

Universitat de Lleida

TESIS DOCTORAL

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA
CON LA SALUD
Y
RESILIENCIA
EN MILITARES ESPAÑOLES**

Manuel Fúnez Ñacle

Memoria presentada para optar al grado de Doctor por la Universidad de
Lleida
Programa de Doctorado en Salud

Directora
Dra. Montserrat García Martínez

Tutora
Dra. María Luisa Guitard Sein-Echaluce

(2018)

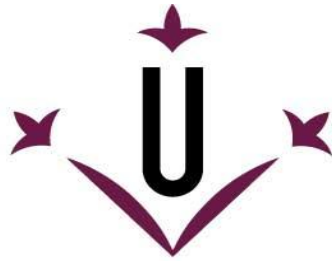
Apunte

Para facilitar la lectura de este documento se ha utilizado la forma genérica masculina al referirnos a diferentes colectivos, tal y como recogen las indicaciones de la Real Academia Española (RAE). Este hecho no debe considerarse en absoluto una exclusión o descuido del género femenino por parte del autor.

La sotasignant, **Dra. Montserrat García Martínez**, professora titular en el Departament d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili,

INFORMA: Que l'estudi realitzat sota la meva direcció, pel doctorand Manuel Fúnez Ñacle en el Departament d'Infermeria de la Universitat de Lleida “ **Calidad de vida relacionada con la salud y resiliencia en militares espanyoles**” reuneix els requisits formals, conceptuals i d'estructuració suficients com per a presentar-se en lectura pública amb el tribunal corresponent.

I perquè consti a efectes oportuns, signo la present en Tarragona a 5 d'abril de 2018



Universitat de Lleida

TESIS DOCTORAL

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD
Y RESILIENCIA EN MILITARES ESPAÑOLES**

Manuel Fúnez Ñacle

Memoria presentada para optar al grado de Doctor por la Universidad de LLeida
Programa de Doctorado en Salud

Directora Dra. Montserrat García Martínez

Tutora Dra. María Luisa Guitard Sein-Echaluce



2018

Fuente: <https://jacetaniaexpress.com/2018/02/24/regimiento-de-infanteria-galicia-64-de-cazadores-de-montana-los-herederos-de-oreo/>



DEDICADA A MI MUJER
Y A MIS HIJOS.

Fuente:

http://www.ejercito.mde.es/unidades/Gerona/rczm_arapiles62/Localizacion/elbruch.html

AGRADECIMIENTOS

Llegó el final del camino, casi cuatro años. Podría decir que parece que fue ayer, pero lo cierto es que ha sido largo, con sus buenos momentos y también con los malos. De todo ello fui avisado cuando decidí recorrerlo.

Un camino que si no hubiera sido por el apoyo y el ánimo de mucha gente no hubiera llegado a buen término.

En esta página de agradecimientos no quisiera olvidarme de nadie, pero si por alguna razón así ocurriera, ruego que me perdonen pues no fue mi intención.

En primer lugar quiero agradecer a los profesores de la Universidad de LLeida el apoyo y el trato recibido. Especialmente a la Dra. Carme Torres que fue mi primera tutora, animándome con sus consejos, y a la Dra. María Luisa Guitard Sein-Echaluce que tomó el relevo a la Dra. Torres.

Gracias a mis mandos por facilitarme el trabajo y el apoyo en todo momento. No puedo olvidarme de todos mis compañeros, independientemente de su graduación, ya que sin ellos no hubiera podido realizar esta tesis.

A Luis, que siempre lo he tenido como amigo, compañero y persona a imitar.

A Salva, que siempre me dio ánimo, aliento y estuvo cuando lo necesité.

Sería un gran error no mencionar a la Dra. María Teresa Salvadó, siempre dispuesta a ayudar y a aclarar cualquier duda que tuviera sobre estadística. Nunca olvidaré sus consejos y clases magistrales.

A las enfermeras y enfermeros, compañeros en el doctorado de la Universitat de LLeida, por su ánimo en los momentos malos.

Tampoco puedo olvidarme de Roser y Oriol, compañeros de doctorado y de directora, con quienes disfruté de unas cuantas comidas, donde reímos y compartimos experiencias de nuestras respectivas tesis.

Estaré siempre agradecido a mi directora, la Dra. Montserrat García, de la Universitat Rovira i Virgili, siempre ayudándome, animándome, guiándome en este camino. Empezamos como unos extraños y acabamos como amigos, buenos amigos.

Debo agradecer a todo el mundo su apoyo y ayuda, pero la verdad, es que esta tesis nunca hubiera llegado a su final sino hubiera sido por la persona que siempre estuvo a mi lado incondicionalmente, la persona que siempre ha creído en mí. A esa persona, con la que comparto la vida desde hace 25 años, solo puedo decirle: GRACIAS María Jesús. Gracias también a mis hijos David y Pablo por no quejarse nunca del tiempo que les quité.

MUCHAS GRACIAS A TODOS

ÍNDICE

RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. Estructura de la tesis	5
1.2. Contextualización y justificación	5
PRIMERA PARTE: MARCO CONCEPTUAL	9
2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y RESILIENCIA	11
2.1. Calidad de vida	11
2.2. Calidad de vida relacionada con la salud	15
2.3. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud	18
2.4. Resiliencia	22
2.5. Evaluación de la resiliencia	27
3. Fuerzas Armadas Españolas	31
3.1. Unidad de Cazadores de Montaña del Ejército Español.....	37
4. ESTADO ACTUAL DEL TEMA	39
4.1. Calidad de vida relacionada con la salud	39
4.2. Resiliencia	42
SEGUNDA PARTE: APROXIMACIÓN EMPÍRICA	47
5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	49
5.1. Hipótesis	49
5.2. Objetivos.....	49
5.2.1. Objetivo general	49
5.2.2. Objetivos específicos	49

6. METODOLOGÍA.....	51
6.1. Tipo de estudio	51
6.2. Contexto y participantes en el estudio	51
6.3. Criterios de inclusión	52
6.4. Criterios de exclusión	52
7. VARIABLES E INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS.....	53
7.1. Variables dependientes	53
7.2. Variables independientes	54
7.3. Recogida de la información	55
8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	57
9. CONSIDERACIONES ÉTICAS	58
10. RESULTADOS	59
10.1. Análisis de las características de la encuesta sociodemográficas de la población.....	59
10.2. Resiliencia	71
10.3. Relación entre las variables sociodemográficas y militares y la resiliencia.	71
10.4. Calidad de vida relacionada con la salud	80
10.4.1. Salud física (PCS) y salud mental (MCS)	80
10.5. Relación entre las variables sociodemográficas y militares y la CVRS.....	84
10.5.1. CVRS y género	84
10.5.2. Estado civil.....	87
10.5.3. Nivel de estudios.....	90
10.5.4. Variables laborales: empleo	94
10.5.5. Antigüedad en las FAS	98
10.5.6. Participación en misiones internacionales	102
10.5.7. Deseo de cambiar de unidad	105
10.5.8. Dejar el ejército	108
10.5.9. Conciliación familiar	111
10.5.10. Relación con los compañeros	116
10.5.11. Relación con los jefes	120
10.5.12. Satisfacción con el trabajo	124
10.6. Relación entre resiliencia y CVRS	128
10.7. Comparación de resiliencia y CVRS entre la muestra operativa y no operativa.....	128
10.8. Comparación de la CVRS entre los militares y la población general española	130

11. DISCUSIÓN	135
11.1. Resiliencia	135
11.2. Calidad de vida relacionada con la salud	140
12. CONCLUSIONES.....	147
12.1. Conclusión final.	151
13. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	152
14. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	153
15. DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	154
16. BIBLIOGRAFÍA	155
ANEXOS	185
ANEXO I	187
Cuestionario SF-36.....	189
ANEXO II	195
Escala de resiliencia de CONNOR & DAVIDSON (CD-RISC).....	197
ANEXO III	199
Datos sociodemográficos	201
ANEXO IV.....	203
Solicitud de permisos.....	205
ANEXO V.....	207
Carta de información a los participantes.....	209
ANEXO VI.....	211
Hoja de consentimiento informado	213

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables sociodemográficas: género, edad, edad según género, estado civil, hijos y nivel de estudios.....	62
Tabla 2. Variables: empleo, antigüedad, misión, tiempo transcurrido después de la última misión, cambio de unidad, dejar el ejército y motivación para ser militar.....	67
Tabla 3. Resumen sobre el tiempo libre, la conciliación familiar, relación con los compañeros, jefes y satisfacción laboral.....	70
Tabla 4. Puntuación total de resiliencia y relación entre resiliencia y edad, género, estado civil y estudios.	73
Tabla 5. Relación entre resiliencia y las variables empleo, antigüedad, participación en misiones, cambio de unidad y dejar el ejército.....	76
Tabla 6. Relación entre resiliencia y las variables conciliación familiar, relación con los compañeros, relación con los jefes y satisfacción laboral.....	80
Tabla 7. Valores de CVRS detallados por dominios.....	83
Tabla 8. Valores de los dominios de salud física y salud mental según el género.....	86
Tabla 9. Valores de los dominios de salud física y salud mental según si viven en pareja o no.	89
Tabla 10. Valores de los dominios de salud física y salud mental según el nivel de estudio.....	93

Tabla 11. Descripción de los valores en los dominios de PCS y MCS según el empleo militar.....	97
Tabla 12. Descripción de los valores en los dominios de PCS y MCS según la antigüedad en las FAS.....	101
Tabla 13. Descripción de todos los valores en los dominios de PCS y MCS según la participación en misiones internacionales.....	104
Tabla 14. Valores en los dominios de PCS y MCS según la idea de cambiar de unidad.....	107
Tabla 15. Valores en los dominios de PCS y MCS según la idea de abandonar las FAS.....	111
Tabla 16. Resumen de los valores de los dominios del Test SF-36 en la variable "¿cómo diría que es su conciliación familiar?".....	115
Tabla 17. Resumen de los valores de los dominios del Test SF-36 en la variable "la relación con los compañeros".....	119
Tabla 18. Resumen de los valores de los dominios del Test SF-36 en la variable "la relación con los jefes".....	123
Tabla 19. Resumen de los valores de los dominios del Test SF-36 en la variable "si tuviera que valorar la satisfacción con el trabajo".....	127
Tabla 20. Relación de la resiliencia y los diferentes dominios del Test SF-36.....	128
Tabla 21. Comparación entre operativos y no operativos en CVRS y resiliencia.....	129

Tabla 22. Comparación de los valores de los dominios del Test SF-36 de las tres muestras y la población general..... 132

Tabla 23. Comparación de los valores de los dominios del Test SF-36 de las tres muestras y la población general por género..... 134

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Organigrama de las FAS Españolas	31
Figura 2. Empleos militares de oficiales de las FAS españolas.	32
Figura 3. Empleos militares de suboficiales, tropa y marinería de las FAS Españolas.....	33
Figura 4. Organigrama de la Fuerza ligera.....	37
Figura 5. Composición por género de los grupos.....	60
Figura 6. Edad media de la muestra.	60
Figura 7. Edad media según género.	61
Figura 8. Número de hijos.	61
Figura 9. Nivel de estudios.....	62
Figura 10. Empleos militares.....	63
Figura 11. Antigüedad en las FAS.....	63
Figura 12. Realización de misiones.....	64
Figura 13. Tiempo transcurrido desde la última misión.....	64
Figura 14. Cambio de unidad.....	65

Figura 15. Dejar el ejército.	65
Figura 16. Motivación para ser militar.	66
Figura 17. Conciliación familiar.	68
Figura 18. Relación con sus compañeros.	68
Figura 19. Relación con sus jefes.	69
Figura 20. Satisfacción laboral.	69
Figura 21. Puntuación media de resiliencia en las tres muestras.....	71
Figura 22. Resiliencia según género.	72
Figura 23. Puntuación media de resiliencia según estado civil.	72
Figura 24. Puntuación media de resiliencia según el nivel de estudio.	73
Figura 25. Puntuación media en resiliencia según el empleo militar.	74
Figura 26. Puntuación media en resiliencia según antigüedad en las FAS.....	74
Figura 27. Puntuación media en resiliencia según participación en misiones. .	75
Figura 28. Puntuación media en resiliencia según la decisión de dejar el ejército.....	75
Figura 29. Puntuación media en resiliencia según la decisión de cambiar de unidad.	76

Figura 30. Puntuación media en resiliencia según conciliación familiar.....	77
Figura 31. Puntuación media en resiliencia según la relación con sus compañeros.....	78
Figura 32. Puntuación media en resiliencia según la relación con los jefes.....	78
Figura 33. Puntuación media en resiliencia según la satisfacción laboral.....	79
Figura 34. Puntuación de las muestras en PCS y MCS comparándola con la población general.....	81
Figura 35. Puntuación en los dominios de salud física.....	82
Figura 36. Puntuación en los dominios de salud mental.....	83
Figura 37. Valores globales en PCS y MCS según distribución por género.....	84
Figura 38. Puntuaciones globales en PCS y MCS según el estado civil.....	87
Figura 39. Puntuaciones globales en PCS y MCS según el nivel de estudios.	90
Figura 40. Valores en PCS y MCS según el empleo en la muestra total.....	94
Figura 41. Valores en PCS y MCS según la antigüedad en las FAS en la muestra total.....	98
Figura 42. valores en PCS y MCS según la participación en misiones internacionales en la muestra total.....	102
Figura 43. Valores en PCS y MCS según el deseo de cambiar de unidad en la muestra total.....	105

Figura 44. Valores en PCS y MCS según el deseo de abandonar las FAS en la muestra total.....	108
Figura 45. Valores en las tres muestras en PCS a la pregunta sobre conciliación familiar.	112
Figura 46. Valores de las tres muestras en MCS a la pregunta sobre la conciliación familiar.	112
Figura 47. Valores de las tres muestras en PCS a la pregunta sobre la relación con sus compañeros.	116
Figura 48. Valores de las tres muestras en MCS a la pregunta sobre la relación con sus compañeros.	117
Figura 49. Valores de las tres muestras en PCS a la pregunta sobre la relación con sus jefes.	120
Figura 50. Valores de las tres muestras en MCS a la pregunta sobre la relación con sus jefes.	121
Figura 51. Valores de las tres muestras en PCS a la pregunta sobre la satisfacción del trabajo.	124
Figura 52. valores de las tres muestras en MCS a la pregunta sobre la satisfacción del trabajo.	125
Figura 53. Comparación de las puntuaciones de la muestra total y población general en PCS y MCS.	130

LISTA DE ABREVIATURAS

- **ARS:** Escala de resiliencia para adolescente.
- **BP:** Dolor corporal.
- **BRCS:** Brief Resilient Coping Scale.
- **CD-RISC:** Escala de resiliencia Connor-Davidson.
- **CV:** Calidad de vida.
- **CVRS:** Calidad de vida relacionada con la salud.
- **EQoI-5D:** Euro quality of life - five dimensions.
- **ET:** Ejército de Terra.
- **FAS:** Fuerzas Armadas.
- **GH:** Salud general.
- **MCS:** Índice global de salud mental.
- **MH:** Salud mental.
- **MHAT:** Mental Health Advadsory Team.
- **NBQ:** Nuclear, biológico y químico.
- **NHP:** Nottingham Health profile
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **ONU:** Organización Naciones Unidas.
- **PCS:** Índice global de salud física.

