

***Triage* (2009): la ética en tiempos de guerra**

¹María Teresa Icart Isern, ²María del Carmen Icart Isern, ³Maite Garolera Freixa

1. Departamento de Enfermería de S. Pública, S. Mental y Materno-Infantil. Universidad de Barcelona (España).

2. Área Básica de Salud "Sant Josep". Instituto Catalán de la Salud. Barcelona (España).

3. Consorcio Sanitario de Terrassa. Barcelona (España).

Correspondencia: M Teresa Icart. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona. Feixa Llarga s/n. L'Hospitalet de L. 08907. España.

e-mail: mticart@ub.edu

Recibido el 13 de agosto de 2012; aceptado el 28 de agosto de 2012.

Resumen

A través de la película *Triage* (2009) de Danis Tanovic, este trabajo repasa las características del triaje y sus implicaciones éticas en el contexto bélico donde dos fotoperreporteros intentan documentar la crueldad de la guerra. Las características del singular triaje que realiza el Dr Talzani plantea la conveniencia de la eutanasia en situaciones extremas. También se analiza el trastorno por estrés post traumático que padecerá uno de los protagonistas como consecuencia del impacto que las experiencias vividas causan en quienes sobreviven al horror de la guerra.

Palabras clave: Triage, eutanasia, shock post-traumático, psicoterapia, catarsis, guerra.

Summary

Using the film *Triage* (2009) by Danis Tanovic this paper reviews the characteristics of triage and its ethical implications in the context of war where two photographers attempt to document the cruelty of war. The unique triage performed by Dr. Talzani explores the desirability of euthanasia in extreme situations. Also the post-traumatic stress disorder experienced by one of the characters is analyzed, as of the consequences experienced by those who survive to the horror of the war.

Keywords: Triage, Euthanasia, Post-traumatic Stress Disorder, Psychotherapie, Catharsis, War.

Los autores declaran que el artículo es original y que no ha sido publicado previamente.

Ficha técnica

Título original: *Triage*.

Otros títulos: *Testigos de guerra* (Argentina, DVD).

País: Irlanda, España, Bélgica, Francia.

Año: 2009

Director: Danis Tanovic.

Música: Lucio Godoy.

Guión: Scott Anderson (novela), Danis Tanovic (guionista).

Interpretes: Colin Farrell (Mark), Jamie Sives (David), Paz Vega (Elena), Kelly Reilly (Diane), Branko Djuric (Dr. Talzani), Christopher Lee (Dr Joaquín Morales), ...

Color: Color.

Duración: 99 minutos.

Género: Drama, misterio, bélica.

Productora: Parallel Film Productions, Asap Films, Freeform Spain, Tornasol Films, Aramid Entertainment Fund, Irish Film Board, Euroimages Fund of the Council of Europe.

Sinopsis: *Triage* trata la historia de dos fotorreporteros, Mark y David, que cubren la guerra que mantiene Kurdistán contra Iraq, hacia finales de los ochenta. David desea volver a Irlanda donde su esposa, Diane, espera un hijo, mientras que Mark quiere continuar en Kurdistán para capturar la fotografía del año. Mark es herido y vuelve a Irlanda, sin David; a su regreso, su salud física y mental se va deteriorando hasta que es hospitalizado. Poco a poco pierde movilidad en sus piernas, lo que parece relacionado a algún acontecimiento ocurrido en Kurdistán. Para averiguar lo sucedido, su esposa Elena pide ayuda a su abuelo Joaquín. El Dr Joaquín Morales es un psiquiatra retirado que había tratado ("purificado") a militares franquistas una vez acabada la Guerra Civil española.

