emotional breakdown in soldiers, typical of combat stress, can be modified to some extent.

Key words: Combat stress reaction, *Wehrmacht*, World War II, advanced psychiatry, psychotherapy, PIE (proximity to the battle, immediacy of treatment and expectation of recovery, including return to service).

de los comandantes con respecto a su prevención y tratamiento. Estudios del ejército alemán durante la WWII indican que el estrés de combate fue, de hecho, un serio problema para la *Wehrmacht*[§] pero ciertas políticas impuestas a la sociedad alemana afectaron

[§] Fuerzas armadas unificadas de la Alemania nazi de 1935 a 1945, que consistían en la Heer (ejército), la Kriegsmarine (marina) y la Luftwaffe (fuerza aérea).

la práctica psiquiátrica militar, limitando a los psiquiatras para el reconocimiento de una posible REC.¹ El presente ensayo tiene como objetivo resaltar los argumentos de la posible baja frecuencia de la REC en la *Wehrmacht*, lo cual llevó a la idea generalizada de que los soldados alemanes eran «inmunes» ante el estrés de combate durante la WWII.

Varios escritores han enfatizado que los problemas de personal y de comando resultan del quiebre por estrés en el campo de batalla.^{2,3} Por ejemplo, las fuerzas armadas de Israel, una fuerza bien liderada y con alta cohesión, experimentó considerables bajas por REC en sus más recientes guerras.⁴ Por lo tanto, si la *Wehrmacht* actuó bien en esta área, como algunos analistas lo sugirieron, entonces es valioso resaltar el nivel de la calidad, el desarrollo del liderazgo y la cohesión de sus unidades militares. Por otro lado, si la *Wehrmacht* sufrió serias bajas por la REC, entonces la idea de un ejército no «inmune» a las consecuencias psicológicas de la guerra podría llenar un importante vacío en nuestro conocimiento de la historia militar al proveer evidencia de que la REC no pudo ser prevenida en su totalidad incluso en el mejor de los ejércitos.

En realidad, se sabe poco respecto al fenómeno de la REC en la *Wehrmacht* durante la WWII. Durante los años de la guerra, se conocen sólo reportes generales publicados sobre medicina militar alemana. Al final de la guerra, existió una tendencia a indicar que las reacciones de estrés no fueron un serio problema para la *Wehrmacht* en términos tanto del número de soldados perdidos en combate como en sus registros médicos. Aún así, es difícil aceptar esta posición: podría significar que el ejército alemán, entre los ejércitos modernos expuestos al combate de esa época, sufrió poco al respecto debido a condiciones innatas, o simplemente, se evitó mencionar la condición. La solución fue, para algunos autores, entrevistar a los soldados y a los psiquiatras que sirvieron en la *Wehrmacht*.¹

Las primeras entrevistas realizadas por Robert Schneider —teniente coronel, doctor en investigación del ejército de los Estados Unidos— a varios psiquiatras que sirvieron a la *Wehrmacht* dieron como resultado que el ejército alemán no sufrió de REC; sin embargo, esto contradice lo dicho por oficiales, quienes describieron haber visto a un soldado colgado con un signo alrededor del cuello que decía: «Yo fui un cobarde», incluso cuando este soldado tenía la Cruz de Hierro^{§§} en su pecho, lo que indicaba que él,

con claridad no siempre fue así. También mencionaron a soldados que después de varios días de lucha se rindieron, negándose a hablar o continuar con la misma. Otro ejemplo describe a un soldado que presentaba cefalea cada vez que se le ordenaba entrar a su tanque. Estas cefaleas eran tan severas que en ocasiones le impedían continuar con la lucha. La investigación llevó a Schneider a los archivos militares alemanes, los cuales revelaban que a pesar del hecho de que muchos reportaban que la REC no era un problema, se mencionaba de manera continua, y en ocasiones, se generaron reuniones de expertos, quienes mostraron dificultades para acordar un diagnóstico o un tratamiento efectivo en los años de la guerra. Tales dificultades fueron exacerbadas por ciertas influencias sociales que afectaron la práctica médica.³ Entre éstas se encontraban los avances del entendimiento de varias enfermedades, lo que obligaba a la psiquiatría a fundamentar orgánicamente sus trastornos, y el surgimiento del Partido Nacionalsocialista al poder en Alemania, lo que limitó las publicaciones de la población judía, como Sigmund Freud.

