

Militares desplegados en misiones internacionales: percepción del estrés y síntomas asociados

Rodríguez FJ.¹, Arce R.²

Sanid. mil. 2016; 72 (1): 15-24; ISSN: 1887-8571

RESUMEN

Introducción: Los despliegues militares son una de las experiencias profesionales más exigentes a las que se puede enfrentar un militar profesional. Se diseñó un estudio con el objeto de analizar la evolución del estrés percibido y de sintomatología asociada a la salud mental a una muestra de militares españoles desplegados durante un periodo de seis meses en Afganistán. **Material y métodos:** Para ello se realizó un diseño prospectivo en el que 935 militares respondieron al CEP y a la prueba SCL-90R en tres momentos temporales del despliegue (primer mes, tercer mes y último mes). **Resultados:** Los resultados muestran un aumento del estrés percibido a la llegada a zona de operaciones que se mantiene estable a lo largo del despliegue. Respecto a la salud mental se produce un aumento de todos los marcadores de salud mental que se reduce al final de la misión salvo en los casos de Hostilidad y Somatización. Respecto a la relación entre estrés percibido y salud mental, se encontró que los sujetos que perciben un mayor estrés durante el despliegue desarrollaron un malestar psicológico generalizado en todos los marcadores generales y específicos. **Conclusiones:** Atendiendo a los resultados podemos concluir que la población militar tiene una percepción subjetiva del estrés significativamente inferior a la población general. El participar en una misión internacional conlleva un aumento del estrés percibido, permaneciendo este constante durante todo el despliegue. El nivel de estrés percibido está asociado a un mayor malestar psicológico.

PALABRAS CLAVE: Despliegues militares, Soldados, Estrés percibido, Salud mental, Hostilidad, Somatización.

Soldiers deployed in international missions: stress perception and associated symptoms

SUMMARY: Introduction: Military deployments are one of the most demanding tasks for soldiers. A prospective study was designed in order to analyze the evolution of perceived stress and mental health in a sample of Spanish soldiers deployed in Afghanistan. **Material and method:** 935 soldiers answered the Spanish version of Perceived Stress Questionnaire and the SCL-90R in three different moments of the deployment (the first month, third month and last month). **Results:** Results show a steady increased perceived stress during deployment. Regarding to mental health, deployment increases all general distress symptoms. Distress reactions increased over time during the first half of deployment and peaked at around month 3, and then gradually returned to their initial levels by month 6, with the exception of hostility and somatization scales. Increases in war zone perceived stress over time were associated with increases in general distress symptoms. **Conclusions:** according to the results we conclude that the military population has a significantly lower perception of stress than general population. Participating in an international mission increases perceived stress, remaining constant throughout a six-month deployment. High levels of perceived stress are associated with increased psychological distress.

KEYWORDS: Military deployments, Soldiers, Perceived stress, Mental health, Hostility, Somatization.

INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes objetivos de la psicología militar es favorecer la correcta adaptación del sujeto que participa en misiones internacionales, tanto en su llegada al teatro de operaciones, como en su retorno a territorio nacional. Para realizar esta labor es necesario conocer qué consecuencias tiene y cómo evoluciona el personal desplegado desde el punto de vista de la salud mental.

El presente estudio se encuadra dentro de la misión española en Afganistán, país en el que España tiene tropas desplegadas desde enero del año 2002, una vez que el Consejo de Ministros,

por Acuerdo de 27 de diciembre de 2001, autorizara la participación de unidades militares españolas en la Fuerza Internacional de Asistencia para la Seguridad (ISAF), que había sido creada en diciembre del 2001, en apoyo del Gobierno afgano. Durante el año 2013 las últimas bases españolas del Ejército de Tierra en la provincia de Badghis fueron transferidas al gobierno afgano cumpliendo con el plan paulatino de repliegue, cerrando una de las etapas más exigentes para nuestras Fuerzas Armadas.

Con el objeto de que los militares desplegados puedan afrontar la misión con las mejores garantías de adaptación psicológica, existen una serie de medidas de intervención llevadas a cabo por los oficiales psicólogos del Cuerpo Militar de Sanidad. Como medidas preventivas previas al despliegue cabe destacar que, en la actualidad, todo miembro de las Fuerzas Armadas españolas que participe en una misión internacional debe pasar un reconocimiento psicológico previo, así como recibir formación sobre medidas para favorecer su adaptación psicológica al nuevo contexto de trabajo. Además, en el caso de Afganistán, al

¹ Cap. Psicólogo. Dirección de Sanidad del ET.

² Catedrático de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela. España.

Dirección para correspondencia: frodalo@oc.mde.es

Recibido: 28 de junio de 2015

Aceptado: 6 de noviembre de 2015

igual que ocurre en la misión Libre Hidalgo en el Líbano, entre las medidas preventivas y asistenciales también se encuentra el despliegue con la agrupación de un oficial psicólogo del Cuerpo Militar de Sanidad.

Probablemente, la misión desarrollada en Afganistán ha sido la más exigente a la que se han enfrentado nuestros soldados. Es la misión con mayor número de bajas en las Fuerzas Armadas Españolas, lo que implica la exposición al mayor evento vital estresante al que fueron sometidas en los últimos tiempos. Adicionalmente, las misiones internacionales de las Fuerzas Armadas también implican la exposición a otros factores estresantes, estos de tipo psicosocial: las largas e intensivas jornadas laborales, los problemas de sueño, los problemas relacionales, la separación del núcleo familiar o la exposición a situaciones traumáticas¹⁻³. La suma de estos factores afecta al estrés percibido⁴; puede afectar a la salud mental del sujeto⁵ como consecuencia de la auto-percepción de exposición a altos niveles de estrés⁶; y también afecta a otras variables tales como el desempeño⁷.

Pese a todos estos factores estresantes, las repatriaciones de personal participante en esta misión por causas relacionadas con la salud mental son relativamente bajas. Por ejemplo, entre los años 2009 y 2012 se produjeron un total de 18 repatriaciones por problemas relacionados con la salud mental⁸. Diferentes estudios longitudinales establecen las diferencias referentes a la salud mental de militares profesionales participantes en misiones internacionales, fundamentalmente en Irak y Afganistán, mediante medidas pre-despliegue y post-despliegue en países de todo el mundo, tanto norteamericanos como europeos⁹⁻¹⁷. Estos estudios son fundamentales para entender cómo afecta la participación en diferentes misiones a los sujetos participantes; sin embargo, el número de estudios que analiza cómo es la evolución de la salud mental del personal durante el propio despliegue es mucho menor, pero no por ello menos importante.