- **PF:** Función física.
- **RE:** Rol emocional.
- **RP:** Rol físico.
- **RS:** Escala de resiliencia.
- **RSA:** Escala de resiliencia para adultos.
- **SF:** Función social.
- **SIP:** Sistema de indicadores psicológicos
- **STO:** Science and Technology Organization.
- **UME:** Unidad Militar de Emergencia.
- **VT:** Vitalidad.

RESUMEN

Antecedentes: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la percepción, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. La resiliencia es la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o situación adversa. En la población militar, la CVRS ha sido menos investigada que otros aspectos del desempeño militar y, por lo general, sobre soldados que han estado desplegados en misiones internacionales. La resiliencia se empezó a estudiar tras el aumento de las bajas psiquiátricas posteriores a las guerras de Irak y Afganistán. No se conoce si el entrenamiento y la actividad militar diaria perjudican la CVRS y si la resiliencia es superior en los militares como consecuencia de ese entrenamiento. **Objetivo general:** Analizar la CVRS y la resiliencia en soldados españoles. **Material y Método:** Estudio descriptivo y transversal. Población: 397 soldados (323 pertenecientes de una unidad operativa y 74 de unidades de servicios). Instrumentos: Cuestionario sociodemográfico, versión española del cuestionario SF-36, Escala de resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC). Análisis estadístico: Estadística descriptiva, pruebas paramétricas: t-Student, Anova, pruebas no paramétricas U-de Mann-Whitney y coeficiente Rho de Spearman para asociaciones de variables. **Resultados:** De los 397 soldados, el 81.4% pertenece a una unidad operativa y el 18.6% a unidades no operativas. El 90.4% son hombres. La edad media es de 31.1 años \pm 7.5, siendo el rango 20-58. El 59.9% de personas vive en pareja. Respecto al nivel de estudios, predomina el bachillerato en el 31.0% de la muestra. La muestra total está compuesta por un 5.8% de oficiales, un 18.1% de suboficiales y un 76.1% de tropa. En resiliencia la muestra total obtiene una puntuación media de 76.0 \pm 12.0 puntos, el 15.4% obtuvo niveles altos de resiliencia. En CVRS, el total de la muestra obtuvo una puntuación media en salud global física de 52.9 \pm 6.7 puntos, y en salud global mental 50.5 \pm 9.7 puntos. **Conclusiones:** Los militares presentan mejor CVRS en lo referente a la salud global física y salud global mental que la población civil. Los soldados no tienen índices superiores a esta población en resiliencia. El tiempo de permanencia en las Fuerzas Armadas influye en la CVRS. La resiliencia tiene relación con las respuestas personales, excepto en la respuesta de "conciliación familiar". La edad, el género y vivir en pareja no influyen en la resiliencia ni en la CVRS.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, salud, resiliencia, militares, España.

RESUM

Antecedents: La qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) és la percepció, influenciada per l'estat de salut actual, de la capacitat per a realitzar aquelles activitats importants per al individu. La resiliència és la capacitat d'adaptació d'un ésser viu davant d'un agent pertorbador o situació adversa. A la població militar, la QVRS ha estat menys investigada que altres aspectes de l'acompliment militar i, en general, sobre soldats que han estat desplegats en missions internacionals. La resiliència es va començar a estudiar després de l'augment de les baixes psiquiàtriques posteriors a les guerres de l'Iraq i l'Afganistan. No es coneix si l'entrenament i l'activitat militar diària perjudiquen la QVRS i si la resiliència és superior en els militars com a conseqüència d'aquest entrenament. **Objetiu general:** Analitzar la QVRS i la resiliència en soldats espanyols. **Material i Mètode:** Estudi descriptiu i transversal. Població: 397 soldats (323 pertanyents a una unitat operativa i 74 d'unitats de serveis). Instruments: Qüestionari sociodemogràfic, versió espanyola del qüestionari SF-36, Escala de resiliència de Connor i Davidson (CD-RISC). Anàlisi estadístic: Estadística descriptiva, proves paramètriques: t-Student, ANOVA, proves no paramètriques U- de Mann-Whitney i coeficient Rho de Spearman per a associacions de variables. **Resultats:** Dels 397 soldats, el 81.4% pertany a una unitat operativa i el 18.6% a unitats no operatives. El 90.4% són homes. L'edat mitjana és de 31.1 anys \pm 7.5, sent el rang 20-58. El 59.9% de persones viu en parella. Respecte al nivell d'estudis, predomina el batxillerat en el 31.0% de la mostra. La mostra total està composta per un 5.8% d'oficials, un 18.1% de suboficials i un 76.1% de tropa. En resiliència la mostra total obté una puntuació mitjana de 76.0 \pm 12.0 punts, el 15.4% va obtenir nivells alts de resiliència. En QVRS, el total de la mostra va obtenir una puntuació mitjana en salut global física de 52.9 \pm 6.7 punts, i en salut global mental 50.5 \pm 9.7 punts. **Conclusions:** els militars presenten millor QVRS pel que fa a la salut global física i salut global mental que la població civil. Els soldats no tenen índexs superiors a aquesta població en resiliència. El temps de permanència en les Forces Armades influeix en la QVRS. La resiliència té relació amb les respostes personals, excepte en la resposta de "conciliació familiar". L'edat, el gènere i viure en parella no influeixen en la resiliència ni en la QVRS.

PARAULES CLAU: Qualitat de vida, salut, resiliència, militars, Espanya.

SUMMARY

Background: Health-related quality of life (HRQOL) is the perception, influenced by the current health status, of the ability to perform those activities which are important to the individual. Resilience is the ability of a living being to adapt to a disruptive agent or adverse situation. In the military population, there has been less research on HRQOL than on other aspects of the military performance and, in general, among soldiers who have been deployed in international missions. The study of resilience began after the increase in psychiatric casualties following the wars in Iraq and Afghanistan. It does not know if training and daily military activity impair HRQOL and if resilience is higher in the military as a consequence of that training. **General objective:** Analyse HRQOL and resilience in Spanish soldiers. **Material and Method:** Descriptive and transversal study. Population: 397 soldiers (323 belonging to an operational unit and 74 units of services). Instruments: Sociodemographic questionnaire, Spanish version of the SF-36 questionnaire, the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Statistical analysis: Descriptive statistics, parametric tests: Student's *t*-test, Anova, nonparametric Mann-Whitney *U* tests and Spearman's Rho coefficient for associations of variables. **Results:** Out of the 397 soldiers, 81.4% belong to an operational unit and 18.6% to non-operational units. 90.4% are men. The average age is 31.1 years \pm 7.5, being the range 20-58. 59.9% of the people live as a couple. Regarding the level of studies, the High School Graduate predominates in 31.0% of the sample. The total sample is composed of 5.8% of officers, 18.1% of non-commissioned officers and 76.1% of troops. In resilience, the total sample obtained an average score of 76.0 \pm 12.0 points, 15.4% obtained high levels of resilience. In HRQOL, the total sample obtained an average score in global physical health of 52.9 \pm 6.7 points, and in global mental health 50.5 \pm 9.7 points. **Conclusions:** The military has better HRQOL than civilian population in terms of global physical health and global mental health. Soldiers do not have higher rates than this population in resilience. The time of permanence in the Armed Forces influences HRQOL. Resilience is related to personal responses, except for the response of "reconciliation of work and family life". Age, gender and living as a couple do not influence resilience or HRQOL.

KEY WORDS: Quality of life, health, resilience, military, Spain.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Estructura de la tesis

El presente trabajo se divide en dos partes, en la primera se expone el marco teórico, donde se realiza una visión histórica de los conceptos de calidad de vida (CV), calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y resiliencia, así como los diferentes instrumentos que existen para su medición. Debido a que la muestra principal se obtiene de una unidad de montaña, se realiza también una breve descripción de las Fuerzas Armadas Españolas (FAS), centrándonos en las unidades de montaña. Por último se expone el estado actual de la investigación en CVRS y resiliencia en militares.

En la segunda parte se desarrolla la aproximación empírica, dividida en tres apartados. En el primero se exponen los objetivos, hipótesis y metodología. El segundo apartado corresponde a los resultados obtenidos en el estudio. Por último, se presentan la discusión y conclusiones de la tesis, terminando con las limitaciones del estudio y planteando futuras líneas de investigación.

1.2. Contextualización y justificación

Podemos definir la CVRS como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud.

El concepto de CVRS que más se ajusta a los objetivos de este trabajo, es el que la concibe como la capacidad que tiene el individuo para realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social, los cuales están influenciadas por la percepción subjetiva. La CVRS es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud es un fenómeno emergente en la literatura médica, con una historia que apenas llega a las tres décadas. El objetivo fundamental de la misma no es la ordenación de los individuos en función de la intensidad de su salud, sino estimar la utilidad de estados de salud reales o teóricos para el análisis y la toma de decisiones sobre las acciones a seguir.

En la milicia, la baja laboral por enfermedad o accidente tiene gran repercusión no sólo en el individuo sino también en el grupo, ya que el trabajo que se realiza es siempre cooperativo. El grupo se resiente y sufre psicológicamente por las desgracias del compañero. Si un trabajador percibe que tiene una salud mala, será una persona que acudirá más a los servicios médicos y que puede necesitar más bajas laborales, todo ello conlleva sufrimiento y más gasto económico y social.

Uno de los factores que pueden influir en la percepción de las personas con respecto a su CVRS es la resiliencia. Con el aumento de la psicología positiva, la resiliencia y la adaptación positiva se han convertido en un campo de investigación en sí mismas. La resiliencia tiene varias definiciones, pero se acepta ampliamente que significa un "proceso dinámico y evolutivo de actitudes positivas y estrategias efectivas" que empleamos en respuesta a factores estresantes de la vida. Dicho término está íntimamente relacionado con la forma en que las personas se comportan frente a las adversidades, así como con su capacidad de volver a la "normalidad" a pesar de ellas. El término se

originó en estudios con niños. En los últimos años, sin embargo, el tema se expandió a otros segmentos de la población.

Los militares, en el decurso de su vida profesional (formación, entrenamiento e intervenciones, organización), se enfrentan a situaciones de estrés de forma habitual por lo que se aconseja valorar regularmente tanto su salud física como mental. En los últimos años, la aplicación de la psicología positiva en las poblaciones militares ha recibido una mayor atención debido a su potencial para fomentar el crecimiento postraumático, el optimismo aprendido, la resistencia y la resiliencia. El desarrollo humano está ligado a la resiliencia y se lo considera dinámico, situacional y enseñable. Por ejemplo, la fuerte confianza personal, la lealtad y la cohesión que se desarrollan entre pares, y entre los líderes y sus subordinados en unidades militares, contribuyen a reacciones positivas de estrés adaptativo que mejoran el rendimiento individual y de la unidad. La interacción entre las personas y sus entornos es una consideración importante cuando se conceptualiza la resiliencia.

Lo publicado en otros ejércitos se refiere a soldados que han sufrido situaciones de mucho estrés en situaciones de despliegue. Las tasas de suicidio entre el personal militar de los Estados Unidos y los veteranos son un problema de salud pública (Maguen et al., 2015; Ursano et al., 2014). En España, recientemente se ha publicado en diversos medios de comunicación que en el Cuerpo Nacional de Policía y la Guardia Civil, han aumentado los suicidios, estando por encima de la media de España, datos preocupantes (epnacional.es, 2017; López, 2017). En las FAS no hay estadísticas publicadas. La población militar española está poco estudiada y menos en los aspectos de CVRS y la resiliencia.

Lo más llamativo en los últimos años de las FAS, por la repercusión mediática que ha tenido, son las misiones internacionales.

Soy enfermero y psicólogo. Mi trabajo se desarrolla como oficial enfermero en las FAS, concretamente en una unidad militar operativa de alta montaña del ejército de tierra. He vivido en primera persona, en varias ocasiones, la participación en las misiones y puedo ser destinado de nuevo a ellas. La experiencia vital en estas circunstancias es impactante, tanto desde el punto de vista personal como del resto, para todos los participantes. Independientemente de este hecho, las características de la profesión y el trabajo diario en las unidades operativas, hacen que el militar se vea sometido con frecuencia a situaciones que requieren gran fortaleza física y psicológica. Siendo que mi responsabilidad es el cuidado de la salud de este personal, me interesan todos los aspectos relacionados con las respuestas humanas.

Realizar mi tesis en este ámbito es consecuencia de mis 25 años de servicio, durante los cuales he acumulado diversas experiencias que me han hecho reflexionar. El estudio que se propone surge para dar respuesta a algunas derivadas de estas reflexiones.

El objetivo principal del estudio es analizar la CVRS y la resiliencia en soldados españoles y se enmarca dentro del campo de la epidemiología. Concretamente corresponde a la línea de investigación sobre la salud mental de los soldados.

Se considera e especial interés en las FAS porque contribuye a conocer y analizar la CVRS y la resiliencia en el personal militar y puede servir de base para su estudio en los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado. Todo ello permitirá la propuesta de mejoras en cuidados preventivos y de fortalecimiento de la salud en las personas que están bajo mi responsabilidad.



PRIMERA PARTE: MARCO CONCEPTUAL

Fuente: <https://www.zona-militar.com/foros/threads/fotos-ejercito-espanol.30489/>

2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y RESILIENCIA

2.1. Calidad de vida

La salud (del latín *salus*, -*utis*) es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel objetivo o subjetivo. El término salud se contrapone al de enfermedad.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, según la Organización Mundial de la Salud presentada en 1946 (World Health Organization, 1947) .