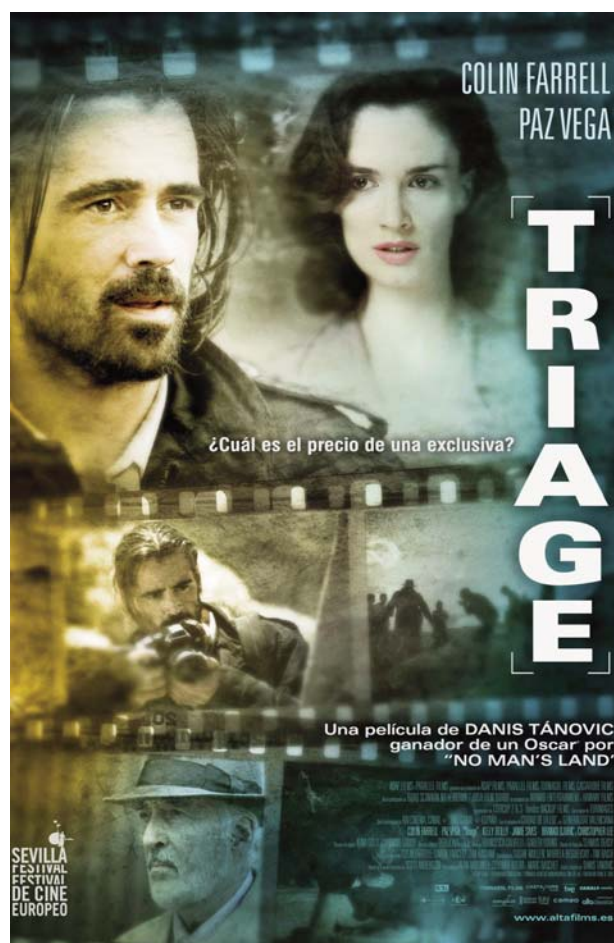
<http://www.imdb.com/title/tt1217070>

[Trailer](#)

El objetivo de este trabajo es conocer las características del triaje y sus implicaciones éticas en un contexto bélico, además de analizar el trastorno por estrés post traumático que padece uno de los protagonistas, para ello se propone el análisis de la película *Triage* (2009) de Danis Tanovic en la cual el Dr Talzani (Branko Djuric) es el responsable de un triaje muy especial.

Concepto de triaje

Aunque la palabra triaje no aparece en el *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*, su uso es habitual en los servicios de emergencias y



urgencias y en las catástrofes que afectan a un número elevado de víctimas. En castellano, el término correcto sería: "clasificación" pero se suele emplear el término triaje que es un galicismo derivado del francés *triage*.

El triaje se define como la selección y clasificación de los heridos, lesionados o accidentados durante una catástrofe natural, un incidente con múltiples víctimas (ataque terrorista, accidentes nucleares, incendios en lugares concurridos, etc.) o un conflicto bélico. Es un sistema de evaluación y clasificación de los heridos con el propósito de tratar y evacuar al mayor número posible de lesionados y asignar los recursos disponibles solo a quienes puedan obtener el máximo beneficio¹⁻³.

El triaje en situación de paz es diferente del correspondiente a una guerra. En el primer caso, se trata de un episodio aislado que genera una sobrecarga puntual en los servicios hospitalarios debido al flujo masivo de lesionados; mientras que en el conflicto armado, la afluencia de heridos se mantiene más o menos constante mientras duran las hostilidades. En suma, el triaje es un intento de imponer un cierto orden a una situación caótica y así poder gestionarla con la máxima eficiencia⁴.

El establecimiento de prioridades para el tratamiento y evacuación en el caso de víctimas múltiples es una de las decisiones más difíciles en la práctica médica que se inscribe en el paradigma de: “Lo mejor para la mayoría” ante la imposibilidad del: “Todo para todos”. Los heridos graves que exigen un tratamiento complejo (consumo elevado de recursos) y tienen escasas posibilidades de supervivencia están destinados a esperar o a recibir una atención médica mínima. Con frecuencia los esfuerzos se dirigen a quienes requieren una atención menos compleja pero con mayores garantías de éxito⁵. El “traje invertido”, aquel que prioriza el tratamiento de los heridos más leves, con el objetivo de su vuelta inmediata al frente, es un enfoque que contraviene los principios del derecho humanitario internacional pero que se practica en situaciones extremas⁶.

Antecedentes y evolución del triaje en la guerra

Las primeras referencias sobre la realización del triaje corresponden a las guerras napoleónicas en las que el jefe médico, el Barón Dominique Jean Larrey (1766-1842) recorría personalmente el campo de batalla para identificar y ordenar la evacuación de los heridos con posibilidades de sobrevivir a la cirugía (amputaciones de extremidades, en la mayoría de casos). Lo habitual era trasladar, en primer lugar, a los heridos que después de recibir atención médica, pudieran volver de inmediato a la primera línea de combate. Los heridos graves y los muertos de ambos bandos eran recogidos una vez finalizada la batalla^{7,8}.

Si bien durante la I Guerra Mundial los avances en el tratamiento médico y quirúrgico evitaron muchas muertes, el empleo de armas químicas (gas mostaza, gas lacrimógeno y agentes letales como el fosgeno) obligó a perfeccionar los métodos de triaje para clasificar la gravedad de las lesiones que se producían tanto entre los soldados como en la población civil. En la II Guerra Mundial aumentó la supervivencia de los heridos en combate gracias al uso masivo de los antibióticos, al progreso de la cirugía y a la incorporación de un médico que actuaba en plena batalla. Otra novedad fue la entrega a cada soldado de un *kit* de primeros auxilios, que incluía un torniquete, gracias al que los combatientes podían dar y recibir los primeros auxilios. La mortalidad entre los heridos se redujo a un 30 %. Aunque en el triaje se priorizaba la atención a los heridos graves, en la realidad esta premisa competía con la necesidad de asegurar la vuelta rápida al frente, por esta razón se llegó al extremo de administrar la escasa penicilina disponible a los soldados con gonorrea antes que a los que presentaban infecciones por herida⁹.