Uno de los elementos para entender el problema médico en el entendimiento y tratamiento de la REC era la variedad clínica de su presentación. Los soldados que la sufrían manifestaban quejas somáticas, desde dolores corporales hasta malestar gastrointestinal (lo que hoy podría considerarse como un trastorno de somatización).⁵ La REC también podía expresarse como un trastorno del sueño, alteración motora o depresión, incluyendo la idea de alguna enfermedad venérea o acompañada de lesiones autoinfligidas y conducta antisocial (datos clínicos, en general, de un probable trastorno por estrés postraumático). En el mismo sentido, Glass y sus colaboradores (1954) demostraron que, a pesar de la combinación de síntomas, en ciertos períodos había un grupo de síntomas que predominaban, lo que hacía difícil un reconocimiento oportuno para el personal de salud mental de la *Wehrmacht*. Incluso, ya habiendo un tratamiento aplicado por el ejército de los Estados Unidos (que adoptó y modificó del ejército francés durante la Primera Guerra Mundial (WWI), denominado *forward psychiatry*), la *Wehrmacht* demostró que no estaba preparada ni mentalizada para tratar las bajas por estrés al inicio de la WWII.⁶

La REC estaba relacionada con la intensidad y la duración de la exposición a la batalla, además del tipo de armamento y la hora del día; todo ello afectaba la frecuencia del quiebre emocional en los soldados, así como las ya conocidas características de grupo y organización como la moral, la cohesión y la calidad

^{§§} *Eisernes Kreuz*: condecoración militar de Alemania concedida por actos de gran valentía o méritos en el mando de las tropas.

del liderazgo.⁷ De esto se puede inferir que todos los soldados estaban en riesgo de sufrir una REC.⁸ El tratamiento comprendía una temprana, rápida y simple terapia («PIE») (abreacción y reposo, denominada «inmediatez» y «simplicidad») mientras se mantenían cerca del frente («proximidad»). Tal tratamiento se ajustaba a la idea de que el militar podría pronto regresar a su deber («expectación») con un éxito aproximado del 75% dentro de las primeras 72 horas. Se calcula que alrededor de 25% de los heridos pudieron haber manifestado un quiebre por estrés; dichas «bajas» se consideraban recursos potencialmente recuperables, ya que se había aceptado la idea de que no existía una personalidad o una «debilidad de la conducta» que predisponía al soldado alemán a un quiebre en el combate.⁹

El tratamiento de la baja por estrés en Alemania se consideraba un problema médico, pero la prevención de la REC recaía sobre el tipo de comando o liderazgo. La relación de estas dos áreas (medicina y liderazgo) antes de la WWII proveyó un punto de inicio para examinar y entender la REC en la *Wehrmacht*. A principios del siglo XX, la psiquiatría se comprometió a buscar una base orgánica para la conducta disfuncional, al igual que en otras áreas de la medicina, como la neurología y la bioquímica, que iban en aumento al ser capaces de identificar las causas o los agentes de la enfermedad. A eso se debe el que a una variedad de trastornos mentales se les exigiera también una base orgánica, aspecto al cual los psiquiatras dedicaban mucho tiempo.^{9,10} La clasificación en aquel tiempo se limitaba a los problemas severos de la psiquiatría como la parálisis, el *delirium tremens*, la esquizofrenia y las psicosis maníaco-depresivas; para cada una de ellas se creía poseer una base orgánica, pero no para la REC.

La psiquiatría de combate en los países del oeste (como Francia, Estados Unidos y el Reino Unido) durante la WWI reflejaba la influencia de esta orientación. El quiebre emocional en la batalla era etiquetado como «*shell shock*», lo cual hizo alusión a la creencia de que se debía a un daño cerebral causado por el choque de las explosiones cercanas.¹¹ Pero en la mayor parte de los casos de REC no se evidenciaba un daño orgánico (incluso, ni una mínima ruptura de las membranas timpánicas en las necropsias). La demostración del daño orgánico o los cambios en el cerebro pudieron ser lo suficientemente fuertes para apoyar el diagnóstico de la REC, pero presumieron ser limitados por la falta de disponibilidad de estudios modernos de gabinete. La explicación orgánica de la conducta anormal fue, de hecho, la razón de ser de la

psiquiatría de aquel tiempo, misma que predominaba en los Estados Unidos y Canadá.

El Partido Nazi mantuvo la creencia del «factor humano» como un reto a las corrientes sociales de aquel tiempo, por ejemplo, el materialismo, el liberalismo y el marxismo. Como es conocido, este factor incluía el carácter racial y nacional, el pragmatismo, la salud y la camaradería.¹² Éstos, en concordancia con «la fuerza de voluntad», formaban parte de la forma como la Alemania nazi podría confrontar a un enemigo que los superaba en número. Este factor recibía un supervisado entrenamiento mediante psicólogos de la industria como parte del esfuerzo de la mentalidad social de laborar y ser dirigidos.