A la hora de planear un despliegue, uno de los objetivos fundamentales es determinar el tiempo del mismo. El tiempo de despliegue debe ser aquel que permita un rendimiento óptimo de todos los recursos empleados, tanto humanos como materiales, consiguiendo llevar a cabo la misión encomendada de manera efectiva. Uno de los factores a tener en cuenta a la hora de estimar este tiempo debe ser la evolución en la salud mental del militar desplegado en zonas de conflicto. Un mayor tiempo de despliegue está relacionado con una mayor probabilidad de desarrollar sintomatología clínica¹⁸. Los tiempos medios de despliegue de un militar español oscilan entre los 2 y los 6 meses dependiendo de su cuerpo y especialidad, y de la duración de las diferentes misiones en las que España participa en la actualidad. Cabe destacar que el contingente evaluado ha sido el primero en permanecer en zona de operaciones un tiempo aproximado de 6 meses de forma continuada (agrupaciones anteriores que desplegaban más de 5 meses disponían de un permiso de 15 días en territorio nacional alrededor del ecuador de la misión).

Estudios previos, como los diversos informes presentados por el MHAT (Mental Health Advisory Team)², unidad multidisciplinar centrada en el estudio de la salud mental del personal de las fuerzas armadas estadounidenses desplegadas, relacionan un mayor tiempo de despliegue con una mayor presencia de problemas relacionados con la salud mental.

Como consecuencia de todo ello, nos planteamos un estudio de campo con el objetivo de analizar la evolución del estrés percibido, que mide el componente subjetivo de la respuesta de estrés¹⁹ del personal militar desplegado en Afganistán; su variación desde territorio nacional a la llegada a zona de operaciones; la evolución del mismo durante el despliegue; las manifestaciones clínicas (sintomatología) del despliegue y su relación con el estrés percibido a lo largo del mismo.

MÉTODO

Participantes

Participaron en el estudio 935 militares en misión militar en Afganistán durante 6 meses de forma continuada, de los que 327 fueron evaluados en la fase de llegada (al cumplir el 1^{er} mes); 338 en fase de permanencia (3^{er} mes); y 270 en el fase final de la misión (6^o mes).

En cuanto a la distribución por sexos la muestra estaba compuesta por 869 (93.5%) hombres y 51 (5.5%) mujeres, 15 (1%) participantes dejaron en blanco esta pregunta. La distribución por sexos de los diferentes grupos fue la siguiente:

- 1^{er} grupo: 303 hombres y 21 mujeres; tres sujetos dejaron en blanco esta pregunta.
- 2^a grupo: 313 hombres y 16 mujeres; nueve sujetos dejaron en blanco esta pregunta.
- 3^{er} grupo: 253 hombres y 14 mujeres; tres sujetos dejaron en blanco esta pregunta.

La edad de media de la muestra era de 31 años ($EEM = 0.74$). Siendo 31 años la edad media en cada uno de los grupos.

En la evaluación participaron oficiales, suboficiales y tropa. Los empleos militares fueron recogidos mediante la categoría “Mandos” que incluye a oficiales y suboficiales; y la categoría “Tropa”. La muestra se compone de 288 mandos y 638 militares de tropa, habiendo dejado en blanco este campo 9 sujetos. La distribución por empleos de los tres grupos fue la siguiente:

- 1^{er} grupo: 106 mandos y 220 sujetos de personal de tropa. Un sujeto dejó en blanco esta pregunta.
- 2^o grupo: 98 mandos y 235 sujetos de personal de tropa. Cinco sujetos dejaron en blanco esta pregunta.
- 3^{er} grupo: 84 mandos y 183 sujetos de personal de tropa. 3 sujetos dejaron en blanco esta pregunta.

Para un 33.05% de la muestra (307 sujetos) este era su primer despliegue en zona de operaciones, mientras que el resto de la muestra ya tenía experiencia previa. La proporción por grupos fue la siguiente:

- 1^{er} grupo: para 101 sujetos este era su primer despliegue mientras que 226 ya tenían experiencia previa en misiones internacionales.
- 2^o grupo: Para 120 sujetos este era su primer despliegue mientras que los 218 restantes ya tenían experiencia en misiones internacionales.
- 3^{er} grupo: Para 86 sujetos este era su primer despliegue mientras que 184 ya tenían experiencia en misiones internacionales.

En el momento de la realización del estudio las tropas españolas de la provincia de Badghis se encontraban distribuidas en tres puntos geográficos: la Base principal de la agrupación sita

Militares desplegados en misiones internacionales: percepción del estrés y síntomas asociados

en la capital Qala i Naw, y dos puestos avanzados de combate en las regiones de Moqur y Ludina. Del personal evaluado 711 sujetos tenían su ubicación principal en Qala i Naw, 125 en Ludina y 99 en Moqur.

Procedimiento

La recogida de datos se realizó a través de la aplicación, por parte del oficial psicólogo integrado en la agrupación, de las pruebas descritas a personal militar de las diferentes unidades del contingente español desplegado en Afganistán durante un periodo aproximado de 6 meses entre noviembre del 2012 y mayo del 2013. Para ello se realizaron aplicaciones en los diferentes puntos geográficos en los que se encontraba distribuida la Fuerza española dentro de la provincia de Badghis: la base principal de Qala i Naw y los Puestos Avanzados de Combate de Ludina y Moqur.

Previo a la realización de la evaluación, con el objeto de evitar en buena medida las respuestas de simulación/disimulación, los participantes fueron informados de que su participación en el estudio era totalmente anónima y que el mando solo sería informado de los resultados generales de cada unidad. Asimismo, se les facilitaron instrucciones para la correcta cumplimentación de la prueba y se resolvieron las diferentes dudas surgidas durante la aplicación.

Se realizaron un total de tres aplicaciones en diferentes momentos temporales del despliegue:

- 1ª aplicación (Fase de llegada): se realizó cuando el personal llevaba desplegado en Zona de Operaciones un mes.
- 2ª aplicación (Fase de permanencia): se realizó en el ecuador del despliegue, a los tres meses.
- 3ª aplicación (Fase final): se realizó a menos de 3 meses de la vuelta a territorio nacional.

Cabe destacar que el contingente evaluado fue el primero en permanecer de forma continuada (sin permiso de mitad de misión) en zona de operaciones un tiempo de seis meses.

Diseño

Para el presente estudio se planteó un diseño prospectivo, en el que se seleccionaron tres grupos equivalentes que fueron evaluados en otros tantos momentos temporales del despliegue. Cada grupo estaba compuesto por, al menos, el 30% del personal desplegado. El primer grupo fue evaluado una vez superado el primer mes de permanencia en zona de operaciones (fase de llegada); el segundo grupo fue evaluado una vez superados los 3 meses de permanencia (fase de permanencia); y el tercer y último grupo fue evaluado dentro del último mes previo al retorno a territorio nacional (fase final). Se ha utilizado al primer grupo para recoger una medida previa de estrés percibido que permita comparar la percepción de estrés del sujeto en su vida diaria en territorio nacional con el estrés percibido en zona de operaciones. Para ello se utilizó la forma completa del CEP²⁰, en el que el participante es preguntado por el estrés percibido en el último mes y por el estrés percibido durante su vida cotidiana en territorio nacional.

La probabilidad de detección ($1 - \beta$) de diferencias significativas ($\alpha < .05$) en el caso de que las hubiera para un tamaño del efecto medio ($d = 0,50$, $\eta^2 = .059$, $r = .30$) para los diferentes análisis ejecutados de comparación de medias y con los tamaños muestrales de este estudio es del 100% en todas las contingencias.