En las guerras de Corea (1950-53), Vietnam (1964-75) y en las sucesivas contiendas (Guerras del Golfo) el traslado de los heridos graves se realiza en helicópteros

medicalizados gracias a lo cual la mortalidad entre los heridos estadounidenses se redujo al 10%. Sin embargo, cuando se teoriza sobre el uso masivo de armas químicas/biológicas, retorna la idea de que el triaje debe priorizar el tratamiento de los heridos graves que tengan posibilidades reales de recuperación^{5,9}.

Triage (2009) se enmarca en la guerra de Kurdistán contra Irak que forma parte del llamado conflicto kurdo que tiene su origen en los acuerdos de paz alcanzados al finalizar la I Guerra Mundial. Inicialmente, el tratado de Sevres (1920) reconocía la existencia del Estado Kurdo pero bajo la presión turca, este tratado fue reemplazado por el de Lausana (1923). Como resultado del mismo, los kurdos quedaron repartidos entre Turquía, Irak, Siria e Irán y una pequeña parte en la ex Unión Soviética¹⁰. En la actualidad la zona habitada por la nación kurda se llama Kurdistán y se extiende por los países mencionados. El conflicto kurdo ha registrado su mayor violencia en Turquía e Irak.

Triage nos remite a la ofensiva que los kurdos lanzaron contra Irak en 1988. El Dr Talzani, responsable del triaje y tratamiento de los heridos que llegan al hospital de campaña, recuerda las ocho guerras en que se han visto involucrados sus antepasados kurdos y él mismo (dos contra los turcos, tres contra los iraníes y tres contra los iraquíes) y en las que siempre han sido vencidos.

Niveles y modelos de triaje en situación de guerra y en Triage

En cuanto a los **niveles de triaje**, el Comité Internacional de Cruz Roja (CICR) destaca cuatro niveles o categorías; en el Nivel IV se hallan los moribundos y los heridos con politraumatismos severos (tabla 1). Por su parte, la OTAN/NATO, en su manual sobre cirugía de urgencias en guerra establece cinco niveles (tabla 1)⁹. El nivel IV del CICR coincide con el nivel V de la OTAN/NATO; ambos niveles incluyen a los heridos con lesiones de una magnitud tal que condiciona la posibilidad de supervivencia o reduce enormemente la calidad de vida.

El triaje es un proceso dinámico que abarca las etapas de: selección, clasificación y reevaluación de las víctimas. Al recibir a los heridos, el responsable del triaje debe efectuar un examen rápido (no más de 30 segundos) para inspeccionar la totalidad del cuerpo de cada herido. El objetivo de este primer triaje, basado en el juicio clínico, es el de identificar de inmediato las dos categorías extremas de: heridos leves (nivel III) y muy graves (nivel IV) (11) (tabla 1).

En una de las primeras secuencias de *Triage* (minuto 4), observamos un camión que se desplaza por un territorio montañoso. En su interior, Mark toma fotografías

Tabla 1. Niveles de triaje (Comité Internacional de Cruz Roja) y triaje para cirugía (Organización del Tratado Atlántico Norte, OTAN/NATO)⁹**Niveles de triaje según el Comité Internacional de Cruz Roja**

Nivel I. Heridas graves. Reanimación e intervención quirúrgica inmediata. Son pacientes con elevada probabilidad de recuperarse.

Nivel II. Heridas menos prioritarias. La intervención quirúrgica puede esperar.

Nivel III. Heridas leves. Tratamiento ambulatorio.

Nivel IV. Heridas graves. Tratamiento sintomático.

Niveles de triaje para cirugía según la OTAN/NATO

Nivel I. Urgente. Requiere cirugía inmediata para evitar la muerte.

Nivel II. Inmediata. Requiere procedimientos más o menos rápidos para estabilizar al paciente.

Nivel III. En espera o admite demora. Requiere cirugía pero puede esperar sin que esto comprometa la vida.

Nivel IV. Ambulatorio. Requiere una cirugía mínima.

Nivel V: Expectante. Tratamiento paliativo.

de los soldados heridos, mientras David dormita. Un joven kurdo les divisa y de inmediato aparecen soldados con camillas, también acude el Dr Talzani con su bata manchada de sangre. Entre lamentos, los heridos son trasladados al interior de un hospital de campaña apenas iluminado y donde el olor nauseabundo impresiona a los fotorreporteros. Mientras el Dr Talzani se lava las manos, les explica que el lugar carece de ventilación, de agua corriente y de medicinas, a continuación inicia el triaje.