De acuerdo con el ejército alemán, con base en el énfasis de la voluntad y el carácter, el concepto de una mala adaptación emocional no se ajustaba bien a su filosofía. Es decir, no había lugar para el inconsciente en el «factor humano». El fundamento era el aspecto pragmático del ser como un ente considerado como bueno socialmente hablando. Además, dado que Alemania contaba en aquel tiempo con una población de casi ochenta millones de individuos, los planes militares contemplaban la necesidad de todos y cada uno de los soldados disponibles. Por supuesto, una terapia que podría tomar semanas o meses para recuperar a un soldado en su deber era, en realidad, inaceptable. Como resultado, la psicoterapia a largo plazo nunca fue reconocida, tanto por razones políticas como por razones prácticas.¹³

Estos factores fueron adoptados y se mantuvieron en el nuevo sistema, a pesar de que durante la evolución de la WWI se demostró la presencia común de reacciones histéricas en el combate consistentes en parálisis o temblor, que generaban incapacidad en el accionar del personal militar. No se sabe con certeza cuál fue el número de soldados afectados con esa condición, aunque de acuerdo con las frecuencias del ejército británico, debieron haber sido también elevadas.² Incluso los médicos psiquiatras alemanes seguían un tratamiento a base de una técnica francesa denominada *torpillage* (derivado de «*torpille*», anguila eléctrica), consistente en la aplicación controversial de choques eléctricos dolorosos en las extremidades paralizadas, la cual demostró una supuesta efectividad elevada en la curación de las reacciones por estrés.¹³

Por otro lado, la planeación médico-militar al inicio de la WWII no incluyó un protocolo de evaluación sistemática en el reconocimiento o el tratamiento de los problemas psicológicos o de cualquier acto de conducta disfuncional que podría haber sido reconocida

hoy en día como una reacción de estrés agudo o un trastorno por estrés postraumático. El factor humano se sometió al control del líder militar, quien era responsable de asegurarse de que el ideal del soldado alemán, fuerte y comprometido, se cumpliera en su unidad. El psiquiatra o el psicólogo fue usado sólo para propósitos de consulta o asesoría a los mandos superiores, con el fin de maximizar el factor humano en aspectos relacionados con el entrenamiento o en la selección del personal.³ Es decir, los problemas orgánicos podían y debían ser tratados por el psiquiatra, pero bajo la influencia y supervisión del personal del Partido Nacional Socialista, y los «otros problemas» de conducta no relacionados con un evento de combate fueron atribuidos a una «voluntad débil» o se les llamó «cobardía»; en el mejor de los casos, podían ser considerados como fracasos del entrenamiento y la indoctrinación del soldado.¹⁴

Los problemas orgánicos incluían psicosis, retraso mental, así como problemas de base conocidos (p. ej. *delirium tremens*). Los soldados que presentaban problemas sin base orgánica eran «tratados» con métodos para incrementar su voluntad para servir. Éstos incluían la asignación a un batallón de trabajo especial en donde la disciplina era enfatizada, o simplemente, eran transferidos a un campo de concentración.¹⁵ El problema de la REC, al no poseer base orgánica aparente, dio lugar a que la *Wehrmacht* lidiara con problemas de simulación o cobardía. Los nazis esperaban que los psiquiatras identificaran a estos soldados, al igual que a partidarios comunistas y otros seres «indeseables», con el fin de ser eliminados del servicio.³

Los psiquiatras mantenían un importante papel en las fuerzas armadas, con excepción de aquéllos que practicaban el psicoanálisis; éste, por obvias razones, no se ajustaba al sistema. Estos profesionales, incluso, llegaron a servir como consejeros a los altos mandos en varios temas relacionados con el soldado, incluyendo los métodos y cantidad de entrenamiento, construcción de su moral, e incluso, la dieta.¹³ Por otro lado, los psicólogos no eran considerados en la asesoría de la superioridad militar. Sin embargo, su apoyo, no menos importante, fue focalizado a la selección y el entrenamiento básico. No se comparaban con los psiquiatras, quienes eran usados como un tipo de *ombudsman* que investigaba las causas de los problemas en el caso de quejas en las unidades.