Instrumentos de medida

Se aplicó el Cuestionario de Estrés Percibido (CEP) que es la adaptación española²⁰ del cuestionario PSQ (Perceived Stress Questionary) de Levenstein *et al.*²¹, cuestionario específicamente desarrollado para medir el estrés en la investigación acerca de problemas psicossomáticos.

Consta de 30 ítems a los que el sujeto tiene que puntuar según la frecuencia que se dan en su vida desde 1 “casi nunca” a 4 “casi siempre”. Consta también de dos columnas de puntuación, la de la izquierda corresponde a la puntuación general, referida a la vida habitual del sujeto (utilizada en el primer grupo como medida pre-despliegue), y la de la derecha a la puntuación reciente, referida al último mes.

El CEP supone una medida de estrés percibido por parte del sujeto que enfatiza en las percepciones cognitivas más que en estados emocionales. Las experiencias estresantes presentadas pretenden ser lo suficientemente abstractas para poder ser aplicadas a adultos de cualquier edad, sexo o profesión, pero al mismo tiempo, interpretable de manera específica sobre una variedad de situaciones reales.

El resultado se muestra en un coeficiente que va de 0 a 1, siendo 0 el mínimo nivel de estrés percibido y 1 el máximo.

En la adaptación española, el test mostró una consistencia interna medida a través del coeficiente de Alfa de .90 para el estrés general y de .87 para el estrés reciente. La fiabilidad test-retest después de un intervalo de 13,12±2.05, fue de .80²⁰. Las puntuaciones medias obtenidas en la población española se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de las puntuaciones por edad y género en población general²⁰

	Media	Desviación Típica
Sexo		
Hombre	.3366	.1353
Mujer	.3604	.1418
Edad		
18-24 años (N=110)	.3681	.1485
25-39 años (N=33)	.3384	.1230
>39 (N=33)	.3259	.1251
TOTAL	.3546	.1403

Para la medida de la psicopatología recurrimos al SCL-90-R, Lista de Comprobación de Síntomas-90-R (Symptom Checklist-90-Revised), de Derogatis²²⁻²⁴.

El SCL-90-consta de 90 ítems (existe una versión reducida de 52) de escala tipo Likert en los que el sujeto informa de la presencia o ausencia de cada uno de los síntomas durante la última semana así como de su intensidad. Las respuestas por cada síntoma pueden ser: “nada” (0), “un poco” (1), “modera-

damente” (2), “bastante” (3) y “muchísimo” (4). Este instrumento evalúa 9 dimensiones primarias y 3 índices globales de malestar:

a) Dimensiones primarias:

- I. *Somatización*. Esta dimensión, compuesta por 12 ítem, evalúa la presencia de malestar que la persona percibe relacionado con diferentes disfunciones corporales (p.e., cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).
- II. *Obsesivo-compulsivo*. Esta subescala engloba síntomas que están claramente identificados con el síndrome clínico del mismo nombre. En concreto, se focaliza en pensamientos, impulsos y acciones que son experimentados como imposibles de evitar o no deseados.
- III. *Sensibilidad interpersonal*. Los nueve síntomas de esta dimensión detectan la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación sobre todo cuando la persona se compara con los otros, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales.
- IV. *Depresión*. La depresión se mide a través de 13 ítem que recogen signos y síntomas clínicos propios de los trastornos depresivos: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía, sentimientos de desesperanza, ideas autodestructivas y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos.
- V. *Ansiedad*. Los diez ítems de esta escala son los clásicamente referidos a las manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto en la generalizada como aguda (pánico), tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos. Además, también mide signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas.
- VI. *Hostilidad*. Los seis ítems de esta dimensión aluden a pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento.
- VII. *Ansiedad fóbica*. Los siete ítems de la ansiedad fóbica aluden a una respuesta persistente de miedo a personas concretas, lugares, objetos y situaciones que es, en sí misma, irracional y desproporcionada en cuanto al estímulo que la provoca.
- VIII. *Ideación paranoide*. La sintomatología paranoide se aprecia mediante seis ítems que evalúan comportamientos paranoides fundamentalmente en cuanto a desórdenes del pensamiento, incluyendo características propias del pensamiento proyectivo tales como suspicacia, centralismo auto-referencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.
- IX. *Psicoticismo*. Los diez síntomas que evalúan la dimensión psicótica están referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control de pensamiento. En la población general esta dimensión está

más relacionada con sentimientos de alienación social que con psicosis clínicamente manifiesta.

El SCL-90-R contiene siete ítems que no pertenecen a ninguna de las nueve dimensiones descritas, pero que tienen cierta relevancia clínica. Éstos son: poco apetito (19), problemas para dormir (44), pensamientos acerca de la muerte o morirse (59), comer en exceso (60), despertarse muy temprano (64), sueño intranquilo (66), y sentimientos de culpa (89).

b) Índices globales de malestar:

- I. *Índice de Gravedad o Severidad Global (GSI)*. Este índice es buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar. La fórmula de cómputo es:

$$GSI = \frac{\text{Total de valores asignados a los elementos}}{\text{Número total de ítem}}$$

- II. *Total de Síntomas Positivos (PST)*. El PST es el resultado de contabilizar el número de ítem que tienen una respuesta positiva (esto es, mayor que cero).
- III. *Malestar Referido a Síntomas Positivos (PSDI)*. El PSDI evalúa si la persona tiende a exagerar o minimizar los malestares que lo aquejan, obteniéndose de la siguiente fórmula:

$$PSDI = \frac{\text{Total de valores asignados a los elementos}}{PST}$$

La escala fue sometida a un análisis de la fiabilidad por De Rogatis²² mediante el coeficiente *alpha de Cronbach* (n = 219) y el procedimiento *Test-Retest* (n = 94) con los resultados que pueden consultarse en la Tabla 2 y que avalan la consistencia interna de la escala.

Tabla 2. *Fiabilidad de las escalas del SCL-90 con una muestra psiquiátrica norteamericana²²*

Factores	Test-Retest	Alpha de Cronbach
Somatización	.86	.86
Obsesivo-Compulsivo	.85	.86
Susceptibilidad Interpersonal	.83	.86
Depresión	.82	.90
Ansiedad	.80	.85
Hostilidad	.78	.84
Ansiedad Fóbica	.90	.82
Ideación Paranoide	.86	.80
Psicoticismo	.84	.77

Nota. Intervalo de 1 semana entre el test y el retest.

La adaptación española del test fue llevada a cabo por TEA Ediciones²³ y demostró igualmente una alta consistencia interna como puede observarse en la Tabla 3.