En 1992 se amplió con: “Y en armonía con el medio ambiente”, quedando de la siguiente forma:”La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y en armonía con el medio ambiente y no solamente la ausencia de enfermedad o de afecciones” (Martinez-Donate y Rubio, 1999).

La salud se ha considerado como una parte responsable de la CV global.

La expresión CV ha llegado a ser ampliamente usada, tanto por profesionales de diversas disciplinas como por políticos, medios de comunicación y por la población en general. Esta utilización banal e imprecisa del término, se ha visto acompañada de una abundancia de trabajos académicos que pretenden una definición adecuada del concepto (Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005).

Actualmente el concepto CV incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias sociales. Cada una de ellas ha promovido el desarrollo de un punto de vista diferente respecto a cómo debiera ser conceptualizada la CV (Urzúa y Caqueo-urizar, 2012; Cummins, 2005).

Existen múltiples definiciones para el concepto de CV, que han ido cambiando en el tiempo y, dependiendo de las culturas y sociedades, significará una cosa u otra. Por lo tanto, se puede decir que es un concepto ambiguo.

Las primeras referencias sobre la definición de CV se remontan a Aristóteles quien apunta que la mayoría de las personas conciben la “buena vida” como “ser feliz”. Aristóteles destaca que la felicidad es materia de debate, que significa diferentes cosas para personas diferentes y en momentos diferentes: Cuando se enferma, la salud es felicidad; cuando se es pobre, lo es la riqueza. (Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005).

La utilización del concepto CV aparece en los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, para determinar si la gente tenía una buena vida o si se sentía financieramente satisfecha (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012; Campbell, 1981; Meeberg, 1993).

Es durante los años 60 del siglo XXI cuando el concepto de CV tiene su auge, alrededor del movimiento de Indicadores Sociales de la Escuela de Chicago. El concepto de CV nació como alternativa a la cuestionada sociedad de la opulencia y con el tiempo, derivó desde el significado de bienestar de las poblaciones basado en dimensiones materiales, hacia un constructo más complejo que incluiría también aspectos como la calidad del entorno, las relaciones sociales o la salud (Urzúa y Caqueo-urizar, 2012; Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005; Gómez-Vela, Sabeh, 2000).

En los años 70 y 80 la CV fue conceptualizada como bienestar objetivo o social. Lo social incluía todo aquello de lo que el ser humano obtiene satisfacción. Dentro de esta línea es importante la idea de quién lo consigue, cómo lo consigue y dónde lo consigue (Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005; Gómez-Vela, Sabeh, 2000; Smith, 1974).

Las condiciones objetivas de vida son prominentes en la llamada aproximación escandinava al bienestar. La asunción es que existen las llamadas necesidades básicas y satisfacerlas determinará el bienestar de la población (Fernández-Mayoralas & Rojo, 2005). El bienestar global no sólo dependería de los recursos propios sino también del ambiente socio político del cual el bienestar personal nutre (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012; Shen y Lai, 1998).

Una segunda aproximación en la tradición anglosajona de bienestar como CV, se apoya en la investigación americana sobre la salud mental. Aunque también se utiliza indicadores objetivos, esta perspectiva enfatiza el bienestar subjetivo, que se refiere a las experiencias de los individuos sobre sus vidas (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012; Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005; Noll, 2002).

La tercera aproximación está basada en la noción germana de CV, que integra las dos anteriores, combinando las condiciones objetivas de vida y bienestar subjetivos en diferentes dominios, incluyendo componentes cognitivos y afectivos. Todo ello deriva a una serie de situaciones (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012; Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005; Noll, 2002):

- 1- Bienestar: coincidencia entre buenas condiciones de vida y bienestar subjetivo positivo.
- 2- Disonancia: buenas condiciones de vida pero bienestar subjetivo negativo.

- 3- Privación: malas condiciones de vida coincidiendo con bajo bienestar subjetivo.
- 4- Adaptación: malas condiciones de vida pero alto bienestar subjetivo.

Felce y Perry (1995) proponen un cuarto modelo teórico, añadiendo a la tercera aproximación los valores personales. Estos autores definen la CV como un estado de bienestar general que comprenden los descriptores objetivos, evaluaciones subjetivas, desarrollo personal y los valores personales (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012; Felce y Perry, 1995).

Smith et al (1999) plantearon que la percepción de la CV estaría basada en un proceso cognitivo similar al que se usa para formular actitudes y juicios. Esto involucraría identificar los dominios relevantes que la comprenden, determinar los estándares en cada dominio e integrar los juicios separados de cada uno de los dominios en una evaluación global de calidad de vida. Desde esta visión la CV es multidimensional (Urzúa y Caqueo-urizar, 2012; Smith, Avis, y Assmann, 1999).

Actualmente, existe un consenso en que el concepto de CV integra tanto aspectos objetivos (bienestar material, salud objetivamente considerada, relación armónica con el ambiente,...) como aspectos subjetivos (intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, salud percibida,...(Ardila, 2003; Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005; Gómez-Vela, Sabe, 2000).

Por otro lado, existe la llamada definición integradora que dice: "CV es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud subjetiva.

Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el medio ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida” (Ardila, 2003).

Por último, la OMS Organización Mundial de la Salud) define la CV como “La percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (Ardila, 2003; Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005; Gómez-Vela, Sabeh, 2000).

Existen cinco áreas para evaluar la CV. Bienestar físico (salud, seguridad física), bienestar material (ingresos económicos, vivienda...), bienestar social (relaciones personales, amistades, familia, comunidad), desarrollo (productividad, educación...) y bienestar emocional (autoestima, inteligencia emocional, mentalidad...) (Nussbaum y Sen, 1993).

2.2. Calidad de vida relacionada con la salud

El concepto de CV fue monopolizado, en su principio, por economistas y políticos para referirse al bienestar material, pero también fue usado como medida de resultados en salud, enfermedad y tratamientos, esto derivó a la acuñación del término CVRS (Farquhar, 1995; Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005).

El constructo CVRS, como noción más subjetiva, multifactorial e individual que otras utilizadas para evaluar el estado de salud de poblaciones e individuos, integra una nueva dimensión: la salud perceptual, en sus componentes físicos, psíquicos y sociales (Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005; Meeberg, 1993).

La transición del término CV desde las ciencias sociales a la investigación en salud se ha visto acompañada por la construcción de escalas, técnicas o instrumentos de medida, evaluación de tecnologías de salud, de la calidad del cuidado sanitario o de los servicios de salud, todo ello se intensificó en los años 80 (Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005; Lohr, 1989).

En el campo médico raramente se ha estado interesado en el sentido amplio de CV, sino en evaluar la accesibilidad y utilización de servicios sanitarios, los cuidados de la salud, y las consecuencias, etc. En este contexto, para evitar ambigüedad, se usa el término de CVRS (Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005).

La mayoría de las investigaciones en CVRS argumentan, o aceptan implícitamente, que es un concepto multidimensional y que esta multidimensionalidad debe ser preservada en su análisis e interpretación. Dentro de estas dimensiones encontramos: capacidad funcional, estado físico, funcionamiento social, vida familiar, funcionamiento ocupacional, control sobre la propia salud, satisfacción con el tratamiento, bienestar emocional, comunicación, espiritualidad, sexualidad, estigmas, autoestima, o imagen corporal (Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005; Mesbach, Cole, 2002; Sirgy, 2001).

Para algunos autores, la CVRS es frecuentemente identificada como una parte de la calidad de vida general, mientras que otros sugieren que su uso es a menudo intercambiable con el de CV, asumiendo así que ambos constructos estarían evaluando similares dimensiones. Aún así, la gran mayoría de autores sugieren que se debe diferenciar entre CV y CVRS, debido a que el término es utilizado en el campo de la medicina en su interés por evaluar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones médicas (Urzúa, 2010).

Como se observa, el concepto es muy amplio y cuando relacionamos CV con percepción sobre la salud, encontramos de nuevo diversas definiciones:

- 1- Patrick la definió en 1993 como “El valor asignado a la duración de la vida, modificado por oportunidades sociales, percepciones, estados funcionales y discapacidades, provocadas por enfermedades, accidentes, tratamientos o política”.

- 2- En 1995, Ann Bowling escribe que la CVRS debe de tener en cuenta el estado o funcionamiento físico, psicológico y social, el bienestar mental y social, y las percepciones de, y la satisfacción con, los niveles que se hayan alcanzado en estos aspectos”.

- 3- Badia en el año 2000 afirma que “La CVRS se preocuparía por aquellos aspectos relativos a la percepción de la salud experimentada y declarada por el paciente, particularmente en las dimensiones físicas, mental, social y la percepción general de la salud”.

La mayoría de las investigaciones en CVRS aceptan que es un concepto multidimensional y debe preservarse en su análisis e interpretación (Mesbach y Cole, 2002).

2.3. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud

Las mediciones en CVRS permiten describir una condición o estado de salud, señalar cambios en el funcionamiento del paciente, proveer un pronóstico o establecer normas de referencia (Urzúa y Caqueo-urizar, 2012; Urzúa, 2010).

Los instrumentos para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud se clasifican en específicos y genéricos (Guyatt, Veldhuyzen Van Zanten, Feeny y Patrick, 1989). Los primeros se han desarrollado para evaluar la CVRS en enfermedades específicas, relacionando los efectos sobre la salud de tecnologías o evaluaciones económicas de tipo costo y efectos. Son muy sensibles a los cambios ante un problema de salud, lo que constituye una ventaja, pero, no permiten comparar entre diferentes enfermedades, lo que es una desventaja. Los genéricos se diseñaron para ser utilizados en grupos de poblaciones y enfermedades diferentes, independientemente del problema que les afecte. Poseen la propiedad de permitir comparaciones generales y abstractas en relación con el daño que sobre aquellos provocan los procesos morbosos. Su intención es la eficiencia en la planificación de los recursos sanitarios y a la priorización social. Tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es sólo descriptiva (Badía y Carné, 1998; Badia, 2000; Castillo, Arocha, Castillo, Cueto y Armas, 2009; Ramírez, 2007).

Los instrumentos genéricos más conocidos y comúnmente aplicados en estudios sobre CVRS son los que se describen a continuación:

-El test SIP: Fue uno de los primeros cuestionarios genéricos aplicados en ensayos clínicos. Se desarrolló en 1976 y consiste en 136 ítems divididos en dos partes: función física (que engloba limitaciones de morbilidad, cuidados personales y de movimiento) y función psicosocial (comprende interacción social, comunicación y comportamiento emocional) (Prigatano, Wright, 1984; Ramirez, 2007).

-El test NHP (Prieto, Alonso, Ferrer, y Antó, 1997): Se desarrolló al final de la década de los años setenta. Es autoadministrable y contiene 45 ítems que evalúan el estado de salud subjetivo en áreas de morbilidad física, dolor, sueño, reacciones emocionales, aislamiento social y energía. Cada sesión contiene preguntas que reciben una puntuación y se convierten en scores que van del 0 a 100, donde 100 equivale a peor percepción del estado de salud (Hunt S, Mckema, Mcewen, William, 1981; Prieto et al., 1997).

-El Test EQol-5D: El desarrollo de este instrumento está basado en los trabajos de un equipo multidisciplinario de 5 países (Inglaterra, Finlandia, Holanda, Suecia y Dinamarca), que comenzaron en 1988 y que culminaron con el desarrollo de la primera versión con seis dimensiones en 1990. En 1991 se realizó la versión actual (EQ-5D) que consta de 5 dimensiones. El objeto de los autores era disponer de un instrumento sencillo, que describiera la calidad de vida asociada a la salud. X. Badía, llevó a cabo su validación y es el responsable del desarrollo del instrumento en nuestro medio (Badia, Roset, Montserrat, Herdman y Segura, 1999; Badia X, Fernández E, 1995; Brooks, 1996; EuroQol Group, 1990; García-Portilla M.P., Bascarán, Sáiz, Parellada, Bousoño, 2015; Group, 1998).

-El Test SF-36 (Vilagut et al., 2005): Este instrumento se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study).

En la actualidad es uno de los cuestionarios que más se utilizan debido a su simplicidad y corto tiempo de aplicación. Detecta tanto estados positivos de salud como negativos. Consiste en 36 ítems subdivididos en ocho dominios: Se obtienen dos índices globales de salud:

Índice global de salud física que consta de cuatro dominios: Función física (10 ítems): grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados o intensos. Salud general (5 ítems): valoración personal de la salud, que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar. Rol físico (4 ítems): grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades. Dolor corporal (2 ítems): intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.

Índice global de salud mental que consta de cuatro dominios: Vitalidad (4 ítems): sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento. Función social (2 ítems): grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual. Rol emocional (3 ítems): grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias y Salud mental (5 ítems): salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general. Su primera versión fue desarrollada en Estados Unidos en 1992 y la segunda se creó en 1996. También se dispone de una versión breve que se conoce como SF-12 (Alonso, Prieto y Antó, 1995; Alonso et al., 1998; García-Portilla, Bascarán, Sáiz, Parellada, Bousoño, 2015; López-García et al., 2003; Vilagut et al., 2005; Ware y Sherbourne, 1992). Fiabilidad: Posee una elevada consistencia interna (0.8 para todas las escalas, salvo para “función social” que es 0.76).

El coeficiente de correlación intraclase es de 0.85. Validez: Se ha mostrado sensible al cambio en varios estudios. Se ha mostrado sensible al cambio en varios estudios. Los valores psicométricos de la adaptación al español, son similares a los originales. La validación española ha encontrado valores consistentes y superponibles a los de la escala original. Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayores sean, mejor estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

-Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization Quality of Life, WHOQOL-100): Este instrumento determina la percepción de los individuos de su situación en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que viven, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses. Está estructurado de forma jerárquica y cuenta con una evaluación global de la calidad de vida y evaluaciones en seis dominios que se dividen en 24 facetas. Los dominios son: físicos (3 facetas), psicológico (5 facetas), nivel de independencia (4 facetas), relaciones sociales (3 facetas), entorno (8 facetas) y espiritualidad/religión/creencias personales (1 faceta). El paciente valora los distintos ítems según una escala tipo likert de 5 puntos, que en unas ocasiones hace referencia a la intensidad y en otras a la frecuencia, la satisfacción o la capacidad. Es un instrumento auto aplicado. No existen puntos de corte propuestos; a mayor puntuación, mayor calidad de vida. Existe una versión abreviada. Existe versión española (García-Portilla, Bascarán, Sáiz, Parellada, Bousoño, 2015; Lucas-Carrasco, 2012).