Debido a que la *Wehrmacht* se preparó para la guerra, no hubo un plan oficial en su doctrina médica para el tratamiento de la REC.³ Los médicos, por ende, no fueron entrenados o preparados para reconocer la

REC en caso de que ocurriera. La medicina alemana compartió el punto de vista de su sociedad: el liderazgo y la voluntad eran suficientes para ofrecer la ventaja necesaria al ejército, un liderazgo forjado por la *Wehrmacht* que los prevenía de un quiebre emocional. Sin embargo, hay que reconocer que desde la WWI ya existían variadas formas en que se presentaban las conductas o la clínica de la REC, y sólo una de ellas fue traducida al alemán, *Kriegs neurose*, o neurosis de guerra, misma que describía a todo el espectro del quiebre emocional. Si un soldado se quebraba y no podía continuar la lucha, era considerado como un problema del comandante líder, no del personal médico o el psiquiatra. Bajo esta visión, el quiebre usualmente tomó la forma de un desacuerdo para luchar, o tan sólo, cobardía.¹³

La *Wehrmacht* se hizo de un buen liderazgo, reconocido en forma universal. Por ejemplo, en los primeros años de la guerra, sin las ventajas en el número de hombres o recursos materiales, se alcanzaron muchas misiones consideradas imposibles. Incluso en los últimos años, la *Wehrmacht* defendió a su país del ejército ruso bajo condiciones desfavorables, en donde las unidades de la *Wehrmacht* permanecieron en su lugar y resistieron con agresividad hasta sucumbir. Es decir, no cabe la menor duda de que algo de toda esa filosofía y estrategia alemana caló entre sus soldados para seguir luchando sabiéndose perdidos.¹⁵ Por otro lado, el recurso del buen liderazgo de la *Wehrmacht* está en disputa. Por ejemplo, Starry (1983) atribuye la excelencia de la *Wehrmacht* a su disposición y habilidad para el cambio o la adaptación rápida, que quizás es algo que se descubrió de manera accidental,¹⁶ ya que esta habilidad abarcaba desde planes estratégicos hasta la táctica militar de pequeñas unidades, lo que hizo del ejército alemán en la WWII uno de los más efectivos jamás vistos en el campo de batalla.

El liderazgo de la *Wehrmacht* pudo ser el resultado de la alta cohesión militar en las pequeñas unidades. La cohesión, como aquel espíritu de cuerpo que incluía la lealtad, la confianza y el compromiso de los compañeros de combate, permitía a los pequeños grupos sostenerse por sí mismos como una unidad funcional, incluso bajo gran estrés en el campo de batalla. Los buenos líderes mantenían a sus soldados en pequeños grupos, los cuales permanecían juntos durante el entrenamiento y, posteriormente, en el combate; mostraban una genuina preocupación por el bienestar y compartían los riesgos y malestares de sus soldados, asegurándose de una buena comunicación horizontal

y vertical.¹³ En un libro titulado *Military Psychology* (1933), Simoneit, un psicólogo alemán, explicaba que si un superior era tanto líder como amigo, la cohesión de grupo podía ser mucho mayor. Por ejemplo, cada división publicaba un folleto detallando su historia y cómo la batalla explotaba la individualidad del soldado. Estos folletos también incluían poemas y odas a sus amigos o camaradas caídos. La cohesión en Alemania era —y aún es— construida mediante la enseñanza compartida de la historia, la lealtad y la confianza de uno en el otro.¹⁷

Otras políticas que apoyaban el desarrollo de la fuerte cohesión de la unidad fueron los métodos de reclutamiento y reemplazo. La *Wehrmacht* reclutaba soldados para una división de una simple área geográfica; por lo tanto, capitalizaba sobre previas amistades, conocidos, costumbres y dialectos. Además, debido a que ellos conocían a muchos de sus oficiales, así como los protocolos de la división, tuvieron quizá un tiempo más relajado para integrarse a su nueva división.

Hoy en día, la cohesión de grupo es reconocida como uno de los factores más importantes en la reducción y prevención del quiebre por estrés. Este efecto protector tanto para la población civil como militar fue ampliamente demostrado en la literatura. El mecanismo exacto a través del cual este efecto fue mediado es aún desconocido, pero su eficacia fue incuestionable.¹⁸

Existe aún otra explicación para un pequeño número de tales bajas, sobre todo, la explicación del «buen tratamiento» implementado por la *Wehrmacht* durante la guerra, que llevó a una rápida recuperación y a la prevención de casos severos. Este tratamiento se basó en la «psiquiatría de avanzada» desarrollada en la WWI, donde se observó que el tratamiento de las bajas psiquiátricas cerca del frente (en el que tal vez eran brigadas o divisiones) llevaba a un rápido retorno al deber. Por ello, «las neurosis clásicas de la guerra no ocurrían del lado alemán». Sin embargo, se sabe poco de su efectividad debido a que fue anunciada por la *Wehrmacht* hasta muy al final de la guerra.¹⁸

Un psiquiatra alemán, el doctor Von Baeyer, quien practicó la psiquiatría en la invasión a Rusia, mencionaba haber acudido a conferencias de psiquiatría militar en donde se abordaban y discutían temas de la REC, y señaló que la pobre comunicación entre los psiquiatras dificultaba la estandarización tanto de los diagnósticos como de los tratamientos psiquiátricos.¹⁹ Esto parece haber sido la catálisis para un comentario sobre el estrés en un guía militar alemana: «El estrés

puede aparecer como un quiebre, al cual, hoy en día, conocemos como una enfermedad y no como cobardía». Es decir, al parecer, no tenían un vocabulario compartido para describir los síntomas por estrés en términos médicos y, en consecuencia, ofrecer un adecuado tratamiento.