Tabla 3. *Fiabilidad de las escalas del SCL-90 con una muestra psiquiátrica española²⁴*

Factores	Mitades equivalentes	Alpha de Cronbach
Somatización	.81	.87
Obsesivo-Compulsivo	.87	.88
Susceptibilidad Interpersonal	.81	.86
Depresión	.87	.89
Ansiedad	.88	.90
Hostilidad	.85	.86
Ansiedad Fóbica	.83	.86
Ideación Paranoide	.81	.81
Psicoticismo	.86	.87

En resumen, este check-list de patología es consistente internamente, estable en el tiempo inter-muestras e inter-contextos. En cuanto a la validez, se observó que todas las dimensiones eran válidas al medir la validez convergente con las Escalas del MMPI y MHQ. El análisis factorial evidenció una estructura factorial muy próxima a la descrita a priori con lo que se demostró la validez de constructo. La estructura factorial obtenida en la adaptación española²³ fue muy similar a la original salvo pequeñas diferencias atribuidas a que la validación al castellano se realizó utilizando población no psiquiátrica.

Análisis de datos

El análisis de datos consistió en la aplicación de pruebas de diferencias de medias, comprobados los supuestos y, en su caso hechas las correcciones para cumplirlos (p.ej., corrección de los grados de libertad en la prueba t), para una muestra con un valor de prueba (prueba t de student para una muestra); para dos muestras independientes (prueba t de student para dos muestras); para medidas repetidas (t de student para muestras relacionadas); y para la comparación de más de dos grupos en una variable (ANOVA) y para la comparación de dos o más grupos en varias variables dependientes que conformaban un conjunto altamente relacionado (MANOVA). Para todas las medidas se obtuvo el tamaño del efecto (*d* de Cohen y η^2). A partir del tamaño del efecto calculamos la probabilidad de superioridad y la estimación del porcentaje de daño (*r*). Las fórmulas para ello fueron tomadas de Rosenthal²⁵ y McGraw y Wong²⁶.

RESULTADOS

Evolución del estrés percibido

Los resultados de la comparación de medias de los militares desplegados en zonas de conflicto en estrés percibido, en condiciones previas al inicio de la misión, con la población normativa ($M = 0.35, DE = 0.14$)²⁰ mostraron que estaban en niveles de estrés percibido significativamente inferiores a la normalidad, $t(326) = -39.94, p < .001$, siendo la magnitud de la diferencia más que grande, $d = 2.33$. En otras palabras, la población general tiene un 95.03% más de probabilidades de percibir estrés que la población militar.

El diseño del estudio nos permite una doble aproximación en la comparación: intra- e inter-sujetos. A un tercio de los sujetos (1^{er} grupo) se aplicó la forma completa del CEP que recoge el estrés general de los sujetos en su día a día en territorio nacional y el estrés sufrido durante el último mes, en el que ya se encontraban en zona de operaciones (diseño intra con la medida previa a la misión y la medida en misión) y en dos tercios (2^a y 3^{er} grupo) sólo se evaluó el estrés en condiciones de despliegue (diseño inter, en el que se compara la medida del grupo con evaluación previa a la misión [valor de prueba] con el grupo de participantes que sólo se tomó la medida en condiciones de misión).

En el diseño de comparaciones inter-sujetos de la fase de la misión (fase de llegada, fase de permanencia y fase final de la misión) en el estrés percibido, no hallamos que conllevara a diferencias significativas en el estrés percibido, $F(2, 932) = -0.69, ns, \eta^2 = .001, 1-\beta = .166$. Así pues, el estrés percibido es exactamente igual en todas las fases del despliegue por lo que se pueden unir las tres muestras en una: militares en condiciones de despliegue.

Como consecuencia de lo anterior, procedimos a contrastar el estrés percibido en militares en condiciones previas a la misión y en despliegue utilizan un diseño intra-sujetos, hallando que en condiciones de despliegue aumenta significativamente el estrés percibido, $t(326) = 11.09, p < .001$, siendo moderada la magnitud del efecto, $r = .25$, de lo que se deduce que en condiciones de despliegue se incrementa un 25% la tasa de estrés percibido. Asimismo, los resultados del diseño inter-sujetos, comparando la medida pre con los tres grupos, también evidenciaron que en condiciones de misión el estrés percibido es significativamente superior, $t(934) = 14.68, p < .001$, con una magnitud de efecto moderado, $r = .30$, suponiendo un incremento en el estrés percibido del 30%.

Por lo tanto, podemos concluir que cuando el militar desplegado llega a zona de operaciones se produce un aumento significativo respecto al estrés percibido por el mismo en su día a día en territorio nacional, manteniéndose este estrés constante a lo largo de los 6 meses del despliegue (Figura 1).

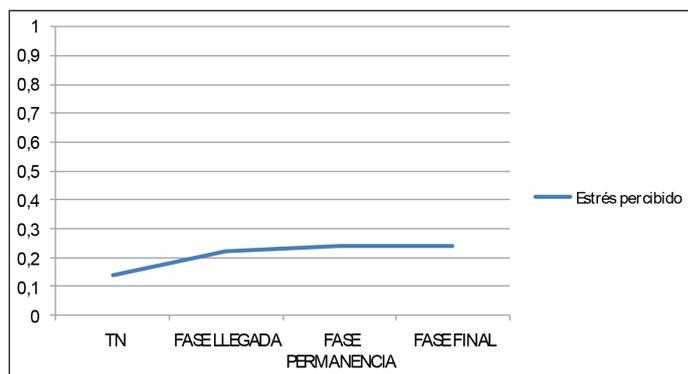


Figura 1. *Evolución del estrés percibido. TN = Estrés percibido en su vida diaria en territorio nacional.*

Atendiendo a las funciones realizadas en zona de operaciones, hemos clasificado a las diferentes unidades de la Agrupación en tres categorías: Combate, Mando y Apoyo Logístico, y Asesoramiento al Ejército Afgano. Comparando los niveles de estrés percibido en base a esta clasificación, los resultados

Tabla 4. Escalas Básicas de Evaluación Clínica del SCL-90. Valores “t” para una muestra con valor de contraste la media de grupo normativo. Fase de Llegada.

Variable	t	p	d	M _{FLL}	M _{PG}
Somatización	-26.21	.000	-1.48	0.18	0.55
Obsesivo-Compulsivo	-18.51	.000	-1.03	0.27	0.60
Susceptibilidad Interpersonal	-17.67	.000	-0.90	0.18	0.45
Depresión	-27.78	.000	-1.53	0.20	0.72
Ansiedad	-28.35	.000	-1.56	0.13	0.52
Hostilidad	-10.25	.000	-0.56	0.21	0.45
Ansiedad Fóbica	-31.44	.000	-1.69	0.03	0.25
Ideación Paranoide	-14.83	.000	-0.81	0.17	0.47
Psicoticismo	-31.21	.000	-1.70	0.04	0.21

Nota. $g(326)$; M_{FLL} = Media de la población de militares en la fase de llegada a la misión; M_{PG} = Valor de prueba o contraste tomado de la Media de la Población General no Clínica del SCL-90-R (Derogatis, 2002).

mostraron que el tipo de unidad (mando y apoyo, combate y asesoramiento) en la que están encuadrados media diferencias en el estrés percibido en condiciones de despliegue, $F(2, 932) = 16.77, p < .001, \eta^2 = .035, 1-\beta = 1.00$, con un tamaño del efecto pequeño, que explica el 3.5% de la varianza. Los contrastes a posteriori con el nivel de protección de Bonferroni (.05/3 = 0,017) pusieron de manifiesto que los desplazados en misión de combate ($M = 0.26$) refieren más estrés que los encuadrados en unidades de mando y apoyo logístico ($M = 0.22$) y que los desplazados en unidades de asesoramiento ($M = 0.18$).