2.4. Resiliencia

Actualmente se habla mucho de resiliencia, y se ha hecho mucha difusión en los medios. Posiblemente por la situación de la crisis económica vivida, la cual ha creado situaciones de auténticos traumas personales y familiares.

Existen datos epidemiológicos que señalan que ante un suceso traumático la mayoría de afectados son capaces de adaptarse, resistir y rehacerse. Solo una minoría de la población general, ante estas circunstancias negativas, acaba desarrollando un trastorno de estrés postraumático (García, 2013).

El trauma no debe entenderse solamente como un hecho desbastador e inesperado, puede ser una enfermedad, ruptura o separación de la pareja e incluso ese estrés permanente, diario en el que las personas vivimos de forma que no nos percibimos de él.

Muchas profesiones se ven obligadas a trabajar con estrés (médicos, enfermeros, profesores, militares,...) de forma continuada, como consecuencia de ello su salud mental puede verse perjudicada. La resiliencia no sólo ayuda a superar un trauma, sino también a adaptarse y resistir al estrés (Lutha y Cicchetti, 2000).

En la profesión militar hasta hace poco tiempo, su entrenamiento recaía en los aspectos físico, operativo y táctico. Pero las últimas guerras han hecho que se trabaje la fortaleza psicológica (resiliencia) del combatiente.

Para ello se han creado programas de entrenamiento psicológico basados en la evidencia (BED) para el personal militar (García y Bardera, 2013).

Tanto es así que la OTAN creó, a través de la Science and Technology Organization (STO), el Mental Health Training, traducido literalmente como «entrenamiento en salud mental», aunque en la práctica se concibe más como «entrenamiento psicológico» o «preparación psicológica». Su objetivo principal es desarrollar programas de entrenamiento de salud mental, que apoyen y ayuden al personal militar (García, 2013).

La definición de resiliencia, como muchas otras, es múltiple. Incluso hoy en día, los expertos se siguen cuestionando preguntas sobre la resiliencia (Kolar, 2011; Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick y Yehuda, 2014).

El término procede del latín, de la palabra “Resilio” (volver atrás, volver de un salto) (Ruiz y López, 2012; Vera, Carbelo y Vecina, 2006; Xvi, 2010). El término «resiliencia» se aplicó originalmente en la ingeniería y se refiere a la capacidad de algunos materiales de ser flexibles ante fuerzas de deformación y recuperar, tras ellas, su forma original. De hecho, existen tratamientos específicos, como el revenido o temple y recocido, que se aplican a algunos materiales con el objetivo de hacerlos más resilientes (García y Bardera 2013).

La Real Academia Española (RAE), nos brinda dos significados de la palabra:

1. f. Capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos.

2. f. Capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido.

La resiliencia ha cobrado un gran interés en los últimos años y poco a poco se va convirtiendo en un término muy popular. (Becoña, 2006; Quiceno y Vinaccia Alpi, 2011). En la actualidad es común a muchas disciplinas de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud. A pesar de que no existe un consenso, dos aspectos destacan en todas las definiciones: resistir a un suceso y rehacerse del mismo (Ruiz y López, 2012; Vera et al., 2006).

Este concepto ha sido tratado con matices diferentes por autores franceses y estadounidenses. Los autores franceses relacionan la resiliencia con el concepto de crecimiento postraumático, al entender la resiliencia simultáneamente como la capacidad de salir indemne de una experiencia adversa, aprender de ella y mejorar. El concepto de resiliencia manejado por los norteamericanos, más restringido, hace referencia al proceso de afrontamiento que ayuda a la persona a mantenerse intacta, diferenciándolo del concepto de crecimiento postraumático (Vera et al., 2006).

Desde la perspectiva psicológica, la resiliencia ha sido definida por unos autores como un rasgo psicológico o cualidad que caracteriza a las personas que tienen mayor capacidad para afrontar la adversidad. Otros no la consideran como cualidad, sino como la capacidad caracterizada por los buenos resultados a pesar de las amenazas (Vera et al., 2006).

La resiliencia también se ha definido como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves (Manciaux, Manciaux, Vanistendael y Lecomte, 2003). Concretamente Luthar la definió como una capacidad psicológica positiva que rebota la adversidad, incertidumbre, conflicto y fracaso; que supone un cambio positivo, progreso y aumento de responsabilidad (Vera et al., 2006).

Otros autores indican que la resiliencia adquiere su máximo significado cuando se aplica a personas que son capaces de exhibir un comportamiento adaptativo, incluso aunque su ambiente les sitúe en un alto riesgo (Vera et al., 2006; Xvi, 2010).

Cyrulnik la define como “la capacidad de los seres humanos sometidos a los efectos de una adversidad, de superarla e incluso salir fortalecidos de la situación” (Xvi, 2010).

Vanistendael la define como “la capacidad universal que permite a una persona para recobrase de la adversidad fortalecida y dueña de mayores recursos. Se trata de un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento como respuesta a la crisis y desafíos de la vida” (Xvi, 2010).

Grotberg dice que es “la capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformados por ella” (Xvi, 2010).

Bonanno, basándose en la evidencia empírica, distingue la resiliencia de la recuperación ante la adversidad. Posteriormente se distinguen cuatro patrones diferentes de respuestas o trayectorias ante la exposición de una situación adversa: disfunción crónica, recuperación, resiliencia y disfunción retardada (Vera et al., 2006).

Una experiencia traumática, al principio lleva consigo síntomas postraumáticos o reacciones disfuncionales de estrés. Con el paso del tiempo se desvanecen y no se desarrollan ningún tipo de trastorno. El 85% de las personas afectadas por una experiencia traumática se recupera. Serán los factores personales y contextuales los que determinen las diferentes trayectorias. Los individuos resilientes no pasan por este período, sino que permanecen en niveles funcionales a pesar de la experiencia traumática.

A partir de este concepto se acepta que la resiliencia es un proceso que surge de lo ordinario, de lo cotidiano, que está influenciado por los elementos socioculturales y contextuales donde se desenvuelve la persona (Vera et al., 2006).

La resiliencia es fruto de una larga historia de evolución, no sólo biológica sino también sociocultural, que ha ido equipando a los humanos de herramientas para incrementar la capacidad adaptativa de su funcionamiento. La mayoría de investigadores han asumido que la misma surge de interacciones múltiples y dinámicas entre organismo y el ambiente (Liu, Reed y Girard, 2017; Vera et al., 2006).

Según los diferentes estudios, existen múltiples características o cualidades que definen a las personas resilientes. De todas ellas hay ocho que se consideran los pilares de la resiliencia: independencia, introspección, capacidad de relacionarse o interacción, iniciativa, humor, creatividad, moralidad, autoestima consciente (Ruiz y López, 2012; Vera et al., 2006; Xvi, 2010).

En la actualidad se sigue discutiendo sobre la definición de la resiliencia, los determinantes de esta y las formas o métodos para mejorarla (Bonanno y Diminich, 2013; Kolar, 2011; Pangallo, Zibarras, Lewis y Flaxman, 2015; Southwick et al., 2014).

Actualmente se entiende que la resiliencia tiene una naturaleza dinámica, un proceso, una interacción entre individuos y su contexto socioecológico más amplio. (Liu et al., 2017).

2.5. Evaluación de la resiliencia

La diversidad de conceptos sobre la resiliencia ha dado lugar a la existencia de diversas técnicas e instrumentos para su medición: pruebas proyectivas (estímulos verbales), pruebas psicométricas (cuestionarios de autorreporte, tipo Likert y valoraciones clínicas de cuadros psiquiátricos) y pruebas de imaginología, procesos fisiológicos y factores genéticos. (Termes, 2013; Roque y Acle, 2009).

Las pruebas psicométricas que han demostrado consistencia y fiabilidad y que se han utilizado en investigaciones tanto en personas con o sin patologías orgánicas, han sido las siguientes:

-Escala de Resiliencia (RS) de Wagnild y Young (1993) (Wagnild y Young, 1993): esta escala mide el grado de resiliencia individual, considerándola como una característica personal positiva que aumenta la adaptabilidad individual. La versión en idioma español fue desarrollada por Heilemann, Lee y Kury (2003). Compuesta por 25 ítems, en formato tipo Likert que va de 1 a 7 (siendo 1 “Estoy en desacuerdo”, hasta 7 “Estoy en acuerdo”) y se divide en dos dimensiones: Competencia personal y aceptación de sí mismo y de la vida. Comprende además una escala total.

-Escala de resistencia del ego (Ego-Resiliency Scale - ER89) (Block y Kremen, 1996; Roth y Lacoa, 2009): Fue desarrollada basándose en la concepción de la Ego-Resiliencia de Block y Block (1980), explorando la habilidad de responder de forma flexible a los desafíos y las circunstancias cambiantes. Es una de las escalas que más se utiliza en la actualidad.

Consta de 14 ítems y es una escala de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta. Puntúa de 1 ("no me describe en absoluto") al 4 ("me describe totalmente"). En su inicio tenía una fiabilidad de $\alpha=0,76$, posteriormente se observó que esa fiabilidad era más elevada ($\alpha=0,82$).

-Escala de Resiliencia para Adultos (RSA) (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen, 2003): Contiene 33 ítems, con un sistema de respuesta de tipo diferencial semántico de siete puntos. Evalúa cinco dimensiones: competencia personal y social, coherencia familiar, apoyo social y estructura personal. La RSA puede ser utilizada como una medida válida y confiable para evaluar la presencia de factores de protección, importantes para recuperar y mantener la salud mental, en el área de la Salud y la Psicología Clínica.

-Escala de Resiliencia para adolescentes (ARS) (Oshio, Kaneko, Nagamine y Nakaya, 2003): compuesta por 21 ítems que se puntúan en una escala de 5 puntos (del 1 al 5). Fue diseñada para evaluar a la juventud japonesa y consta de 3 factores: búsqueda de lo novedoso, regulación emocional y orientación positiva hacia el futuro. Presenta una fiabilidad y validez razonable. Tiene la dificultad de que es difícilmente generalizable para otras poblaciones (Oshio et al., 2003).

-Escala de Resiliencia Connor-Davidson (CD-RISC) (Connor y Davidson, 2003): Consta de 25 reactivos que identifican a personas con más o menos resiliencia, en formato tipo Likert en una escala de 0 (Nada de acuerdo) a 4 (Totalmente de acuerdo). El tiempo de referencia de aplicación es el último mes. La puntuación máxima es de 100 puntos; entre mayor sea la puntuación mayor es el nivel de resiliencia. Los reactivos se dividen en 5 factores que analizan las dimensiones de competencia, metas altas y tenacidad; confianza en los instintos; interacciones estables, aceptar el cambio; control e influencia espiritual.

Es un instrumento cuyas propiedades psicométricas han sido evaluadas en jóvenes, en personas con problemas de salud y en poblaciones de ámbitos socioculturales diversos. Y ha mostrado ser útil en ambientes clínicos y de investigación (Becoña, 2006; Serrano-Parra, et al., 2012). Tiene un alfa de cronbach de 0.89 y una confiabilidad test-retest de 0.87.

-Brief Resilient Coping Scale (BRCS) (Sinclair y Wallston, 2004): Contiene una sola dimensión con cuatro preguntas, en formato tipo Likert en una escala de 0 (No me describe para nada) a 5 (Me describe muy bien). La puntuación máxima es de 20 puntos, siendo mayor puntuación una mayor resiliencia. Esta escala concibe la resiliencia como tenacidad, optimismo, creatividad, perspectiva agresiva para la solución de los problemas y compromiso para extraer un sentido positivo de las situaciones adversas.

-Escala de Resiliencia Breve (The Brief Resilience Scale-BRS) (B. W. Smith et al., 2008): comprende seis preguntas en formato tipo Likert, en una escala que va de 1 (Muy en desacuerdo) a 5 (Muy de acuerdo). La puntuación máxima es 30 puntos, a mayor puntuación mayor resiliencia. Esta escala mide la capacidad de recuperación de las personas frente al estrés; además, proporciona información sobre cómo las personas afrontan el estrés asociado a la enfermedad.

Para una exploración más puntualizada ver Ahern, Kiehl, Sole y Byers (2006) y Roque, García y Acle (2009).

3. Fuerzas Armadas Españolas

Las Fuerzas Armadas Españolas (FAS) están compuestas por el Ejército de Tierra, la Armada y el Ejército del Aire (Figura1). Además, existen dos unidades formadas por miembros de los tres ejércitos: la Guardia Real y la Unidad Militar de Emergencias (UME), así como los denominados Cuerpos Comunes. Se integran en el Ministerio de Defensa, Departamento de la Administración General del Estado (Figura1) al que corresponde la preparación, el desarrollo y la ejecución de la política de defensa determinada por el Gobierno, la obtención y gestión de los recursos humanos y materiales para ello, así como la realización de cuantos cometidos sean necesarios para el cumplimiento de las misiones que se asignen a las FAS (Ministerio de Defensa, 2017). A fecha de diciembre de 2016, las FAS contaban con un total de 121.607 efectivos.