Durante la WWI, Alemania tuvo una elevada frecuencia de casos de temblor «histérico», el cual hacía a un soldado incapaz para sus deberes de combate; después de mucho debate, fue considerado como un resultado directo del estrés de batalla, más frecuente en los países occidentales. Sin embargo, veinte años después, la práctica médica alemana no estaba preparada para reconocer estas reacciones de estrés, así que no es de sorprender que los médicos, hoy en día, continúen teniendo dificultades para diagnosticarla o tratarla. Otro aspecto relacionado es el hecho de que el reporte de la neurosis traumática —la cual incluye lo que hoy conocemos como «reacción por estrés agudo»— no fue considerada como secundaria a la experiencia de la guerra como tal, sino al deseo de escapar del combate y obtener una compensación financiera (*war pension*).²⁰ Por ello, las reacciones por estrés no eran, generalmente, creíbles. De hecho, en 1939, se publicó la «guía general» (*Allgemeine Richtlinien*) de los asesores de la psiquiatría militar, la cual incluía descripciones de tres categorías de pacientes: neurastenia exhaustiva, reacción psicogénica leve y reacciones psicogénicas severas. También mencionaban la *Kriegsschuetter* (temblor de guerra), un tipo de reacción histérica que había sido un problema importante durante la WWI.²¹

Al mismo tiempo, otras guías (*Wehr psychiatrie u. Wehr neurologir*, 1939) incluían el siguiente enunciado:¹³ «Las experiencias de la última guerra establecen con claridad que cada uno de nosotros puede reaccionar a los estresores mentales, y si cierto nivel es alcanzado, no seremos capaces de controlarnos», reconociendo que los soldados podían volverse —al menos en forma temporal— disfuncionales ante el estrés de la batalla. Sin embargo, la propaganda nazi, de alguna manera, intercedió para que estas experiencias no fueran tomadas en cuenta y, por lo tanto, el quiebre de los soldados no fuera «permitido». En realidad, se sabe que la mayoría de los documentos que abordaban problemas conductuales fueron estampados como «secretos».

En aquella época, las guías promulgaban acciones legales para los soldados que se presentaban mentalmente incapaces. La evaluación psiquiátrica tenía la intención de identificar a aquéllos «psicópatas»

(*i.e.* aquéllos que no querían servir, insubordinados, o que dañaban la propiedad) entre los pacientes y no dejarlos ir sin antes ser castigados. Muchas de sus descripciones clínicas se ajustaban a las descripciones modernas de la reacción por estrés. Se reportó que las «medidas psiquiátricas» parecían estar funcionando.²² Los casos de abandono de servicio, deserción, automutilación y lesiones autoinfligidas eran evaluados para posibles acciones legales. Su frecuencia alcanzaba casi la mitad de los casos de pacientes, sin mencionarse que estos problemas podían deberse o relacionarse al estrés. Si una explicación orgánica no se encontraba, la imbecilidad era un diagnóstico frecuente (con la consecuente esterilización). Al respecto, las bases para los diagnósticos de imbecilidad no fueron mencionadas. Se sabe que al final de la guerra, el número y tipo de estos problemas se incrementaron de manera considerable.^{23,24} El tratamiento, como se ha mencionado, consistía en cuidados generales y el uso de la sugestión, y los choques eléctricos sólo en los casos más difíciles. El reporte de éxito de su curación fue elevado: más de 80% del personal regresaba a sus deberes militares.²⁵ Es importante mencionar la presencia de otras conductas (lesiones autoinfligidas, abandonos de servicio y suicidio) que en la actualidad podrían ser incluidas como manifestaciones de reacciones de estrés agudo o postraumático.⁵

En 1942 se reportó que los casos de neurosis de guerra eran tratados fuera del territorio alemán, en un esfuerzo de la propaganda para prevenir que la población civil fuera afectada en forma negativa al observar a estos soldados. Por otro lado, se empezaba a hablar de la congelación y el abuso en el consumo de alcohol como lesiones autoinfligidas. Además, se demostró que las sentencias de muerte por actividad criminal se habían duplicado a mediados de 1942.²⁶ El robo en el ejército aumentó un 50%, los abandonos de servicio, 21%, y las deserciones, 53%. Las posibles conexiones entre estas conductas y el estrés no se habían sospechado y persistía la idea del problema de liderazgo.¹⁵