Evaluación de la sintomatología relacionada con la salud mental

Los resultados de la comparación del estado de salud mental de los militares al inicio de la misión con la población general (ver Tabla 4) muestra que los militares al comienzo de la misión presentan un estado de salud mental significativamente mejor en todos los marcadores de salud mental, y con un tamaño del efecto entre moderado y grande, que la población general. En concreto, los militares tienen, en comparación con la población general, un 59,48% menos de sintomatología somática; un 45.79% menos de sintomatología obsesivo-compulsiva, un 43,27% menos de síntomas de susceptibilidad interpersonal; un 60.76% menos de síntomas depresivos; un 61.50% menos de sintomatología

ansiosa; un 23.80% menos de síntomas de hostilidad; un 35.11% menos de síntomas de ansiedad fóbica; un 31.34% menos de sintomatología paranoide; y un 34.70% menos de sintomatología psicótica.

Ejecutado un MANOVA con la fase de estancia en misión como factor de agrupamiento (fase de llegada, fase de permanencia y fase final) sobre la salud mental hallamos un efecto multivariado significativo, $F(18, 1838) = 94.01, p < .001, \eta_p^2 = .028, 1-\beta = .999$, que explica el 2.8% de la varianza, un tamaño del efecto pequeño. En suma, la permanencia en situación de misión implica cambios significativos, pero de magnitud pequeña, en el estado de salud mental de los militares.

Los resultados de los efectos univariados (ver Tabla 5) ponen de manifiesto que a lo largo del despliegue se producen cambios significativos en la somatización, susceptibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. En consecuencia, las fases del despliegue tienen efectos en la sintomatología de todas las dimensiones clínicas a excepción de la obsesivo-compulsiva que permanece igual. El análisis de los contrastes a posteriori con el nivel de protección de Bonferroni (.05/3 = .017) evidenció que hay un incremento en la sintomatología somática y en la hostilidad de la fase de llegada a la de permanencia, que se estabiliza en la final. En otras palabras, el tiempo de despliegue trae aparejado un aumento en la sintomatología hostil y somática que se mantiene constante sin que el militar pueda manejarla por sí mismo. Por su parte, en la susceptibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicótica se observa un incremento significativo de la fase de llegada a la de permanencia, seguida de una caída en la fase final hasta igualarse con la de la de llegada. Esto es, el enfrentamiento con la situación estresante generada por la misión implica una subida en estos indicadores de salud mental que el militar afronta por sí mismo de forma efectiva de modo que los vuelve a controlar (ver Figura 2).

Asimismo, los indicadores generales de malestar (Índice de Severidad Global, Total de síntomas positivos e Índice de Malestar referido a Síntomas Positivos) también son sensibles al factor fase de tiempo de despliegue, $F(6, 1860) = 3.17, p < .01, \eta_p^2 = .010, 1-\beta = .926$, dando cuenta del 1% de la varianza, un tamaño del efecto pequeño. Sucintamente el tiempo de despliegue implica cambios en los indicadores generales de salud mental de los militares.

Tabla 5. Efectos univariados en las escalas clínicas básicas del SCL-90-R por el factor de agrupamiento (fase de llegada, fase de permanencia y fase final). Efectos inter-sujetos.

Escala	F	p	M _{FL}	M _{FP}	M _{FF}	η_p^2	1- β
Somatización	6.41	.002	0.18	0.26	0.27	.014	1.00
Obsesivo-Compulsivo	1.54	.214	0.27	0.32	0.28	.003	1.00
Susceptibilidad Interpersonal	3.48	.031	0.18	0.25	0.24	.007	1.00
Depresión	3.59	.028	0.20	0.28	0.23	.008	1.00
Ansiedad	3.55	.029	0.13	0.19	0.15	.008	1.00
Hostilidad	8.18	.000	0.21	0.37	0.33	.017	1.00
Ansiedad Fóbica	3.84	.022	0.03	0.08	0.07	.008	1.00
Ideación Paranoide	6.35	.002	0.17	0.31	0.23	.014	1.00
Psicoticismo	4.96	.007	0.04	0.10	0.07	.011	1.00

Nota. $g(2, 926)$; M_{FL} = Media de la condición de sujetos en la Fase de Llegada; M_{FP} = Media de la condición de sujetos en la Fase de Permanencia; M_{FF} = Media de la condición de sujetos en la Fase Final.

Militares desplegados en misiones internacionales: percepción del estrés y síntomas asociados

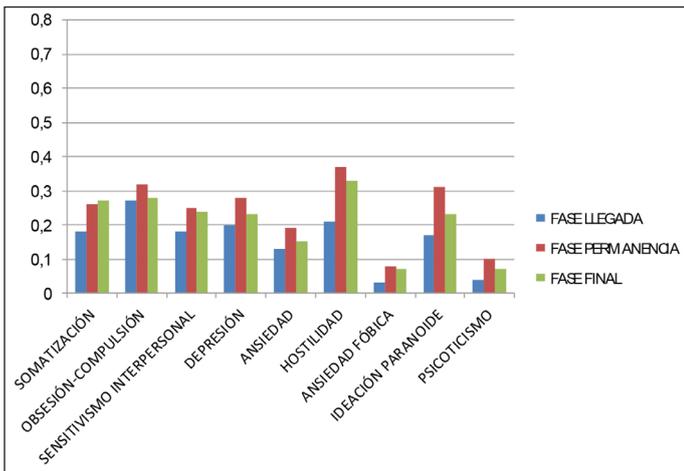


Figura 2. Evolución de la sintomatología en las fases del despliegue.

Los efectos univariados (ver Tabla 6) advierten de diferencias significativas en los tres índices de malestar que los contrastes a posteriori con el nivel de protección de Bonferroni (.05/.03 = .17) concretan en que el índice de severidad global, el total de síntomas positivos así como el índice de malestar referido a síntomas positivos aumentan de la fase de llegada a la de permanencia, estabilizándose en relación a ésta en la final. En conclusión, la misión incrementa el malestar y el militar no dispone de recursos personales para contrarrestar este incremento en la sintomatología clínica de modo que se estabiliza.

Los niveles mayores de estrés se relacionan con malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo^{27,28}, por lo que sometimos a prueba esta hipótesis en el malestar clínico. Como quiera que los niveles de estrés de la población de militares no es equiparable

a la población normativa como ya vimos, la comparación con ésta, con valores o baremos de ésta estaría contaminando los resultados, por lo que procede un comparación entre sujetos de la misma población. Así, se ha optado por la creación de los niveles del factor de agrupamiento (alto y bajo nivel de estrés percibido), como práctica es habitual, a partir de los percentiles 25 (sujetos desde el valor más bajo al percentil 25) y 75 (sujetos desde el percentil 75 al valor superior de la distribución).