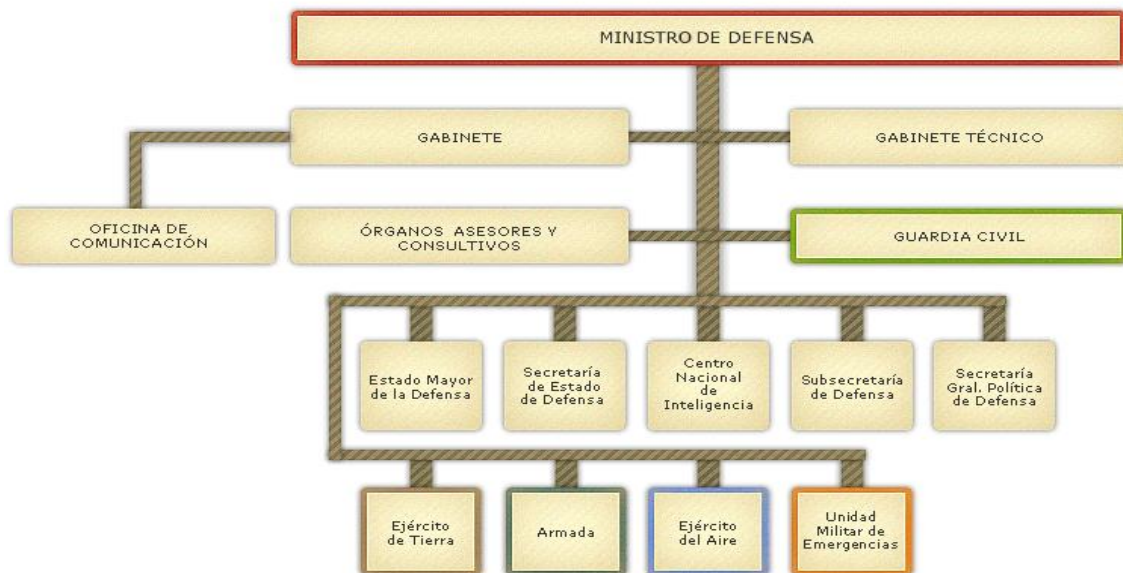


Figura 1. Organigrama de las FAS Españolas
(Fuente: Ministerio de Defensa)

En el ejército existen cuatro categorías profesionales (Figuras 2 y 3):

- Oficiales Generales (Capitán General, General de Ejército, Teniente General, General de División, General de Brigada).
- Oficiales (Coronel, Teniente Coronel, Comandante, Capitán, Teniente, Alférez).
- Suboficiales (Suboficial Mayor, Subteniente, Brigada, Sargento Primero, Sargento).
- Tropa (Cabo Mayor, Cabo Primero, Cabo, Soldado de Primera, Soldado).

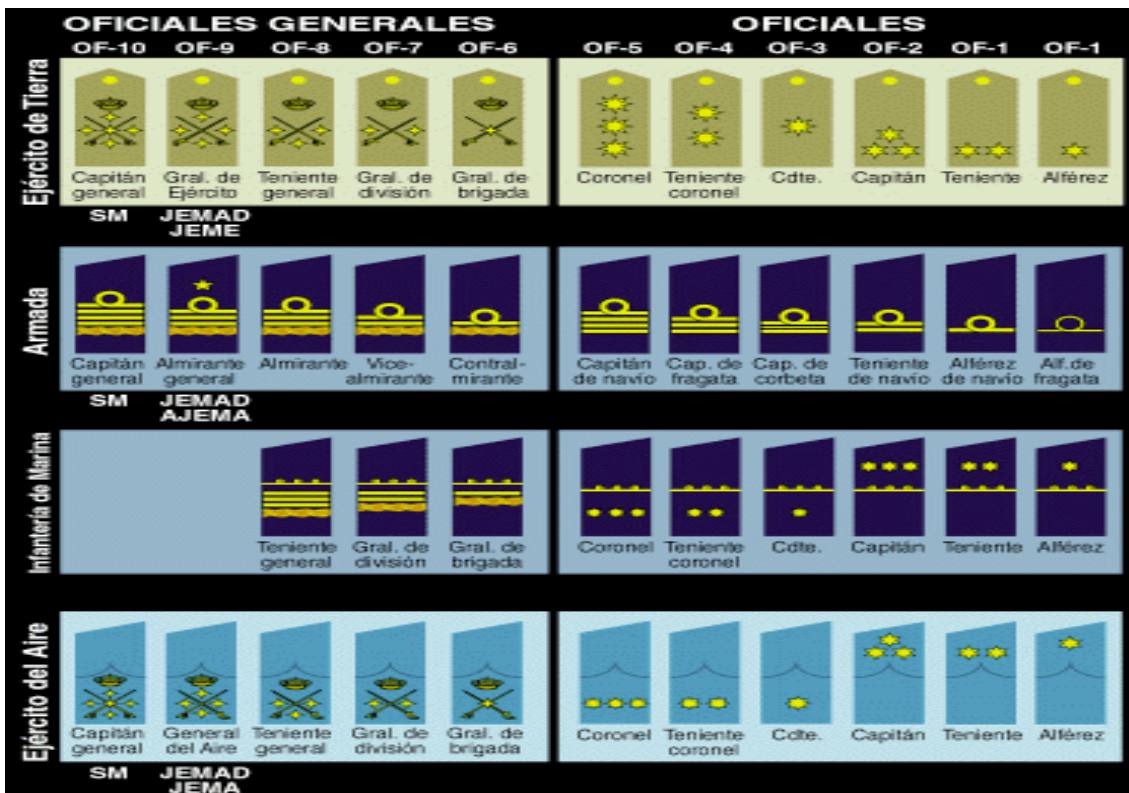


Figura 2. Empleos militares de oficiales de las FAS españolas.
 (Fuente: www.fuerzasarmadasf.blogspot.com.es/2012/04/rangos-militares.html)

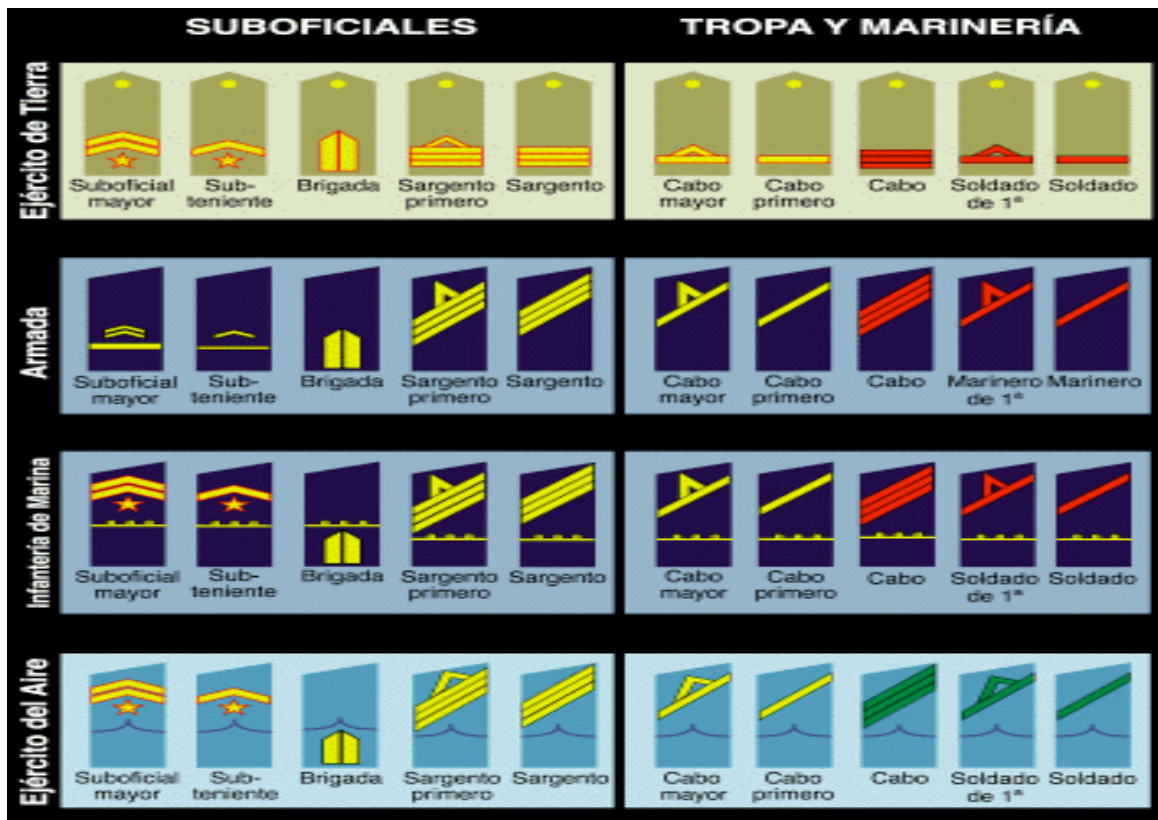


Figura 3. Empleos militares de suboficiales, tropa y marinería de las FAS Españolas.
(Fuente: ww.fuerzasarmadasf.blogspot.com.es/2012/04/rangos-militares.html)

Para ingresar en cualquier categoría se exige un nivel de estudios, además de pasar una oposición. Posteriormente y dependiendo de la escala, el futuro/a soldado pasará un periodo de enseñanza que varía entre los tres meses y cinco años (Ministerio de Defensa, 2017).

Una vez finalizado el periodo de formación académica, se obtiene el primer empleo de cada categoría. Por ejemplo, en la categoría de tropa sería el empleo de soldado, en la categoría de suboficiales sería el empleo de sargento y en la categoría de oficiales saldría con el empleo de teniente.

La categoría de Oficiales Generales se adquiere a través de los años y haber adquirido unos requisitos, pasar unos cursos y haber llegado al empleo de Coronel. Para ir ascendiendo de empleo es necesario pasar unos años en los anteriores empleos y durante esos años conseguir unos requisitos (méritos, cursos, ...). A todo ello se suma la instrucción característica de cada unidad.

Además del trabajo en territorio nacional, los militares españoles participan en misiones internacionales. Las FAS realizan Misiones Internacionales Humanitarias desde el año 1992, pero se debería decir que realizan Misiones de Paz o mejor todavía, Misiones de Mantenimiento de la Paz y Seguridad.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define la categoría de Mantenimiento de la Paz y Seguridad (PeaceKeeping) como: "Requiere la presencia de fuerzas militares o civiles en la zona ya en conflicto, con el beneplácito de las partes, y cuyo objetivo es separar a los contendientes y garantizar la ayuda humanitaria" (Naciones Unidas, 2017).

Sin duda, las misiones internacionales pueden afectar la vida y salud de los soldados, pero no solo esta parte del trabajo militar puede afectarle, sino que los requerimientos del trabajo diario (instrucción) pueden ser tan estresantes o agotadores, con el paso del tiempo como estas misiones. Se entrena duramente para trabajar en situaciones límites. El trabajo militar se considera como un trabajo estresante y peligroso (Careercast.com, 2014, 2017).

En diciembre de 2016 las FAS se encuentran realizando las siguientes misiones internacionales (Ministerio de Defensa, 2016):

- EUNAVFORMED Sophia (Operación militar de la Unión Europea en el Mediterráneo central meridional, frente a las costas libias, para luchar contra las redes de tráfico de personas, prevenir flujos de migración irregular y evitar que muera más gente en el mar).
- EUTM RCA (República Centroafricana) (Misión de la Unión Europea en la República Centroafricana orientada a la formación y la reforma de las Fuerzas Armadas de ese país).
- Golfo de Guinea (Diplomacia de la Defensa) (Militares españoles ayudan a incrementar la seguridad en esta inestable región de África Occidental).
- EUTM-Somalia (La Unión Europea adiestra a las fuerzas somalíes para combatir el terrorismo y la piratería).
- EUTM-Malí (La misión de la UE ayuda al Ejército maliense a mejorar sus capacidades militares, para que pueda recuperar la integridad territorial del país.).
- Apoyo a Irak (Militares españoles adiestran al Ejército iraquí como parte de la coalición internacional de lucha contra el Daesh).
- Destacamento Marfil (Senegal) (Contribuir al transporte estratégico de las capacidades regionales de los países participantes de AFISMA y Francia para apoyar a Malí en su lucha contra la insurgencia yihadista).
- Atalanta (La operación de la Unión Europea de lucha contra la piratería en el océano Índico).
- Apoyo a Turquía (Una batería Patriot española protege a la población turca de posibles ataques con misiles desde la vecina Siria).
- Policía Aérea en el Báltico (Aviones de la OTAN realizan misiones de vigilancia y control del espacio aéreo de Estonia, Letonia y Lituania).
- Grupos navales permanentes de la OTAN (Son las fuerzas que proporcionan una presencia marítima permanente a la OTAN y las primeras que se activan, incluso antes de que se declare una crisis).
- Líbano (FINUL) (Los cascos azules de la ONU patrullan en el sur de Líbano para evitar enfrentamientos entre Líbano e Israel).

- ONU-Acuerdo de paz en Colombia (España apoya, bajo el mandato de Naciones Unidas, el cumplimiento de los acuerdos de paz en Colombia mediante la vigilancia y verificación del cese del fuego y de las hostilidades, así como la dejación de las armas).
- Presencia Avanzada Reforzada-Letonia (Garantizar la estabilidad de la seguridad euro atlántica, mantener una Europa en paz, unida y libre, así como prevenir conflictos mediante medidas de defensa y disuasión creíbles).
- Resolute Support (Afganistán) (Desde hace más de trece años España participa en las fuerzas de la OTAN que han luchado contra la insurgencia y ayudado a la reconstrucción del país).
- Sea Guardian (Operación de la OTAN enfocada en el conocimiento del entorno marítimo para disuadir y luchar contra el terrorismo, así como mitigar el resto de amenazas).
- Seguridad Cooperativa en Mauritania (España apoya a Mauritania con un programa bilateral de actividades de adiestramiento en el ámbito de la Seguridad Cooperativa).
- Seguridad Cooperativa en Senegal (Las autoridades senegalesas piden ayuda a España para reforzar o generar las capacidades militares de sus Fuerzas Armadas.).
- Seguridad Cooperativa en Túnez (El Plan de Cooperación bilateral hispano-tunecino 2017 incluyó un programa de actividades de adiestramiento de las Fuerzas Armadas tunecinas por parte de las Fuerzas Armadas españolas y definió las áreas específicas en las que se tenía que trabajar).
- Apoyo a RCA - OP A/C (Gabón) (El Ejército del Aire proporciona transporte táctico y logístico a las operaciones internacionales en la República Centroafricana).

3.1. Unidad de Cazadores de Montaña del Ejército Español

La Fuerza Terrestre se define como un conjunto de unidades del Ejército de Tierra que tienen por cometido principal prepararse para constituir, de forma rápida y eficaz, organizaciones operativas específicas para la realización de operaciones militares, capaces de integrarse en otras conjuntas y combinadas, en orden de materializar el esfuerzo militar que se requiera (Ministerio de Defensa, 2015b).(Figura 4).