Examina a los heridos de forma rápida, casi mecánica, observa las lesiones, a veces toma el pulso y deposita un cartón amarillo o azul sobre el pecho de cada herido. Los hombres que reciben el amarillo muestran expresiones de alivio (foto 1), en tanto que un hombre que recibe un cartón azul se lamenta: "Doctor, por favor...", luego coge a Mark por el brazo y le suplica: "Ayúdeme, por favor..." (foto 2).

Más tarde, Mark es herido y será el Dr Talzani quien después de una breve exploración y algunas preguntas le asigne un cartón (min 17). Mientras realiza su trabajo, reflexiona sobre su experiencia como médico de guerra (foto 3): "Un herida en la cabeza, también? Carne, herida, quizás una conmoción, pero no fractura craneal. Kurdistán no es un buen lugar para una fractura craneal. Bueno, fue una sacudida, pero no está paralizado. Y parece

que no hay huesos rotos. Las piernas serían el mayor problema. Es siempre el caso. Piernas, piernas, piernas... para cada brazo que he amputado, habré amputado, probablemente, diez piernas. Extraño, ¿verdad? Las piernas humanas simplemente no están diseñadas para la guerra moderna. Calma. Descanse un poco. Puede haber alguna alteración neurológica pero será temporal. Se encontrará bien", y deposita un cartón amarillo sobre el pecho de Mark.

En cuanto a los **modelos de triaje**, se han propuesto tres modelos básicos que tienen en cuenta los recursos disponibles, son los de: no precariedad, precariedad y de condiciones extremas^{5,8,9}.



Foto 2: herido con tarjeta azul.



Foto 1: herido con tarjeta amarilla.



Foto 3: el Dr Talzani explora a Mark en el hospital de campaña.

No precariedad. Los heridos más graves son tratados en primer lugar. Ningún paciente sería declarado expectante (tabla 1) al menos hasta no haber obtenido respuesta negativa a alguna maniobra de resucitación.

Precariedad. El objetivo que propugna este modelo es el de salvar el mayor número posible de vidas. Este modelo encaja en el análisis utilitarista según el cual: el bien de la mayoría es la máxima aspiración, aún en detrimento de algunos individuos; en consecuencia se admite que morirán pacientes que podrían haber vivido si se hubieran empleado más recursos. *Triage* se sitúa en este modelo en el que la eutanasia (buena muerte) es practicada por el Dr Talzani, como un acto de misericordia hacia los soldados moribundos.

Condiciones extremas. En este modelo, se prioriza el tratamiento de los soldados menos graves con la finalidad de que puedan regresar al frente. Se aplicaría en caso de retirada, y es un ejemplo del conflicto que puede enfrentar a los mandos militares con el cuerpo médico. Según este modelo la población civil y los prisioneros no recibirían atención prioritaria lo que constituye una violación del Artículo 12 de la Convención de Ginebra⁹.

Análisis del triaje y la eutanasia en la guerra

El triaje y la eutanasia en la guerra son susceptibles de distintos tipos de análisis, destacan los basados en los principios éticos, el análisis utilitarista y el específicamente militar.

1. Análisis basado en los principios éticos

Este análisis tiene en cuenta los principios clásicos de: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia que pueden entrar en conflicto cuando se deben tomar decisiones. Por ejemplo, puede que un paciente no desee ser tratado y renuncie a la posibilidad de continuar con vida; entonces se produce una tensión entre la autonomía del paciente y el principio de beneficencia que defiende el médico^{5,6,11}.

Autonomía. En *Triage* se plantea la pugna entre los principios de autonomía (el herido de gravedad que quiere ser tratado) y el de justicia (la eutanasia a que condena la falta de recursos). En general, cabe plantearse si un soldado tiene autonomía verdadera o si, por su propia condición, la ha cedido a sus superiores. Es obvio que los heridos no tienen autonomía para decidir el tipo de tratamiento ni el plazo en el que deben recibirlo. También es discutible su derecho, y la conveniencia, de recibir una información completa sobre su pronóstico. En ocasiones, es posible discutir la situación con el herido grave pero esto puede aumentar, de forma inútil, su sufrimiento y ansiedad¹². En *Triage* los heridos son conscientes de su

destino tan pronto reconocen el color de la tarjeta que el Dr Talzani deposita sobre su pecho.