Realizado un MANOVA con el nivel de estrés percibido (alto vs. bajo) como factor de agrupamiento sobre la salud mental encontramos un efecto multivariado significativo, $F(9, 503) = 32.86$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .370$, $1-\beta = 1.00$, que explica el 37% de la varianza, un tamaño del efecto más que grande, implicando un deterioro en la salud mental del 60.83% que, como veremos en los efectos univariados, se relaciona exclusiva y generalmente (todos los marcadores de salud mental) con el nivel alto de estrés percibido. En suma, el nivel de estrés percibido en despliegues militares conlleva cambios en el estado de salud mental de los militares.

Los efectos univariados (ver Tabla 7) ponen al descubierto un incremento significativo de la sintomatología en todas las escalas medida de la salud entre los militares del grupo de alto nivel de estrés percibido, con un tamaño del efecto grande ($\eta^2 = .137$) en somatización, obsesivo-compulsivo, susceptibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad e ideación paranoide; moderado ($\eta^2 = .059$) en psicoticismo; y pequeño ($\eta^2 = .01$) en ansiedad fóbica. El términos de cuantificación del daño, el grupo del nivel alto de estrés percibido presenta un 44.50% más de daño en somatización, un 48.16% en obsesión-compulsión, un 46.04% en susceptibilidad interpersonal, un 50.89% en depresión, un 44.94% en ansiedad, un 48.89% en hostilidad, un 23.02% en ansiedad fóbica, un 44.16% en ideación paranoide y un 27.93% en psicoticismo.

Tabla 6. Efectos univariados en los indicadores generales de malestar del SCL-90-R por el factor de agrupamiento (fase de llegada, fase de permanencia y fase final). Efectos inter-sujetos.

Índice	F	p	M _{FL}	M _{FP}	M _{FF}	η_p^2	1- β
Índice Severidad Global (GSI)	4.62	.010	0.17	0.25	0.23	.010	.780
Total Síntomas Positivos (PST)	7.62	.001	10.86	14.89	14.04	.016	.947
Malestar Síntomas Positivos (PSDI)	5.25	.000	1.08	1.20	1.17	.011	.833

Nota. $g(2, 931)$; M_{FL} = Media de la condición de sujetos en la Fase de Llegada; M_{FP} = Media de la condición de sujetos en la Fase de Permanencia; M_{FF} = Media de la condición de sujetos en la Fase Final.

Tabla 7. Efectos univariados en las escalas clínicas básicas del SCL-90-R por el factor nivel de estrés percibido (alto vs. bajo) Efectos inter-sujetos.

Escala	F	p	M _{AEP}	M _{BEP}	η_p^2	1- β
Somatización	126.01	.000	0.444	0.100	.198	1.00
Obsesivo-Compulsivo	154.37	.000	0.571	0.116	.232	1.00
Susceptibilidad Interpersonal	137.77	.000	0.484	0.069	.212	1.00
Depresión	179.07	.000	0.561	0.059	.259	1.00
Ansiedad	129.46	.000	0.392	0.032	.202	1.00
Hostilidad	160.89	.000	0.740	0.074	.239	1.00
Ansiedad Fóbica	28.53	.000	0.144	0.013	.053	1.00
Ideación Paranoide	123.66	.000	0.586	0.046	.195	1.00
Psicoticismo	43.15	.000	0.186	0.007	.078	1.00

Nota. $g(1, 511)$; M_{AEP} = Media de la condición de sujetos del grupo de nivel alto de estrés percibido; M_{BEP} = Media de la condición de sujetos del grupo de nivel bajo de estrés percibido.

Tabla 8. Efectos univariados en los indicadores generales de malestar del SCL-90-R por el factor nivel de estrés percibido (alto vs. bajo) Efectos inter-sujetos.

Escala	F	p	M _{AEP}	M _{BEP}	η_p^2	1- β
Índice Severidad Global (GSI)	133.32	.000	0.46	0.09	.206	1.00
Total Síntomas Positivos (PST)	289.97	.000	25.41	5.29	.361	1.00
Malestar Síntomas Positivos (PSDI)	142.28	.000	1.45	0.93	.217	1.00

Nota. $gl(1, 514)$; M_{AEP} = Media de la condición de sujetos del grupo de nivel alto de estrés percibido; M_{BEP} = Media de la condición de sujetos del grupo de nivel bajo de estrés percibido.

Contrastadas las diferencias multivariadas en los indicadores generales de malestar para el factor nivel de estrés percibido (alto vs. bajo), hallamos un efecto multivariado significativo en la malestar global, $F(3, 512) = 128.79$, $p < .001$, que explica el 43% de la varianza, $\eta_p^2 = .430$. En términos de cuantificación del daño en la salud mental, este resultado implica un deterioro del 65.57%.

Los efectos univariados (ver Tabla 8), por su parte, advierten de un aumento significativo en el número de síntomas positivos informados, así como de mayor severidad de daño y malestar referido a síntomas positivos entre aquellos del nivel alto de estrés percibido. Deterioro que se cuantifica en el 45.39, 60.08 y el 46.58% en el padecimiento de síntomas positivos, severidad global del daño en la salud mental y malestar (severidad) en los síntomas positivos, respectivamente.

DISCUSIÓN

Este estudio tiene unas limitaciones que es preciso tener presentes a la hora de generalizar los resultados. Primera, estos resultados están limitados a una población particular y con un entrenamiento físico y psicológico específico por lo que la generalización a otras poblaciones puede ser problemática. De hecho, los marcadores de estrés y salud son inferiores a los de la población normativa. Segunda, las condiciones de riesgo en el que se llevó a cabo la evaluación pueden influir en el estado psicológico de modo diferente a otras situaciones estresantes, especialmente en los estresores psicosociales. Tercera, aunque en la población evaluada era de ambos sexos, mayoritariamente estaba conformada por varones (93.5%), que reaccionan y afrontan de forma diferente el estrés que las mujeres²⁹⁻³¹. Cuarta, pese a que las pruebas realizadas a los sujetos fueron anónimas, las respuestas de los participantes pueden estar contaminadas tanto por disimulación (deseabilidad social, esto es, intento deliberado de apariencia de control³², relacionado con la capacitación militar), como de simulación/sobresimulación (de daño o disfuncional para obtener beneficios)³³. En este contexto son posibles ambas distorsiones que, en su caso, se contrarrestarían en buena medida³⁴.

CONCLUSIONES

Con estas limitaciones en mente de los anteriores resultados se derivan las siguientes conclusiones:

- Tanto el entrenamiento militar como la intervención psicológica en las diferentes fases del despliegue, tienen efectos directos en el estrés percibido de modo que la

población militar, en condiciones de normalidad, tienen menos nivel de estrés que la población general. La eficacia del entrenamiento en el manejo del estrés es tal que reduce la probabilidad de tal percepción en aproximadamente un 95% frente a la población normativa.