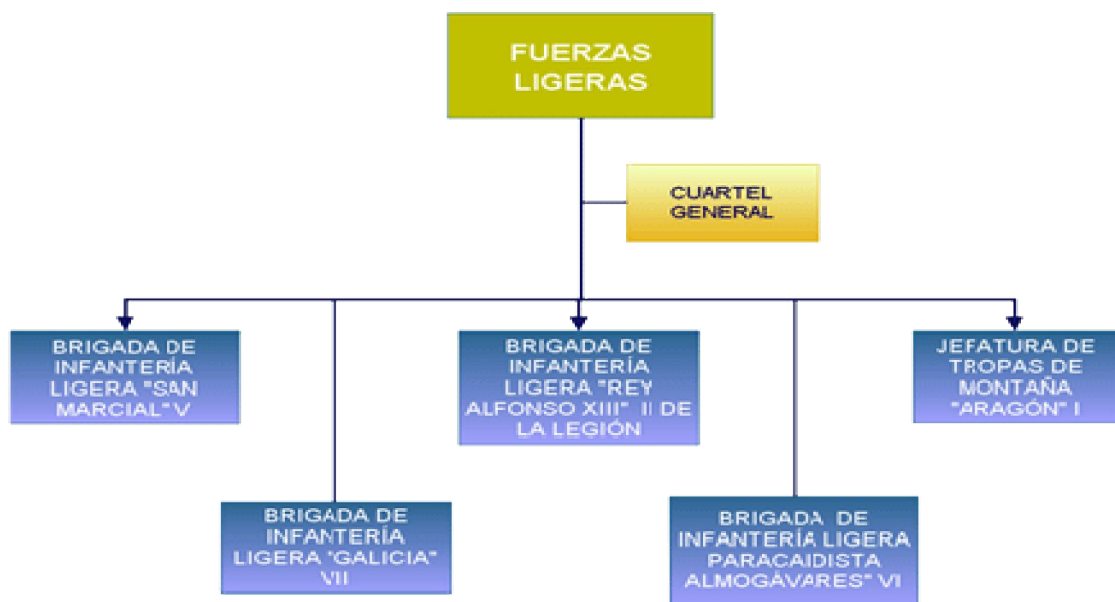


Figura 4. Organigrama de la Fuerza ligera.
(fuente: Ministerio de Defensa)

Las Fuerzas Ligeras forman parte de la Fuerza Terrestre. Cada Batallón se compone de unos 500 miembros. La población total de Fuerzas Ligeras es aproximadamente de 23300 soldados para el territorio español, representando el 17.54% de las FAS.

Los Cazadores de Montaña son unidades de Fuerza Ligeras. Se caracterizan por trabajar en media y alta montaña, en temperaturas extremas tanto de frío como de calor. Son unidades especializadas en todo terreno y en condiciones climatológicas adversas. Las unidades de montaña se caracterizan por su espíritu montañero, una gran capacidad de sacrificio y una elevada preparación tanto física como moral.

Estas unidades están instruidas en combate ofensivo/defensivo, combate urbano, combate nocturno, instrucción en ambiente Nuclear, Biológico y Químico (NBQ),...Asimismo tiene la instrucción propia que se denomina Instrucción Técnica de Montaña. Dicha instrucción consta de prácticas tanto invernales como estivales para obtener los niveles de cazador, esquiador y guía (Ministerio de Defensa, 2015).

Además, dichas unidades participan en múltiples ejercicios tanto nacionales como internacionales. Asimismo, han participado en las misiones internacionales de Bosnia y Herzegovina, Albania, Kosovo, Afganistán.

Las unidades de montaña las componen una Jefatura de Tropa de Montaña (Jaca-Huesca), y 4 Batallones: Jaca, Pamplona, Barcelona y Sant Climent de Sescebes (Girona). La población que componen estas unidades es de aproximadamente 2500 personas, que representa el 10.7% de Fuerzas Ligeras y el 1.88% de las FAS.

4. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Para establecer el estado actual del tema se ha realizado la búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Scielo, Cochrane, Google Académico, Cinhal, Scopus y Psycinfo. Utilizando los términos “resiliencia, calidad de vida relacionada con la salud, militar, soldados”, sus sinónimos y su correspondiente traducción al inglés. Se incluyó el término “policía”, ya que las fuerzas de seguridad o de orden comparten muchas características del estrés por la misión, los turnos de trabajo extensos y la exposición a escenas horribles de muerte y lesiones. El periodo de publicaciones revisado ha sido de 2000 a 2017.

4.1. Calidad de vida relacionada con la salud

En la literatura científica existen múltiples estudios sobre la calidad de la vida en población civil y militar en situaciones laborales estresantes (Guerrero, 1996; Guevara y Domínguez, 2011; Lucero, Muñiz y López, 2007; Fernández, Santa Clotilde y Casado, 2007; Neves, 2007). Sin embargo, cuando se trata de CVRS la bibliografía disponible es escasa.

En la revisión bibliográfica, sobre la salud en población militar, se observa que la mayoría son estudios sobre la salud mental. Indicando como patologías más comunes: trastorno estrés postraumático (TEPT), ansiedad, depresión (Crawford, Sharpe, Rutter y Weaver, 2009; Fiedler et al., 2006; Finnegan, Finnegan, McGee, Srinivasan y Simpson, 2015; González-Quevedo, Sanabria-Ferrand, Paredes, Garcia, 2007; Hoge et al., 2015).

La CVRS ha sido profusamente estudiada en las últimas décadas. Se han publicado estudios realizados sobre población civil previamente diagnosticada de diferentes patologías (Andenæs, Fagermoen, Eide y Lerdal, 2012; Bauer et al., 2015; Caqueo-Urizar, Boyer, Baumstarck y Gilman, 2015; Chew, Sherina y Hassan, 2015; Freiria et al., 2015; Hasenoehrl et al., 2015; Hutchinson et al., 2015; Isidoro et al., 2015; Katona, Schmidt, Schupp y Graessel, 2015; Khalil, 2015; Moura et al., 2015; Phongamwong, Mungkumpa, Pawapootanon, Saiyotha y Duangtapha, 2014; Risstad et al., 2015; Singer et al., 2015).

De especial interés para el presente trabajo es la investigación que Alonso et al. realizó en 1996, en población española, que fue publicado con el título "Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36". Dicho artículo concluye que los resultados presentados deben ser considerados como normas o valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 y pueden ser útiles para interpretar mejor sus puntuaciones. (Alonso et al., 1998)

En población militar, la CVRS ha sido menos investigada que otros aspectos relacionados con el desempeño del trabajo militar, aún así, se han encontrado resultados de estudios realizados en grupos grandes de soldados, principalmente del ejército estadounidense, así como algún que otro estudio referentes a profesiones que trabajan en situaciones parecidas a los militares (policías, bomberos, etc).

Existe una preocupación real por la salud, el bienestar y acceso a los servicios de la población que fue militar (Galea, 2015). Se estima que hay 22 millones de veteranos en los Estados Unidos de anteriores compromisos militares, y se proyecta que serán 2.7 millones de veteranos en Gran Bretaña en 2017.

Un porcentaje de estos soldados acuden a los servicios de salud mental (McKibben et al., 2013), aunque la mayoría de este personal es reacio a demandar ayuda por problemas de salud mental, como consecuencia del estigma de dichas patologías (Adler, Britt, Riviere, Kim y Thomas, 2015; Kim, Britt, Klocko, Riviere y Adler, 2011).

La CVRS es peor en militares que han intervenido en zonas de conflicto, en comparación con los no desplegados, y la exposición al combate (Forman-Hoffman et al., 2007; Gill et al., 2014; Ikin et al., 2009; Leners, Sowers, Quinn Griffin y Fitzpatrick, 2014; McAndrew et al., 2013; Proctor, Harley, Wolfe, Heeren y White, 2001; Trivedi et al., 2011; Voelker et al., 2002). Esto ocurre también entre policías y bomberos que han trabajado en zonas de grandes desastres, en los que la CVRS es peor que la de los compañeros que no participaron en estos sucesos (Slottje et al., 2007). Aunque existen estudios que refieren que la salud de los militares desplegados y no desplegados son similares (Eisen et al., 2005; Voelker et al., 2002).

El nivel de preparación para el combate no es factor predictor de mejor CVRS, siendo mejores predictores la fortaleza mental y menos tiempo en la milicia (Perić, Plancak, Bulj, Tudor y Spalj, 2013). Esta CVRS no mejora con el paso de los años en muchos de estos individuos (Falvo et al., 2012; Ikin et al., 2009; Slottje et al., 2007) siendo inferior a la de los civiles que nunca fueron militarizados (Luncheon y Zack, 2012). Un factor para el empeoramiento de la CVRS es el haber sufrido trastorno de estrés postraumático y depresión (Forman-Hoffman et al., 2005; Richardson, Long, Pedlar y Elhai, 2008), el vivir en ambiente rural una vez integrado a la vida civil (Wallace et al., 2010), estresores organizacionales (González-Quevedo, Sanabria-Ferrand y Zuluaga, 2010; Morales-Manrique y Valderrama-Zurián, 2012), así como el retraso a acudir a los servicios médicos (Falvo et al., 2012) y haber sufrido malos tratos durante la infancia (Aversa, Lemmer, Nunnink, McLay y Baker, 2014).

También es motivo de una percepción baja de CVRS cuando el descanso es menor de lo que los individuos desearían y esta necesidad se hace más patente en militares que en civiles (Barrett, Boehmer, Boothe y Flanders, 2003), aunque en un estudio sobre oficiales de la Armada noruega, la CVRS era similar a la población general de Noruega (Magerøy, Riise, Johnsen y Moen, 2007). La CVRS también puede estar relacionada con la condición física, el tiempo en el servicio y el tiempo dedicado al deporte fuera del ámbito laboral (da Silva et al., 2014). Otro factor que puede influir en la CVRS es el nivel académico, a menor nivel de estudios, menor CVRS (Proctor et al., 2001).

4.2. Resiliencia

La resiliencia es una condición muy estudiada en población civil en los últimos años (Brondolo, 2015; Buse, Burker y Bernacchio, 2013; Fontes y Neri, 2015; Herrman et al., 2011; Karatsoreos, Karatoreos y McEwen, 2013; Moss y Wilson; Rutten et al., 2013; Santos et al., 2013; Stewart y Yuen, 2011; Wulff, Donato y Lurie, 2015).

Los ejércitos, cuerpos de seguridad y personal de atención en emergencias, constituyen un campo emergente de investigación, ya que se considera la resiliencia como cualidad necesaria para ejercer correctamente el trabajo en difíciles condiciones físicas y mentales y como factor de protección ante problemas psicosociales, como el alcoholismo, la depresión, el estrés, el trastorno de estrés postraumático y las ideas suicidas. Estas últimas aumentaron de forma extraordinaria durante la guerra de Iraq y Afganistán en el ejército americano (Bruner y Woll, 2011; Carter-Visscher et al., 2010; Casey, 2011; Cotian, Vilete, Volchan y Figueira, 2014; Everly, Welzant y Jacobson, 2008; Green et al., 2014; Moore et al., 2017; Nock et al., 2017; Simmons y Yoder, 2013; Ursano et al., 2017, 2014).

En el ejército español no existe estadística publicada sobre el tema (Gonzalo, 2015). Sobre el Cuerpo de Policía Nacional y la Guardia Civil, esta última una policía de naturaleza militar, se ha informado recientemente de un aumento de los suicidios (epnacional.es, 2017; López, 2017). En una estadística publicada sobre el último período de servicio militar obligatorio en España (1990-2001) se afirmaba que los suicidios habían disminuido en los últimos (Miralles y Cano, 2009).

Teniendo presente que la presencia previa de sintomatología psicológica o malos tratos infantiles pueden condicionar la respuesta del individuo en el escenario de conflicto y la recuperación posterior, es importante detectar dichas personas para reforzar su resiliencia (Bandoli et al., 2017; Fikretoglu, Brunet, Poundja, Guay y Pedlar, 2006; L. a. King, King, Vogt, Knight y Samper, 2006; Schaubroeck, Riolli, Peng y Spain, 2011; Zimmermann et al., 2015). Se han investigado pruebas, como baterías cognitivas, para evaluar factores de riesgo y de protección para el suicidio y salud mental (Moore et al., 2017; Ursano et al., 2015).

Los factores neurobiológicos, genéticos y biológicos juegan un papel importante en las respuestas individuales al estrés y el trauma. Algunas investigaciones han demostrado el papel de estos factores en poblaciones militares, policías y personal que trabajan con estrés de forma continua (Daskalakis, Bagot, Parker, Vinkers y de Kloet, 2013; Horn, Charney y Feder, 2016; Kalisch, Müller y Tüscher, 2014; Losch, Traut-Mattausch, Mühlberger y Jonas, 2016; Morgan et al., 2000; Morgan et al., 2001; Morgan et al., 2003; Oken, Chamine y Wakeland, 2015; van der Werff, van den Berg, Pannekoek, Elzinga y van der Wee, 2013; van der Werff, Elzinga, Smit y van der Wee, 2017; Wu et al., 2013; Yehuda, Brand y Yang, 2006).

En veteranos de guerra, se ha encontrado que las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir depresión que los hombres, y estos más riesgo de consumo de sustancias (Conard y Sauls, 2014). No se han encontrado diferencias de género antes de entrar en combate (Carter-Visscher et al., 2010), pero no hay consenso en si existen diferencias en cuanto a presentar trastornos psicológicos después del combate por razón de género; dado que los estudios disponibles han revelado fallos en la metodología y pérdida de datos, con lo cual, los resultados de estos estudios no son concluyentes (Crum-Cianflone y Jacobson, 2014; King, Street, Gradus, Vogt y Resick, 2013; Macera, Aralis, Highfill-McRoy y Rauh, 2014; Polusny et al., 2014; Runnals et al., 2013).

El afrontamiento adaptativo, el control personal, la autoestima, el optimismo y el apoyo social son las cualidades que caracterizan la resistencia psicológica en el servicio militar (Erbes et al., 2011; Lee, Sudom y McCreary, 2011; Pickering, Hammermeister, Ohlson, Holliday y Ulmer, 2010; Simmons y Yoder, 2013; Skomorovsky y Stevens, 2013; Zimmermann et al., 2015), encontrándose un nivel de resiliencia muy por encima de lo normal en este personal (Connell, Omole, Subramaney y Olorunju, 2013).

La vida militar, junto con sus dificultades, ofrece muchas fuentes para el aumento de la resiliencia, por ejemplo, la capacidad de recuperación, un fuerte sentido de pertenencia a una comunidad, y los valores compartidos (Easterbrooks, Ginsburg y Lerner, 2013). La resiliencia puede aumentar después de una exposición a las exigencias físicas y psicológicas del trabajo militar. Los soldados desplegados en zonas de conflicto muestran mayor resiliencia que los no desplegados (Simmons y Yoder, 2013; Sudom, Lee, y Zamorski, 2014), habiéndose encontrado que el grupo es más resiliente si los jefes tienen bien desarrollada esta cualidad (Bartone, 2006).