Otro problema ético lo encarnan quienes no son capaces de participar en una decisión que afecta a su vida. Parece intolerable que estos heridos no tengan derecho a una muerte compasiva por el hecho de que ya no se pueden expresar, basta recordar la desesperación del soldado Joe (Timothy Bottoms) en *Johnny cogió su fusil/ Johnny got his gun* (1971) de D. Trumbo. Es deseable preservar la dignidad de todos los pacientes y no solo la de los afortunados (o desafortunados) que son conscientes de su situación⁸. Es de suponer que cuando se decide en el lugar de los pacientes se obra según su interés; en *Triage*, el Dr Talzani determina cuál es el mejor interés de los heridos, una posición que podría derivar en un abuso de poder.

Beneficencia. Este principio promueve la mejor actuación para el paciente. En *Triage* observamos el traslado de los heridos a campo abierto donde son depositados sobre el suelo (minuto 9:15). El Dr Talzani con una pistola en la mano camina hacia los moribundos; cinco disparos acaban con el dolor de igual número de hombres, uno aún retiene entre sus dedos una tarjeta azul (foto 4). Al finalizar, Talzani levanta sus manos en una suerte de breve plegaria. Mark dispara su cámara y David huye horrorizado.

Si se admite que la vida es el bien primordial se podría pensar que nada que la acorte juega a favor del mejor interés del paciente; sin embargo, si la muerte es inevitable, un procedimiento que la acelere se podría considerar como lo más beneficioso para abreviar el sufrimiento psicológico del soldado moribundo que puede temer ser hecho prisionero^{8,12}.

No maleficencia. Este principio implica el evitar causar daño al paciente y tiene su origen en el juramento hipocrático: "Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa según mis facultades y a mi entender, evitando todo mal y toda injusticia". De este juramento se desprenden al menos dos lecturas: la más frecuente coincide con la prohibición



Foto 4: el Dr Talzani realiza la eutanasia de los heridos que en el triaje han recibido la tarjeta azul. A lo lejos, Mark toma fotos de la escena.

absoluta de la eutanasia (“A nadie daré una droga mortal aún cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin”) pero la otra interpretación es que, en ocasiones, la negación de la eutanasia compasiva es una tergiversación cruel del principio de no maleficencia. En ese sentido, se provocaría un daño mayor al permitir que el soldado herido continúe sufriendo o se exponga a ser capturado y tal vez torturado por el enemigo⁹.

Se admite que en la guerra la eutanasia está justificada como un tipo de tratamiento aplicable por el médico⁹. Se plantea, entonces, si el médico es el responsable de administrarla. Si se exime al médico, ¿a quién se delega tal acción? En condiciones extremas, también importa el método empleado en la eutanasia, sobre todo si se considera el uso de un recurso escaso (morfina) que puede ser esencial para tratar a otros heridos; entonces puede que se deba utilizar un arma de fuego, pero, ¿la debe emplear el propio médico? Así lo hace el Dr Talzani en un acto de compasión y asumiendo la realidad (foto 4).

Justicia distributiva. Este principio responde a la necesidad de equilibrar las demandas que compiten por unos recursos limitados: si los recursos no fueran limitados, todos los heridos serían evacuados de inmediato y recibirían la máxima atención. Es evidente que algunos heridos que requieren una atención especial vivirían si se extremaran los cuidados pero en los conflictos armados, la situación puede empeorar con la llegada de más heridos. ¿Quién tiene mayor necesidad o derecho a recibir atención: los pacientes actuales o los que puedan ir llegando y con mayor probabilidad de sobrevivir?

Para el médico es importante comprender las razones que subyacen en las posibles decisiones; además, debería anticipar o prever la respuesta ante situaciones para las que no existen fórmulas únicas. El Dr Talzani lo tiene claro y así, mientras limpia su arma, explica a Mark las razones de su actuación (minuto 23) (foto 5).

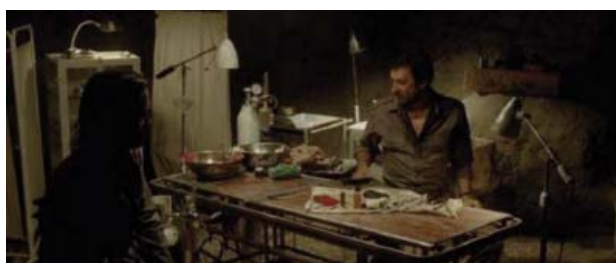


Foto 5: Mark y el Dr Talzani limpiando su arma sobre la mesa de operaciones.

Dr Talzani: “Oh, Sr Walsh veo que está haciendo progresos. ¿Qué le parece? ¿Cuántos médicos en el mundo tienen que limpiar su arma?”

Mark: “Usted debería esterilizarla...”

Dr Talzani: “Oh, ha recuperado el sarcasmo, ¡genial!”

Mark: “Seguro que tiene remordimientos”.

Dr Talzani: “Remordimientos, ¿de qué Sr Walsh? Por librarlos de un sufrimiento terrible por no tener forma de salvarlos o de aliviarlos de un dolor insoportable. ¿Cree que disfruté matando a esos pobres hombres?”