A finales de 1942, la dirección del personal ya mostraba preocupación por el problema del desgaste psicológico del soldado. Señalaba que, en 1938, 9.4% de las bajas eran debidas a problemas emocionales o nerviosos, pero esta cifra aumentó a 18.7% en los primeros seis meses de 1942, según los archivos militares.¹³ Es incierto si esta estadística reflejaba, al mismo tiempo, un bajo estándar de reclutamiento debido a que el avance de la guerra podía conducir

a una baja calidad de selección de los soldados y, en consecuencia, más probabilidad de quiebre emocional. Esto podría evidenciar que las políticas de reclutamiento eran un factor que tenía mucho que ver en la efectividad de reducir el número de los soldados que tarde o temprano serían dados de baja por choque emocional.⁷ Una alternativa de tratamiento fue transferirlos a unos «batallones de trabajo especiales» lejos del frente de batalla. Estos lugares ofrecían tratamiento para aquéllos que presentaban «resistencia» a la cura; esto es, quienes decidían mantenerse enfermos por temor a regresar al campo de hostilidades; el problema de estos «tratamientos» es que no se describió en qué consistían. Los asesores médicos responsables de estos pacientes informaban lo siguiente: «los síntomas psiquiátricos reportados [...] son menos relacionados con la pobre calidad de la comida que los variados efectos de los factores de estrés (*i.e.* terror constante, pocas horas de sueño, vivir en condiciones sucias y húmedas)». También, se mencionaba que una alta frecuencia de soldados tenía problemas para controlar sus esfínteres. Es interesante evidenciar que este tipo de reportes haya hecho una asociación tardía entre el papel del estrés y los problemas de conducta entre los soldados, cuando ya se había demostrado incluso antes de la WWI.²⁷

Fue hasta 1943 que el cirujano general (Director de Sanidad) informó: «Hemos descubierto que el número de alteraciones psiquiátricas se está incrementando conforme avanza la guerra». Esto marcó el inicio de una preocupación al respecto. De hecho, el Dr. Panse realizó un filme de los histéricos de la guerra, en donde muestra cómo los «psicogénicos» —en este caso, aquéllos con reacciones de conversión histérica— podían ser curados con éxito mediante el uso del tratamiento dual sugerión-choques eléctricos, y lo fácil que era confundir reacciones psicogénicas con daño orgánico.³ Este filme fue hecho para educar a los oficiales médicos generales sobre las reacciones psicogénicas de los soldados en combate. El reconocimiento y el tratamiento fueron enfatizados. Al final, una vez que el problema fue oficialmente reconocido, los médicos militares tenían que ayudar de alguna manera.

De acuerdo con las experiencias de los psiquiatras militares de Alemania, el primer paso en el tratamiento de la REC era solicitar ayuda del médico y sus colegas. Si eso no funcionaba, el paciente tenía que ser transferido a un hospital o en la línea de retaguardia por un mínimo de ocho días, donde recibiría comida y descanso. También se le administraban medicamen-

tos que inducían el sueño. Después de los ocho días, el soldado debía regresar a su deber. La ayuda de sus colegas y la conducta de apoyo del personal a su alrededor eran factores importantes en el tratamiento. Se puede observar que la doctrina de tratamiento no incluía la evacuación temprana, sino que se enfatizaba la importancia de la ayuda moral, el descanso y la expectativa de regresar pronto al servicio.²⁸ Todo ello fue reconocido de manera oficial a mediados de 1943 en las guías de tratamiento reiteradas en Berlín. Es decir, la psiquiatría alemana apoyó la importancia de la «PIE», pero en una versión propia, compuesta de la proximidad en la batalla, el inmediato tratamiento y la simplicidad del mismo (descanso, comida y apoyo emocional en grupo).