Actualmente, se hace referencia a que los aspectos positivos, niveles altos de religión/espiritualidad, apoyo social, inteligencia emocional y potenciar los buenos líderes son factores que amortiguan el riesgo de ciertos trastornos mentales y promueven características psicosociales protectora, reforzando la resiliencia (Bardera, García y Pastor, 2014; Gunia, Sipos, Lopresti y Adler, 2015; H. Lee, Aldwin, Choun y Spiro, 2017; Nho et al., 2017; Rice y Liu, 2016; Santos et al., 2013; Schneider, Lyons y Khazon, 2013; Sharma et al., 2017; Vermetten et al., 2014). Aunque la percepción de los eventos negativos puede desempeñar un papel importante en el desarrollo del crecimiento postraumático (Galatzer-Levy et al., 2013; Staugaard, Johannessen, Thomsen, Bertelsen y Berntsen, 2015a; Vermetten et al., 2014).

Los enormes costes económicos, personales, sociales e institucionales asociados a los problemas psicológicos de los soldados que son causados por el despliegue, y diferentes colectivos que trabajan en situaciones de estrés, han llevado a la creación de programas de desarrollo de la resiliencia personal y social para militares, policías y personal de emergencias, así como a sus familias (Andersen et al., 2015; Bowles, y Bates, 2010; Cacioppo et al., 2015; Cacioppo, Reis y Zautra, 2011; Casey, 2011; Cornum, Matthews y Seligman, 2011; Griffith y West, 2013; Hourani et al., 2016; D. C. Johnson et al., 2014; J. R. Johnson et al., 2015; Kees y Rosenblum, 2015; Peng et al., 2014; Ramey, Perkhounkova, Hein, Bohr y Anderson, 2017; Steenkamp, Nash y Litz, 2013; Weltman, Lamon, Freedy y Chartrand, 2014).

Se ha observado que los problemas de los veteranos no siempre son causas del despliegue, sino por problemas con la familia que también sufre consecuencias adversas derivadas de la vida militar. Por todo ello se han creado programas para fortalecer la resiliencia en la familia.

Pero no hay suficiente información sobre el ajuste a lo largo del tiempo; por ello es necesario delinear y predecir las trayectorias del ajuste de las parejas o familias que puede permitir dirigir mejor intervenciones hacia aquellos que corren mayor riesgo (Card y Barnett, 2015; Erbes, Kramer, Arbisi, DeGarmo y Polusny, 2017).

Aunque en un principio se informaba con entusiasmo de que la resiliencia puede mejorar después de un entrenamiento relativamente corto (Everly et al., 2008; Macedo et al., 2014; Reivich, Seligman y McBride, 2011) se sabe poco acerca de la verdadera efectividad de estos programas de entrenamiento (Campbell-Sills et al., 2017; Cotian et al., 2014). Los investigadores han encontrado resultados difusos, afirmando que hay pocas diferencias en la resiliencia grupal antes y después de ser sometido al programa, aunque sí que se observan pequeñas mejoras personales ante el estrés del combate (Adler, Williams, McGurk, Moss y Bliese, 2015) y la capacidad de recuperación a la vuelta a casa (Eisen et al., 2014).



No sabe más el que más cosas
sabe, sino el que sabe las que más
importan.

Bernardino Rebolledo (1597-1676) Militar, poeta y
diplomático español.

SEGUNDA PARTE:

APROXIMACIÓN EMPÍRICA

Fuente:<https://www.google.es/search?tbm=isch&sa=1&ei=cz3CWs3dHoj3ULPHmOgH&q=frases+famosas+de+militares&oq=frases+famosas+de+militares>

5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

5.1. Hipótesis

En función al marco conceptual establecido, en el presente estudio se plantean dos hipótesis de trabajo:

H1: Los soldados españoles presentan índices inferiores a la población civil española en lo referente a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

H2: Los soldados españoles tienen un nivel alto de resiliencia.

5.2. Objetivos

5.2.1. Objetivo general

Analizar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud y la resiliencia en soldados españoles.

5.2.2. Objetivos específicos

- 1-Determinar las características sociodemográficas y militares de los soldados.
- 2-Definir el nivel de resiliencia de los soldados.
- 3-Establecer la relación entre las variables sociodemográficas y militares y la resiliencia.
- 4-Identificar la CVRS de los soldados.

5-Establecer la relación entre las variables sociodemográficas y militares y la CVRS.

6-Establecer la relación entre la resiliencia y la CVRS.

7-Comparar la resiliencia y CVRS entre la muestra operativa y no operativa.

8-Comparar la CVRS de la población militar con la población civil.

6. METODOLOGÍA

6.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo y transversal.

6.2. Contexto y participantes en el estudio

La población a estudiar son militares profesionales (oficiales, suboficiales y tropa) del Ejército de Tierra (ET), pertenecientes al Batallón de Cazadores de Montaña IV/62, ubicado en el Cuartel del Bruch (Barcelona). El Batallón representa el 20% del total de los cazadores montaña; el 2.14% de las Fuerzas Ligeras y el 0.37% de las FAS.

Selección de la muestra: Para el presente estudio se tuvieron en cuenta todos los individuos pertenecientes a la población de estudio y no se realizó una selección de una muestra.

Técnica de muestreo: Al tomarse la decisión de utilizar a toda la población de estudio como unidades de investigación, no fue preciso el muestreo de la población de estudio. Para esta investigación se utilizaron todas las unidades de exploración disponibles que cumplieran con los criterios de inclusión y de exclusión del estudio.

Tamaño de la muestra: No fue preciso el cálculo del tamaño de la muestra ya que se estudiaron todas las unidades de estudio disponibles.

La población de estudio está compuesta por unidades operativas y unidades no operativas.

El trabajo diario de las unidades operativas gira alrededor de la preparación física y mental para el combate en cualquier entorno. Mientras que las unidades no operativas realizan trabajos de apoyo y actividades de mantenimiento de las instalaciones militares.

Se decidió estudiar individuos de los dos grupos, para comprobar si el entrenamiento militar diario afecta a la CVRS y refuerza la resiliencia.

El total de la población previamente seleccionada fue 397 militares, 359 hombres (92.3%) y 38 mujeres (9.6%); 323 pertenecían a la unidad operativa (81.3%) y 74 pertenecían a Unidades de Servicios (18.6%).

En relación a la participación de mujeres, decir que no podemos obtener una muestra de género femenino similar a la de género masculino, ya que existe un número muy pequeño de mujeres en estas unidades.

6.3. Criterios de inclusión

1. No estar en el momento del estudio de baja laboral.
2. Firmar el consentimiento informado para participar en el estudio.

6.4. Criterios de exclusión

1. Abandono del estudio después de haber firmado el consentimiento.
2. No cumplimentar correctamente los test.

7. VARIABLES E INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Seguidamente se muestran las variables estudiadas y los instrumentos que se utilizaron para la recogida de datos.

7.1. Variables dependientes

Respecto a la variable **Calidad de Vida Relacionada con la Salud**, se utilizó el **Cuestionario SF 36**. Se ha decidido utilizar este cuestionario porque en la actualidad es uno de los más empleados en los estudios sobre CVRS debido a su simplicidad y corto tiempo de aplicación. (McHorney, Ware, Lu y Sherbourne, 1994; Ware y Sherbourne, 1992) (Anexo 1).

Para la comparación de nuestros resultados con la población civil española, utilizamos los valores referenciales de la población española obtenidos en el estudio realizado por Alonso et al. en el año 1996.

Para el estudio de la variable **Resiliencia**, se utilizó la **Escala de resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC)**. Se ha decidido utilizar esta escala porque es uno de los cuestionarios / instrumentos que han demostrado ser útil en ambientes clínicos y de investigación (Serrano-Parra et al., 2012). (Anexo 2).

Dicha escala puntúa de 0 a 100 puntos, cuanto más elevada es la puntuación, mayor resiliencia presenta el sujeto. La escala no tiene un punto de corte, por lo tanto, no hay una puntuación que indique donde se puede las personas más resilientes.

En la literatura se ha encontrado distintas formas para definir el punto de corte. Algunos autores lo calculan realizando medias de otros estudios realizados en población similar (Fernández-Lansac et al, 2012); otros autores plantean la puntuación de corte según la puntuación media más, menos la desviación estándar del propio estudio, creando tres niveles de resiliencia (alta, media y baja) (Ríos, Carrillo y Sabuco, 2012); por último hay autores que consideran que las personas muy resilientes son las que presentan puntuaciones superior o igual a 88 puntos (Broche et al., 2012).

En nuestro caso, se ha optado por considerar como punto de corte la media más, menos DE. Debemos indicar que tomamos el valor general (total) de la resiliencia, siendo este la suma de los cinco factores de la escala.

7.2. Variables independientes

Para el estudio de las variables independientes se utilizó un cuestionario diseñado (ad hoc) para la presente investigación (Anexo 3):

El **Cuestionario** se compone de 20 preguntas y está estructurado en tres categorías:

- *Variables sociodemográficas* (preguntas 1 a 5): edad, género, estado civil, número de hijos, nivel de estudios.

- *Variables profesionales* (preguntas 6 a 16): empleo militar, tiempo que llevas en las FAS, ¿ha realizado misiones internacionales?, ¿dónde ha realizado misiones internacionales?, tiempo en total en misiones internacionales, ¿por qué ha elegido ser militar?, ¿se ha planteado cambiar de unidad?, ¿se ha planteado dejar el ejército?, ¿qué hace en su tiempo libre?, ¿ha estudiado o está estudiando durante su estancia en las FAS? .
- *Variables personales* (preguntas 17 a 20): ¿cómo diría que es su conciliación vida familiar y la militar?, la relación con sus compañeros es:..., la relación con sus jefes es:..., si tuviera que valorar la satisfacción con su trabajo, diría que es:....

7.3. Recogida de la información

Una vez obtenido el permiso, se envió una carta a todos los componentes del batallón y a la unidad de servicios, invitándoles a participar en dicho estudio.

Por otro lado, se presentó el estudio en sesiones grupales presenciales donde se detalló el tratamiento de los datos y el anonimato de los individuos. (Anexos V y VI).

Después de firmar el consentimiento, se entregaron a cada participante los tres cuestionarios.

La recogida de datos se realizó en los meses de julio a agosto de 2015, en sesiones de 50 individuos y 1h de duración.

Se realizó en el salón de actos del acuartelamiento, dicha sala es lo suficientemente grande para permitir el anonimato y la comodidad del participante.

El investigador de la investigación estuvo presente durante las sesiones, aclarando las dudas que el personal tuvo durante la realización de los test.

8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis de los datos se efectuó utilizando el paquete estadístico SPSS 19.0[®].

Primeramente se realizó un análisis estadístico descriptivo de la muestra, utilizando medidas de tendencia central, como la media, la moda, la mediana, y porcentajes. También se utilizaron medidas de dispersión o de variabilidad como desviación estándar y rango.

La comparación de medias se realizó mediante las pruebas paramétricas de T de Student y la prueba ANOVA.

Cuando no se cumplía las condiciones de homogeneidad de varianzas se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Se utilizó el coeficiente Rho de Spearman para la asociación entre dos variables cuantitativas.

En el estudio analítico se ha considerado un nivel de significación de $p \leq 0,05$.

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Siguiendo el protocolo militar, se solicitó permiso para la realización del trabajo de campo al Coronel Jefe del Regimiento y al Jefe de la Unidad de Servicios del Acuartelamiento. (Anexo IV).

Todos los participantes lo hicieron de forma voluntaria y fueron informados de forma verbal y escrita. También se les informó del derecho a revocar el consentimiento. Los datos obtenidos han sido tratados de forma confidencial. (Anexo VI).

El tratamiento de la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos se ajustó a lo dispuesto en la ley de Protección de datos en vigor, Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE número 298 de 14 de diciembre de 1999).

El autor declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

10. RESULTADOS

Los resultados del estudio se muestran divididos en ocho apartados:

- 1- Encuesta sociodemográfica.
- 2- Variable Resiliencia..
- 3- Relación entre las variables sociodemográficas y militares y la resiliencia.
- 4- Variable CVRS.
- 5- Relación entre las variables sociodemográficas y militares y la CVRS.
- 6- Relación entre resiliencia y CVRS.
- 7- Comparación de resiliencia y CVRS entre la muestra operativa y no operativa.
- 8-Comparación de la CVRS de la población militar con la población civil.

10.1. Análisis de las características de la encuesta sociodemográficas de la población.

La muestra del estudio está compuesta por 397 sujetos, el 81.4% pertenece a una unidad operativa y el 18.6% a unidades no operativas. Lo que representa el 0.3% de las FAS y el 0.5% del ET.

El 90.4% del total son hombres. En fuerzas operativas, los hombres son el 92.3% y en las fuerzas no operativas el 82.4%. (Figura 5).

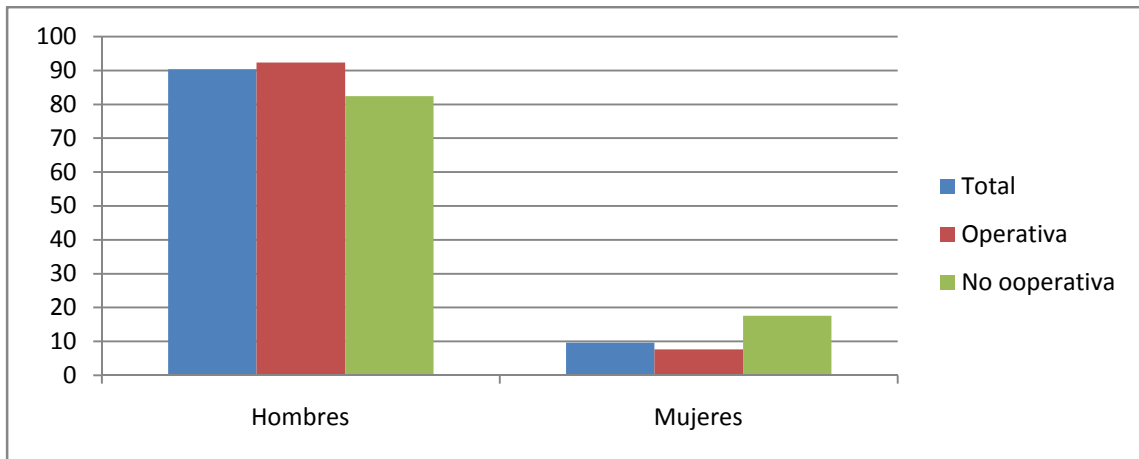


Figura 5. Composición por género de los grupos.