Mark: “Por Dios, ¡no!”

Dr Talzani: “En periodos más tranquilos, cuando no hay muchos combates y tengo más tiempo, reparto muy pocas azules, pero cuando se intensifica la lucha y llegan muchos heridos, no puedo. Tengo que pensar en los que aun puedo salvar. Así de claro. (El doctor ofrece un cigarrillo a Mark, y enciende uno para él). Unos viven, otros mueren... es la única forma de verlo, y lo demás es sólo arrogancia. La arrogancia de imaginar que puedes hacer algo para cambiarlo. En la Facultad de Medicina dirán que no se puede fumar en el quirófano”.

2. Modelo de análisis utilitarista

Este modelo defiende la eutanasia bajo el principio de actuar buscando “el mayor bien para el máximo número”. La eutanasia de quienes no pueden ser trasladados (por falta de medios o de tiempo) permite que la unidad se repliegue más rápido a una posición más segura donde se podrá atender a los nuevos heridos; esta maniobra podría contribuir a ganar la batalla. Los heridos a los que no es posible trasladar constituyen un problema; se les puede dejar con algunas provisiones pero sin personal médico ni medicinas, y a la espera de una hipotética evacuación. En esta situación extrema, el modelo de análisis utilitarista ofrece dos opciones: la aplicación de la eutanasia o simplemente abandonarlos a su suerte.

No obstante, si los soldados saben que los heridos pueden ser ejecutados o abandonados, su motivación por la lucha se verá mermada lo cual compromete el éxito final de la batalla y de esto son conscientes los mandos^{8,9}.

3. Modelo de análisis específicamente militar

Este modelo de triaje propone la eutanasia en determinados casos. Además del dilema moral, plantea la dificultad para controlar el cumplimiento de los requisitos de la propia eutanasia. De forma ideal se debería tener la certeza de que el herido es competente, está bien informado, su deseo de morir se mantiene constante y que al menos dos facultativos certifican que la demanda responde a una decisión autónoma y que se han valorado y descartado otras opciones. En combate es muy difícil satisfacer estos requisitos ya que las decisiones deben tomarse de forma rápida y, en general, no se cuenta con dos médicos que certifiquen.

El dilema moral es otro motivo de tensión para el médico, ya que aun bajo la amenaza de que los heridos pueden ser hechos prisioneros y ejecutados por el enemigo, el facultativo puede rechazar la eutanasia aduciendo que se opone al Juramento Hipocrático. Si bien se

admite que en condiciones extremas tanto las convicciones como las leyes morales pueden ser violadas, es conveniente que esas situaciones se hayan examinado y valorado antes de que acontezcan¹³.

Trastorno por estrés postraumático (TEPT)

En *Triage*, Mark se ve directamente involucrado en un acontecimiento traumático cuando su amigo David pisa una mina y sufre amputación de ambas extremidades. La reacción de Mark es inmediata, improvisa un torniquete con los cordones de las botas de David que mira su cuerpo aterrado mientras grita: “*Voy a morir*” (foto 6). Mark le carga sobre sus hombros pero al intentar cruzar un río, el peso de David le hunde y Mark acaba deshaciéndose del cuerpo de su amigo. Más tarde sabremos que Mark fue hallado inconsciente cerca del río y llevado al hospital donde Dr Talzani le asignará un cartón amarillo.

Algo recuperado, Mark regresa a Irlanda con signos evidentes de deterioro físico y mental; con el paso de los días aumenta su dificultad para caminar, a la vez que parece ajeno a su entorno; finalmente cae inconsciente y es hospitalizado. En el hospital, la neuróloga informa a Elena sobre la posible causa de la parálisis de Mark: un trastorno por estrés post traumático (TEPT), que define como una complicación psicósomática¹⁴.

El TEPT es un trastorno psicológico formado por un conjunto de síntomas que aparecen en un individuo como consecuencia de un acontecimiento estresante. La incapacidad para elaborar el suceso provoca alteraciones que pueden comprometer el desarrollo de las actividades habituales. En la segunda parte de *Triage*, Mark muestra todos los síntomas de TEPT: embotamiento psíquico, recuerdos recurrentes de la experiencia, amnesia parcial, pérdida de interés, anhedonia, dificultades para concentrarse, insomnio y disociación psíquica. Casi todos los síntomas del trastorno resultan del bloqueo de las funciones perceptivas del yo^{14,15}.