Para 1943, todos los aspectos de la doctrina de tratamiento para las bajas por estrés se habían establecido, aunque aparentemente no fueron bien difundidas entre los diversos mandos y, por lo tanto, se mantuvo la creencia de que la REC no existía. De hecho, la simulación ya se había añadido a la lista de reacciones psicógenas bajo la supervisión de los psiquiatras.¹³ Las evidencias del reconocimiento de la REC empezaron a surgir cada día más; por ejemplo, en el Hospital Militar de Enssen, los diagnósticos «psicopáticos e histéricos» formaban hasta el 25% de los ingresos para finales de ese año; este dato no es representativo de todos los hospitales, dado que Enssen era el lugar preferido para tratar las bajas por REC, pues se encontraba lejos del frente de batalla. Otra evidencia surgió del Director General de Salud, quien en 1944 dio a conocer un reporte de los diagnósticos más frecuentes de la hospitalización de las tropas, en donde la «enfermedad mental» (que incluía muchos de los síntomas de lo que podría haber sido una REC) fue colocada en el sexto lugar (alrededor del 6% de los ingresos), una cifra mayor a la observada años anteriores a la guerra.²⁸

Para 1944, el proceso de aprendizaje para reconocer y tratar las bajas por estrés de combate se había dado de forma lenta en la *Wehrmacht*. Los psiquiatras fracasaron en este aspecto debido a su falta de entrenamiento; esta carencia se puede atribuir, en parte, a la influencia del movimiento de la psiquiatría basada en pruebas objetivas, así como a las influencias políticas, las cuales afectaron la visión de la conducta y el liderazgo.³ Todo ello pudo haber derivado en que el número de bajas por estrés se volviera eventualmente insuperable, punto en el que el problema parece haber sido generalizado. Sin embargo, aunque el desarrollo de la doctrina ocurrió, no fue difundida con amplitud,

habiéndose sido «descubierta» poco a poco por un número de psiquiatras que la practicaban en las zonas de combate durante los últimos años de la guerra.¹⁵ Vale decir que los problemas de reconocimiento fueron aún más exacerbados por dos creencias no basadas en comprobación científica: primero, se tenía la errónea idea de que un buen liderazgo pudo haber prevenido los tipos de reacción por estrés con base en lo observado en la WWI, y segundo, que una intervención médica de alta calidad pudo haber curado con rapidez cualquier problema de conducta que surgiera en su momento. De acuerdo con esto, se infería que el quiebre por estrés o neurosis de guerra no ocurrirían; dicho de otra manera, no se esperaban y no se tenía un plan o protocolo establecido para ellos.²⁸

Conclusión

La duda de si hubo o no evidencia de la presencia de la REC se debe, en parte, a la pobre inclusión de ella en los registros que podría derivar en prevalencias concretas en relación con el trastorno. Sin embargo, como se mencionó, una vasta cantidad de psiquiatras que actuaron durante el periodo de la *Wehrmacht* reportaron que el número de bajas por estrés se incrementó conforme la guerra avanzó. Además, es poco razonable esperar estadísticas «duras» por un problema médico que no fue definido, anticipado ni considerado en los planes de evaluación y tratamiento médico. Fue sólo a través de los reportes continuos de los médicos que dicho problema ya no pudo ocultarse más, a pesar de que su presencia era enfáticamente mencionada durante la WWI (e incluso, antes de la misma). Al final de la WWII, más que un descubrimiento, fue un tópico común en los reportes, reuniones y guías oficiales. De hecho, los psiquiatras que tuvieron la oportunidad de reportar sus números fueron, en realidad, quienes subestimaron en forma continua el papel de este trastorno por estrés en la *Wehrmacht*; muchos de ellos se encontraban en lugares alejados de guerra. En la misma línea, sus estadísticas parecen, hasta cierto punto, contradecir los esfuerzos de otros por producir evidencia aceptable sobre una reacción por estrés.

Entonces, la percepción generalizada de que la *Wehrmacht* no sufría serios problemas de quiebre emocional en los soldados, propios de un estrés de combate, puede ser modificada con cierta reserva, aunque otros considerarían que hay evidencia suficiente al respecto. Se podría inferir que los mandos alemanes no estaban interesados en la prevención

de la REC; sin embargo, parece, más bien, que fue dejada de lado debido a su limitada definición, reconocimiento y tratamiento. La creación de unidades militares bien integradas, que tenían un alto nivel de cohesión, ayudó, sin duda, a la reducción del impacto del estrés de la batalla en el soldado. Aun así, a pesar del buen liderazgo y de su negativa a aceptar la idea de la REC (asignándole otras denominaciones no psicológicas, y sobre todo, un tratamiento carente de fundamento para lo que en realidad era), las bajas por estrés se desarrollaron día a día como un problema serio y generalizado.

La historia de este problema deja abierta la posibilidad de planear, organizar y programar con antelación procedimientos desarrollados por profesionales en la salud mental respecto al tema del impacto emocional que generan las operaciones militares en el personal desplegado. Estos deben no sólo plasmarse en un documento, sino que se debe aportar la infraestructura para la psicoeducación, tratamiento y rehabilitación del personal que será sometido a actividades de combate o que resulte afectado psicológicamente por operaciones militares.