- Como era de esperar el estrés percibido se incrementa en condiciones de despliegue en misión de alto riesgo en comparación con condiciones de normalidad (no despliegue), en una tasa que oscila en el 25 y el 30%.
- Una vez en zona de operaciones, el nivel de estrés percibido permanece constante a lo largo de las diversas fases de la misma. Esto subraya la importancia del entrenamiento anterior al despliegue.
- Las unidades de la agrupación táctica que hemos incluido en la categoría “combate” y que tenían una mayor exposición al entorno, presentan un mayor estrés percibido que las que realizaban tareas de mando y apoyo logístico y las que realizaban tareas de asesoramiento al ejército afgano. Previsiblemente la vivencia, y la percepción de riesgo a vivencia de ataques a la integridad física, la pérdida de la vida o de presenciar eventos de dicha naturaleza (eventos vitales estresantes generadores de ansiedad patológica^{27, 28}) sea la causa subyacente entre los primeros.
- Los militares desplegados tienen unos marcadores de salud mental significativamente más positivos que la población general, cuantificable entre el 47.85% en depresión y el 23.80% en hostilidad. Si bien todos los indicadores son destacables, aún lo es más el de hostilidad teniendo en cuenta la naturaleza de la profesión militar.
- El despliegue trae aparejado un incremento significativo en los marcadores de salud mental, esperable por tratarse de la exposición a un evento vital estresante, seguido de un rápido proceso adaptativo de control de los marcadores generales de malestar psicológico así como de susceptibilidad interpersonal, depresión, hostilidad ansiedad general y específica, ideación paranoide y psicoticismo. Esto es, el entrenamiento recibido permite a los militares el control de estos indicadores generales y de cuadros específicos de malestar psicológico evitando por sí mismos la cronicidad o persistencia a largo plazo de síntomas y cuadros (la presencia de síntomas en los trastornos relacionados con el estrés y trauma, del espectro ansioso, depresivo y somático más de 3 o 6 meses, según el trastorno, implica cronicidad o persistencia^{27, 28}). Este perfil en forma de U invertida en la presencia de algunos síntomas, como los depresivos o los ansiosos, ya ha sido descrita en estudios anteriores³⁵. Sin embargo, en los cuadros hostilidad y somati-

zación no logran por sí mismos dicho control. En hostilidad, que recordemos estaban en niveles inferiores a la población general en condiciones de evaluación estándar, no tiene por qué ser un síntoma de malestar ya que la propia tarea militar está contextualizada en un entorno hostil. El aumento de sintomatología somática, que ya había sido relacionada con la participación en despliegues militares en estudios post misión³⁶, hallamos que ya se produce durante el despliegue. La somatización denota que se ha convertido el malestar psicológico en síntomas físicos, es decir, que el daño psicológico se ha enmascarado³⁷. En consecuencia, la sintomatología física es de base psicológica (causa) por lo que una intervención preventiva sobre ésta evitaría el daño en la salud física.

- g) Los participantes que perciben un nivel mayor de estrés (nivel alto) durante el despliegue, han desarrollado un malestar psicológico generalizado en todos los marcadores generales y específicos, siendo estos resultados congruentes con otros estudios que relacionan el alto estrés percibido con una baja percepción de salud y aumento de la presencia de síntomas³⁸⁻⁴⁰, el aumento del dolor⁴¹ y con el descenso de conductas saludables⁴². Además, este malestar acarrea daños muy graves, cuantificados en un torno al 65% en comparación con el grupo de baja percepción del estrés. Como quiera que los participantes del grupo de bajo nivel de estrés son de la misma población (militares) y fueron evaluados en las mismas condiciones operativas, los del grupo de alto nivel de estrés percibido son entrenables, individual y colectivamente, para reducir dicha percepción y, de este modo, controlar los daños en la salud mental y, por extensión, los daños asociados en el deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo^{27,28}.

Futuras investigaciones han de establecer los efectos de la distorsión de las respuestas en este tipo de población, así como el estudio de casos⁴³. También se ha de establecer cuáles son los niveles de hostilidad propios de los despliegues militares porque no son comparables ni a la población normativa ni a la población militar en condiciones de evaluación estándar. Por último se han de someter a prueba la evaluación de programas de intervención con los que dotar de competencia a los militares para que aprendan a reducir o amortiguar el nivel de estrés percibido⁴⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bartone, P. T., Adler, A. B., y Vaitkus, M. A. (1998). Dimensions of psychological stress in peacekeeping operations. *Military Medicine*, 163, 587-593.
2. Mental Health Advisory Team 9. (2013). *Operation Enduring Freedom (OEF) Afghanistan (2013)*. Recuperado de http://armymedicine.mil/Documents/MHAT_9_OEF_Report.pdf
3. Vogt, D. S., Pless, A. P., King, L. A., y King, D. W. (2005). Deployment stressors, gender, and mental health outcomes among Gulf War I veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 115-127. doi: 10.1002/jts.20018
4. van Eck, M., Nicolson, N. A., y Berkhof, J. (1998). Effects of stressful daily events on mood states: Relationship to global perceived stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1572-1585. doi: 10.1037/0022-3514.75.6.1572