En realidad, el TEPT se produce por la incapacidad del sujeto para responder de forma adecuada a la



Foto 6: David practica un torniquete en las piernas amputadas de David.

intensidad de un estímulo excesivo para su psiquismo. En condiciones normales, la función del yo es la de evitar los estados traumáticos. Cuando éstos ocurren y se han podido anticipar (muerte tras una enfermedad larga), el impacto del suceso no es tan abrumador, pero si ocurre repentinamente puede tener un efecto psicológico duradero, este es el caso de Mark. El tratamiento del TEPT incluye diferentes tipos de psicoterapia (cognitiva conductual, de grupo/familia, etc.) que se pueden completar con tratamiento farmacológico (antidepresivos, ansiolíticos, etc.)¹⁵.

Mientras Mark está hospitalizado se le administra el test de Rorschach (minuto 54:20); las interpretaciones que hace de las imágenes son bien significativas: “*Un cadáver de un bebe mutilado*”, “*Un cadáver de mujer mutilado*” y “*Un cadáver de hombre mutilado, será el padre*”. Es entonces que Elena decide pedir ayuda a su abuelo, el Dr Joaquín Morales del que se ha distanciado por considerar que su labor como psiquiatra acabada la Guerra Civil española, fue despreciable. En palabras de Elena: “*Tus pacientes eran criminales de guerra, monstruos, hombres que destruyeron pueblos y torturaron gente en nombre de España, de Franco. Y cuando acudieron a ti, tú los absolviste de toda culpa, los “purificaste”. Si, tú inventaste esa frase, ¿verdad? Estoy segura. El Instituto Morales para la purificación psicológica*”

En *Triage*, el Dr Morales emplea el método catártico que consiste en la descarga emocional del afecto vinculado al suceso traumático. Este método reconoce que en el momento del hecho, el sujeto reprime los recuerdos asociados al mismo pero éstos permanecen en el inconsciente. Los afectos que no se pueden eliminar generan ansiedad y entonces aparecen los síntomas del TEPT. La catarsis permite a Mark recordar y objetivar el suceso traumático liberándolo de la carga afectiva que lo había convertido en patógeno. Cuando por fin, el afecto y la verbalización del recuerdo irrumpen en la consciencia se produce la liberación y se anula el efecto patógeno del recuerdo, es el instante en que Mark llora la muerte de David.

Triage como recurso formativo

Triage, coproducida por España e Irlanda, se rodó en Alicante y Dublín y es una adaptación de la novela *Triage* (1998) del corresponsal de guerra Scott Anderson quien es autor de títulos como, *Moonlight Hotel* (2006), *The Man Who Tried to Save the World* (2000), entre otros.

Triage no es una película placentera, la vemos porque algo nos mueve a ir más allá de la zona de confort y a desafiar las propias expectativas. La película nos sugiere que la guerra no está ligada a un significado único sino que su sentido depende de la persona que la describe y de a quien se la relata.

Podemos considerar que la primera parte de *Triage*, la que se desarrolla en Kurdistán, es el preludio de la verdadera historia, la que se inicia cuando Mark regresa a Irlanda. En cierto modo, es la historia de los que quedan atrás y de los que sobreviven; es una reflexión sobre el significado de estar vivo que equivale a estar solo con la propia experiencia. También es la historia de la culpa y de la redención: “No podemos quedarnos en el dolor. Tenemos que llevarlo con nosotros para siempre. Esto significa vivir”, son palabras del Dr Morales (interpretado por Christopher Lee, con 87 años) quien ayudó a “purificar” a sus pacientes animándoles a aceptar su culpabilidad y a afrontar el dolor, este es el método que propone para aprender a vivir con la culpa y el dolor (foto 7). Para Mark, interpretado por Colin Farrell (perdió 13 kg para el papel), que ha entrevistado la muerte, el camino de su recuperación se inicia cuando el psiquiatra le obliga a recordar lo sucedido dibujando un mapa sobre la pared (minuto 77), en ese instante y en el mismo lugar donde se inicia su amnesia (el río donde se hundió David) recupera la memoria de la vivencia traumática (foto 7)¹⁶.



Foto 7: Mark y el Dr. Joaquín Morales.

Triage no es una película de guerra más o menos previsible, con héroes, banda sonora o imágenes que enaltecen el valor de los combatientes o de sus ideales; el verdadero conflicto es el que Mark debe superar en forma de shock postraumático

Triage puede ser un recurso útil para la formación de los profesionales que desempeñan su labor en la clasificación de heridos en zonas de conflicto. En ese sentido, cuenta con contenidos sobre bioética y eutanasia cuyas aplicaciones docentes han sido tratados en varios artículos de la *Revista Medicina y Cine*¹⁷⁻¹⁹. También sirve para abordar los factores que determinan la toma de decisiones en circunstancias extremas. Finalmente muestra el desarrollo del trastorno por estrés postraumático, desde los primeros síntomas hasta su tratamiento a través del método catártico.