REFERENCIAS

1. Schneider R. Military psychiatry in the German army. En: Richard GA (ed.). *Military psychiatry: a comparative perspective*. EUA: Greenwood Press; 1986. pp. 199-146.
2. Jones E, Wessley S. Shell shock to PTSD: military psychiatry from 1900 to the Gulf War. Hove: Maudsley Monograph, Psychologic Press; 2005.
3. Klocke R, Schmiedebach HP, Priebe S. Psychological injury in the two World Wars: changing concepts and terms in German psychiatry. *History of Psychiatry*. 2005; 16 (61): 43-60.
4. Belenky GL, Noy S, Solomon Z. Battle stress: the Israeli experience. *Military Review*. 1985; 65: 29-37.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5.a ed. Washington, DC: APA; 2013.
6. Glass A. Psychotherapy in the combat zone. *The American Journal of Psychiatry*. 1954; 110: 725-731.
7. Glass A. Lessons learned. En: Mullens WS, Glass AJ (eds.). *Neuropsychiatry in WWII: Overseas theaters*. Washington, DC: Government Printing Office; 1973. 1989-1027.
8. Beebe G, Appel J. Variation in psychological tolerance to ground combat in World War II. Washington, DC: Medical Research and Development Branch, Office of the Surgeon General, Department of the Army; 1958. pp. 95-132.
9. Albee G. Fifty years of clinical psychology: Selling our soul to the devil. *Applied and Preventive Psychology*. 1998; 7: 189-194.
10. Belenky GL, Jones FD. The evacuation syndrome in military exercises: a model of the psychiatric casualties of combat. En: Mangelsdorff AD, Furukawa PT. *Proceedings: Users' workshop on combat stress*. Washington, DC: Defense Technical Information Center, Alexandria, VA. No. ADA 152464. September 1981: 140-142.
11. Jones E. Doctor and trauma in the First World War: the response of British military psychiatrist. En: Gray P, Oliver K (eds.). *The memory of catastrophe*. Manchester: Manchester University Press; 2004. pp. 91-105.
12. Madej V. Effectiveness and cohesion of the German ground forces in World War II. *Journal of Political & Military Sociology*. 1978; 6: 233-249.
13. Gabriel R. *Military psychiatry: a comparative perspective*. Westport, Connecticut: Greenwood Press; 1986.
14. Galvin J. German psychiatry during the war. *Am J Psychiatry*. 1950; 106 (9): 703-707.
15. Fraenkel D. La ideología nazi y sus raíces. En: Zadoff E (ed.), SHOÁ, Enciclopedia del Holocausto. Jerusalén: Nativ Ediciones; 2004.
16. Starry D. To change an army. *Military Review*. 1983; 3: 20-27.
17. Simoneit M. *Wehr psychologie*. Berlin: Bernard & Graeffe; 1933.
18. Jones E, Thomas, Ironside. Shell shock: an outcome study of a First World War 'PIE' unit. *Psychologic Medicine*. 2007; 37: 215-223.
19. Schneider R, Luscomb R. Battle stress reaction and the United States Army. *Military Medicine*. 1984; 149: 66-69.
20. Jones E, Palmer I, Wessely S. War pensions (1900-1945): changing models of psychological understanding. *Br J Psychiatry*. 2002; 180: 374-379.
21. Watson A. Enduring the Great War. Combat, morale and collapse in the German and British armies, 1914-1918. EUA; Nueva York: Cambridge University Press; 2008.
22. Albee G. The answer is prevention. *Psychology Today*. 1985; 2: 60-62.
23. Strous RD. Psychiatry during the Nazi era: ethical lessons for the modern professional. *Ann Gen Psychiatry*. 2007; 6 (8): 1-6.
24. Uwe H. Un siglo de psiquiatría alemana. *Persona*. 2001; 4: 11-52.
25. Van Creveld M. Fighting power: German and US army performance 1939-1945. Westport, Conn.: Greenwood Press; 1983.
26. Dudley M, Gale F. Psychiatrists as a moral community? Psychiatry under the Nazis and its contemporary relevance. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002; 36: 585-594.
27. Cocks G. *Psychotherapy in the Third Reich*. 2nd ed. Nueva York: Oxford University Press; 1985.
28. Lerner P. *Hysterical men. War, psychiatry, and the politics of trauma in Germany, 1890-1930*. EUA: Cornell University Press; 2003.

Dirección para correspondencia:

Tte. Col. M.C. José Manuel Romero Torres.

Adscrito al Área de Asistencia

Externa del Hospital Central Militar.

Boulevard Manuel Ávila Camacho s/n,
Col. Lomas de Sotelo, Alcaldía Miguel Hidalgo,
11200, Ciudad de México.

E-mail: jose_romaromero@outlook.com