5. Lombas, A. S., Martin-Albo, J., Valdivia-Salas, S., y Jimenez, T. I. (2014). The relationship between perceived emotional intelligence and depressive symptomatology: The mediating role of perceived stress. *Journal of Adolescence*, 37, 1069-1076. doi: 10.1016/j.adolescence.2014.07.016
6. Dohrenwend, B. S., y Dohrenwend, B. P. (Eds.) (1974). *Stressful life events: Their nature and effects*. New York, NY: Wiley.
7. MacManus, D., Dean, K., Jones, M., Rona, R., Hull, L., Greenberg, N., y Fear, N. (2012). The impact of military deployment, combat experiences and post-deployment mental health problems on violent behaviour among UK military personnel. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, A36-A36. doi: 10.1136/jech-2012-201753.092
8. Torres León, J., Sánchez Carrillo, M. J., Membrillo de Novales, F. J., y Navarro Téllez, M. (2013). Análisis de las repatriaciones por causas médicas en el contingente español de la ISAF durante los años 2009-2012 y de los fallecimientos ocurridos en Afganistán desde el inicio de la misión hasta diciembre de 2012. *Sanidad Militar*, 69, 156-164.
9. Adler, A. B., Huffman, A. H., Bliese, P. D., y Castro, C. A. (2006). The impact of deployment length and experience on the well-being of male and female soldiers. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11, 134-134. doi: 10.1037/1076-8998.11.1.134
10. Bagnell, M. E., Leardmann, C. A., McMaster, H. S., Boyko, E. J., Smith, B., Granado, N. S., y Smith, T. C. (2013). The association of predeployment and deployment-related factors on dimensions of postdeployment wellness in U.S. Military service members. *American Journal of Health Promotion*, 28, 56-66. doi: 10.4278/ajhp.120727-QUAN-366
11. Cigrang, J. A., Wayne Talcott, G., Tatum, J., Baker, M., Cassidy, D., Sonnek, S., Snyder, D. K., Balderrama-Durbin, C., Heyman, R. E., y Smith Slep, A. M. (2014). Impact of combat deployment on psychological and relationship health: A longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 58-65. doi: 10.1002/jts.21890
12. Engelhard, I. M., Van den Hout, M. A., Weerts, J., Arntz, A., Hox, J. J. C. M., y McNally, R. J. (2007). Deployment-related stress and trauma in Dutch soldiers returning from Iraq. Prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 191, 140-145. doi: 10.1192/bjp.bp.106.034884
13. Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., y Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351, 13-22. doi: 10.1056/NEJMoa040603
14. Milliken, C. S., Auchterlonie, J. L., y Hoge, C. W. (2007). Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 298, 2141-2148. doi: 10.1001/jama.298.18.2141
15. Pérez, A. M., y Rodríguez, J. M. (2011). Análisis del estado emocional de una unidad del ejército español en zona de operaciones. *Sanidad Militar*, 67, 71-77.
16. Rona, R. J., Fear, N. T., Hull, L., Greenberg, N., Earnshaw, M., Hotopf, M., y Wessely, S. (2007). Mental health consequences of overstretch in the UK armed forces: first phase of a cohort study. *British Medical Journal*, 335, 603-607. doi: 10.1136/bmj.39274.585752.BE
17. Smith, T. C., Ryan, M. A. K., Wingard, D. L., Slymen, D. J., Sallis, J. F., y Kritz-Silverstein, (2008). New onset and persistent symptoms of post-traumatic stress disorder self reported after deployment and combat exposures: Prospective population based US military cohort study. *British Medical Journal*, 336, 366-371. doi: 10.1136/bmj.39430.638241.AE
18. Buckman, J. E. J., Sundin, J., Greene, T., Fear, N. T., Dandeker, C., Greenberg, N., y Wessely, S. (2011). The impact of deployment length on the health and well-being of military personnel: A systematic review of the literature. *Occupational and Environmental Medicine*, 68, 69-76. doi: 10.1136/oem.2009.054692
19. Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, NY: Springer.
20. Sanz-Carrillo, C., Garcia-Campayo, J., Rubio, A., Santed, M. A., y Montoro, M. (2002). Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 167-172. doi: 10.1016/s0022-3999(01)00275-6
21. Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C., y Andreoli, A. (1993). Development of the perceived stress questionnaire - a new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 19-32. doi: 10.1016/0022-3999(93)90120-5

22. Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R. Administration, scoring, and procedures Manual II for the revised version of the SCL-90*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
23. Derogatis, L. R. (1977). *Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
24. Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
25. Rosenthal, R. (1994). Parametric measures of effect size. En H. Cooper y L. V. Hedges (Eds.), *The handbook of research synthesis* (pp. 231–244). New York, NY: Russell Sage Foundation.
26. McGraw, K. O., y Wong, S. P. (1992). A common language effect size statistic. *Psychological Bulletin*, *111*, 361-365. doi:10.1037/0033-2909.111.2.361
27. American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
28. American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)*. Madrid: Panamericana.
29. Hart, J. L., y Cress, C. M. (2008). Are women faculty just “worrywarts?” Accounting for gender differences in self-reported stress. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, *17*(1-2), 175-193
30. Morash, M., Kwak, D.-H., y Haarr, R. (2006). Gender differences in the predictors of police stress. *Policing*, *29*, 541-563.
31. Ptacek, J. T., Smith, R. E., y Zanas, J. (1992). Gender, appraisal, and coping: A longitudinal analysis. *Journal of Personality*, *60*, 747-770. doi:10.1111/j.1467-6494.1992.tb00272.x
32. Arce, R., y Fariña, F. (1996). From jurors to jury decision making. A non-model approach. En G. Davis, M. McMurrin, C. Wilson, y S. Lloyd-Bostock (Eds.), *Psychology, law and criminal justice. International developments in research and practice* (pp. 337-343). Berlín: Walter de Gruyter
33. Fariña, F., Arce R., Vilariño, M., y Novo, M. (2014). Assessment of the standard forensic procedure for the evaluation of psychological injury in intimate-partner violence. *The Spanish Journal of Psychology*, *17*, e32, 1-10. doi: 10.1017/sjp.2014.30
34. Arce, R., Fariña, F., Seijo, D., y Novo, M. (2015). Assessing impression management with the MMPI-2 in child custody litigation. *Assessment*, *22*(6), 769-777. doi: 10.1177/1073191114558111
35. Lee, H. J., Goudarzi, K., Baldwin, B., Rosenfield, D., y Telch, M. J. (2011). The combat experience log: A web-based system for the in theater assessment of war zone stress. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*, 794-800. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.03.018
36. Hoge, C. W., Terhakopian, A., Castro, C. A., Messer, S. C., y Engel, C. C. (2007). Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 150-153. doi: 10.1176/appi.ajp.164.1.150
37. Osuna, E., López-Martínez, M., Arce, R., y Vázquez, M. J. (2015). Analysis of response patterns on the MMPI-2 in psychiatric prison inmates. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *15*, 29-36. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.09.002
38. El Ansari, W., Oskrochi, R., Labeeb, S., y Stock, C. (2014). Symptoms and health complaints and their association with perceived stress at university: survey of students at eleven faculties in Egypt. *Central European Journal of Public Health*, *22*(2), 68-79.
39. Lane, M. E., Hourani, L. L., Bray, R. M., y Williams, J. (2012). Prevalence of Perceived Stress and Mental Health Indicators Among Reserve-Component and Active-Duty Military Personnel. *American Journal of Public Health*, *102*, 1213-1220. doi: 10.2105/ajph.2011.300280
40. Teh, H. C., Archer, J. A., Chang, W. N., y Chen, S. H. A. (2015). Mental well-being mediates the relationship between perceived stress and perceived health. *Stress and Health*, *31*, 71-77. doi: 10.1002/smi.2510
41. White, R. S., Jiang, J., Hall, C. B., Katz, M. J., Zimmerman, M. E., Sliwinski, M., y Lipton, R. B. (2014). Higher perceived stress scale scores are associated with higher pain intensity and pain interference levels in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, *62*, 2350-2356. doi: 10.1111/jgs.13135
42. Ng, D. M., y Jeffery, R. W. (2003). Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults. *Health Psychology*, *22*, 638-642. doi: 10.1037/0278-6133.22.6.638
43. Palmer, A., Borrás, C., Pérez-Pareja, J., Sesé, A., y Vilariño, M. (2013). Are patients with chronic pain and fibromyalgia correctly classified by MMPI-2 validity scales and indexes? *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, *5*, 123-129. doi: 10.5093/ejpalc2013a1
44. Arce, R., Fariña, F., y Vázquez, M. J. (2011). Grado de competencia social y comportamientos antisociales delictivos y no delictivos en menores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *43*(3), 473-486