En el último fundido a negro leemos: “Solo los muertos han visto el final de la guerra”. La frase de Platón, más que la frase lapidaria con la que acaba *Triage*, es toda una invitación a la reflexión sobre lo que acabamos de ver.

Referencias

1. Soler W, Gómez M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Nava*. 2010; 33 (Supl. 1): 55-68. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>
2. Wikipedia contributors. Triage. Wikipedia, The Free Encyclopedia. October 31, 2010. [citado mayo 2012]. Disponible en: <http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Triage&oldid=393957419>
3. Ilescas Fernandez GJ. Triage: atención y selección de pacientes. *Trauma* 2006;9(2):48-56. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2006/tm062e.pdf>
4. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Guidelines for Field Triage of Injured Patients. Recommendations of the National Expert Panel on Field Triage. Recommendations and Reports. January 23, 2009 / Vol. 58 / RR-1. Disponible en: www.cdc.gov/mmwr. Consultada: mayo, 2012.
5. C. Giannou C, Baldan M. Cirugía de guerra trabajar con recursos limitados en conflictos armados y otras situaciones de violencia. Volumen 1. Ginebra: Comité Internacional de la Cruz Roja; 2011. p 199-220. Disponible en: www.icrc.org/spa/assets/files/other/p0973-spa.pdf
6. Achayra RP, Gastmans C, Denier Y. Emergency department triage: an ethical analysis. *BMC Emerg Med*. 2011;11:16. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-227X/11/16>
7. Mitchell GW. A Brief History of Triage. *Disaster Med Public Health Prep*. 2008;2 Suppl 1:S4-7. [citado mayo 2012]. Disponible en: http://www.dmph.org/cgi/content/full/2/Supplement_1/S4
8. Emergency War Surgery. Triage (chapter 3), 3rd edition. 2004; p. 3.2- 3.10. [citado junio 2012]. Disponible en: http://www.bordeninstitute.army.mil/other_pub/ews/EWSH.pdf
9. Beam TE. Medical ethics on the battlefield: the crucible of military medical ethics. En: Thomas S, Linette R, Pelegrino ED, Hartle A, Howe EG, editores. *Military Medical Ethics, Volume 2 (Textbooks of Military Medicine)*. Washington: Borden Institute. Walter Reed Army Medical Center; 2004. p. 369-402. Disponible en: http://www.bordeninstitute.army.mil/published_volumes/ethics_vol2/ethics-ch-13.pdf
10. Miró O. La cuestión Kurda. Observatorio de conflictos y derechos humanos. [citado junio 2012]. Disponible en: http://www.observatori.org/mostrat.php?id=66&files_id=203&tipus=files&lng=cas&mapes
11. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Training Guide For Emergency Medical Services Leaders. [citado junio 2012]. Disponible en: www.cdc.gov/FieldTriage
12. Repine TB, Lisagor P, Cohen DJ. The dynamics and ethics of triage: rationing care in hard times. *Mil Med*. 2005; 170 (6): 505-9.
13. Sokol DK. The medical ethics of the battlefield. *BMJ*. 2011;343:d3877. doi: 10.1136/bmj.d3877.
14. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. El Trastorno de Estrés Postraumático. [citado junio 2012]. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/seas/tep>
15. Kaspersen M, Matthiesen SB. Síntomas de Estrés Postraumático entre los soldados de Naciones Unidas y el personal perteneciente al voluntariado. *Eur J Psychiat*(Ed. esp.) 2003;17(2):69-77. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1579-699X2003000200001&script=sci_arttext
16. Icart MT, Donaghy K. How to use films in health sciences education. Barcelona: Ed Universidad de Barcelona, 2012 (en prensa)
17. Farré M, Pérez J. Uso del cine comercial en la docencia de Bioética en estudios de Biología. *Rev Med Cine* [Internet]. Marzo 2011 [citado 7 julio 2012]; 7(1):3-7. Disponible en: http://revistamedicinacine.usal.es/index.php/es/archivos/doc_download/409-vol7num1original01es
18. Baños JE, Bosch F, Pérez J, Farré M. *Al cruzar el límite/ Extreme Measures: cine, principios bioéticos e investigación clínica* *Rev Med Cine* [Internet]. Diciembre 2011 [citado 7 julio 2012]; 7(3-4):95-99. Disponible en: http://revistamedicinacine.usal.es/index.php/es/archivos/doc_download/435-vol7num3original02es
19. García Sánchez JE, García Sánchez E. Realidad y realismo de la medicina en el cine. *Rev Med Cine* [Internet]. Diciembre 2007 [citado junio 2012];3(4): 127-128. Disponible en: <http://revistamedicinacine.usal.es/index.php/es/vol3/num4498>