La edad media es de 31.1 años \pm 7.5, siendo el rango 20-58. El personal más joven se encuentra en la fuerza operativa, con una media de 29 años. En las Figuras 6 y 7 se representan las características de la muestra por edad, género y unidad.

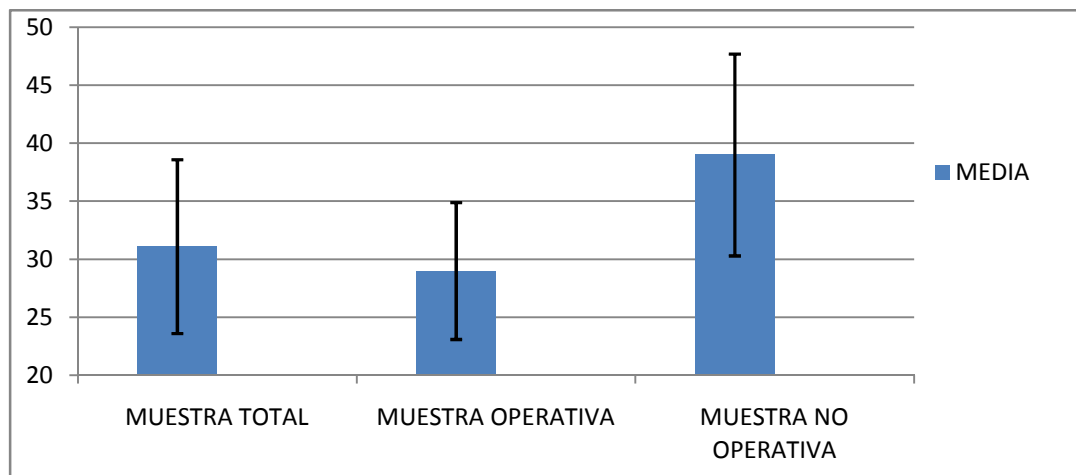


Figura 6. Edad media de la muestra.

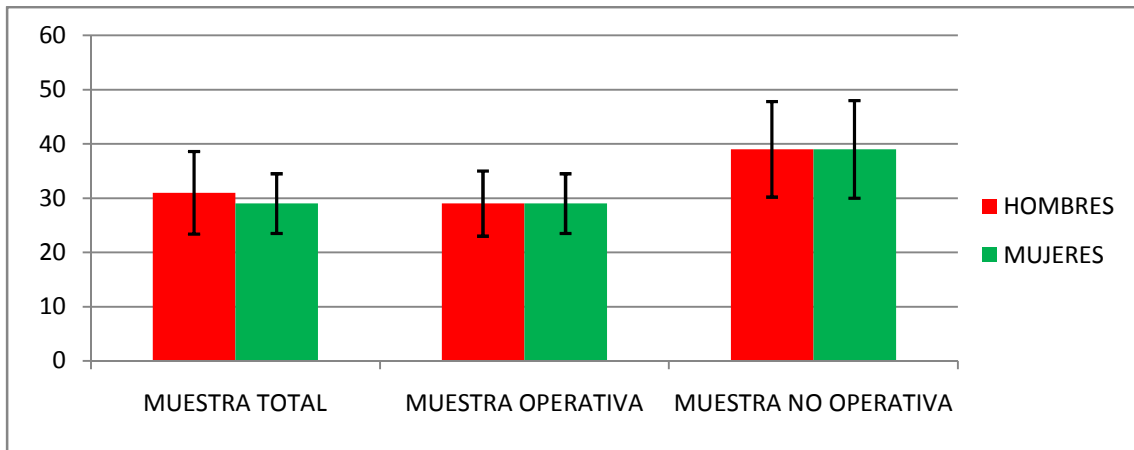


Figura 7. Edad media según género.

El 59.9% de personas vive en pareja. Por unidades, en la fuerza operativa este porcentaje es el 57.6%. Y en la fuerza no operativa es el 70.3%.

Respecto al número de hijos, el 71.5% no tiene, el 15.4% tiene un hijo y el 0.5% tienen más de tres hijos (Figura 8).

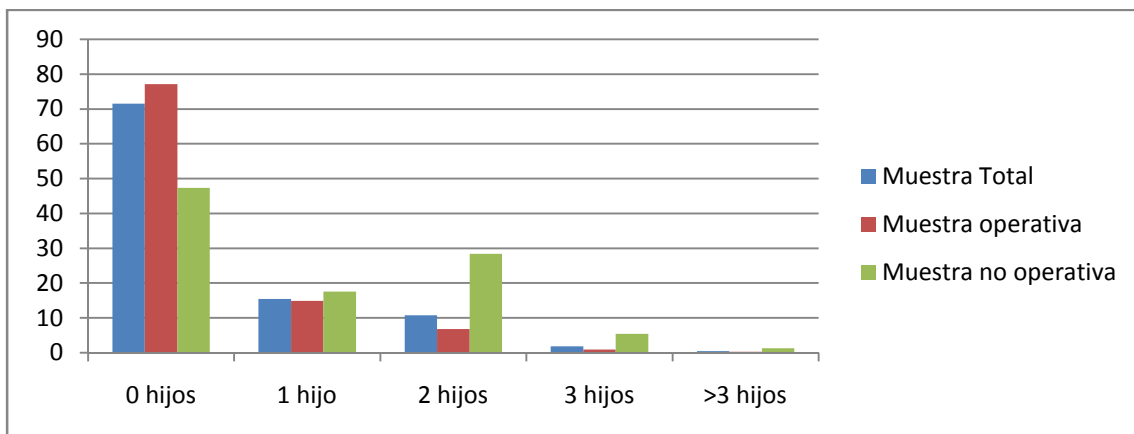


Figura 8. Número de hijos.

Respecto al nivel de estudios, predomina el bachillerato en el 31.0% de la muestra. El 28.5% con estudios de ESO/Certificado Escolar, los estudios de Formación Profesional representa el 23.4% y por último, el 17.1% ha cursado estudios Universitarios. (Figura 9).

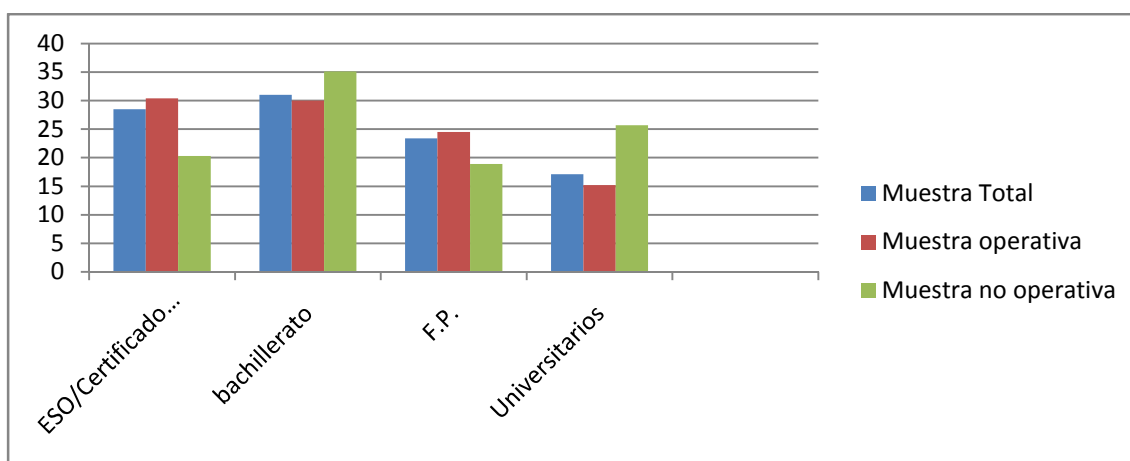


Figura 9. Nivel de estudios.

Las variables sociodemográficas género, edad, estado civil, hijos y nivel de estudios se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Variables sociodemográficas: género, edad, edad según género, estado civil, hijos y nivel de estudios.

		Total		Operativa		No Operativa	
		<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Sexo	Hombre	359	90.4	298	92.3	61	82.4
	Mujer	38	9.6	25	7.7	13	17.6
Pareja	Sí	238	59.9	186	57.6	52	70.3
	No	159	40.1	137	42.4	22	29.7
Número	Ninguno	284	71.5	249	77.1	35	47.3
De	1 hijo	61	15.4	48	14.9	13	17.6
Hijos	2 hijos	43	10.8	22	6.8	21	28.4
	3 hijos	7	1.8	3	0.9	4	5.4
	> 3 hijos	2	0.5	1	0.3	1	1.3
Nivel de estudio	Certificado escolar/ESO	113	28.5	98	30.4	15	20.3
	Bachillerato	123	30.9	97	30.0	26	35.1
	FP	93	23.4	79	24.5	14	18.9
	Universitario	68	17.1	49	15.1	19	25.7
Edad	(Media, D.T.)	31.1±7.5		29±5.9		39±8.7	
Edad	(Media, D.T.)						
Hombres		31.0±7.6		29.0±6.0		39.0±8.8	
Mujeres		29.0±5.5		29.0±5.5		39.0±9.0	

La muestra total está compuesta por un 5.8% de oficiales, un 18.1% de suboficiales y un 76.1% de tropa, predominando los oficiales (9.4%) y suboficiales (28.4%) en la fuerza no operativa. (Figura 10).

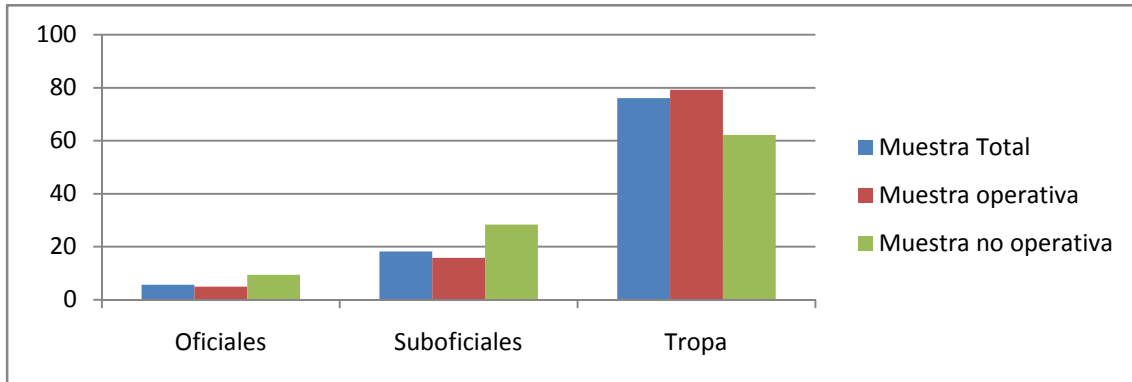


Figura 10. Empleos militares.

El 52.4% del total tiene más de 8 años de antigüedad en el ejército, el 25.9% entre 4 y 8 años y el 21.7% entre menos de un año y tres años. La distribución varía cuando se trata de unidades operativas y no operativas (Figura 11).

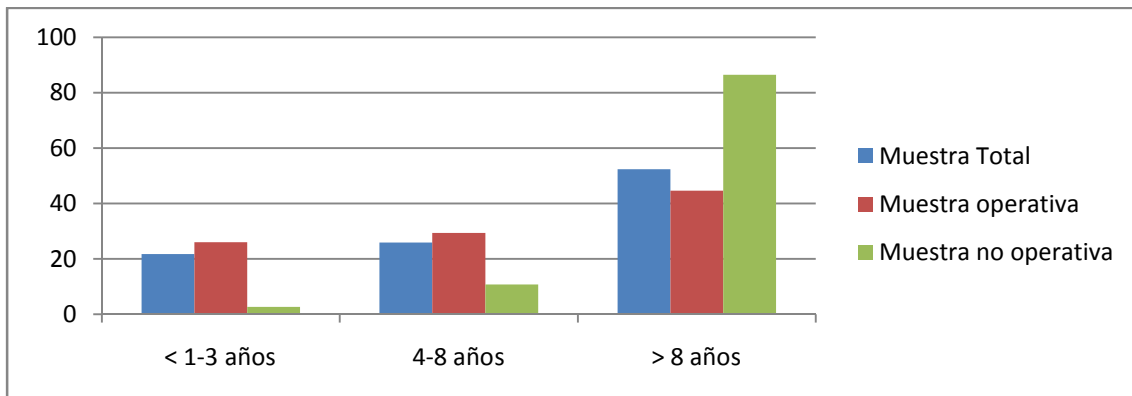


Figura 11. Antigüedad en las FAS.

El 66.2% de la muestra no ha realizado misiones internacionales. Y esta distribución es similar tanto en la operativa como en la no operativa (Figura 12).

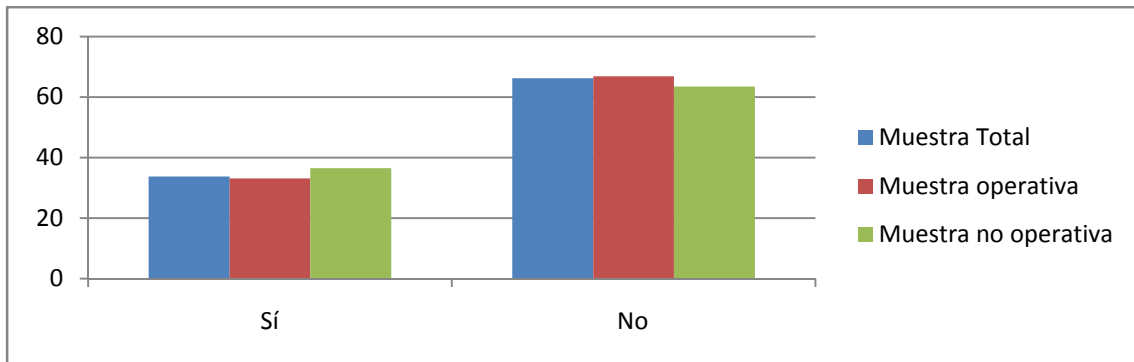


Figura 12. Realización de misiones.

Entre los que han realizado misiones internacionales, el 67.5% lo han hecho en el último año, el 28.5% hace más de tres años. (Figura 13).

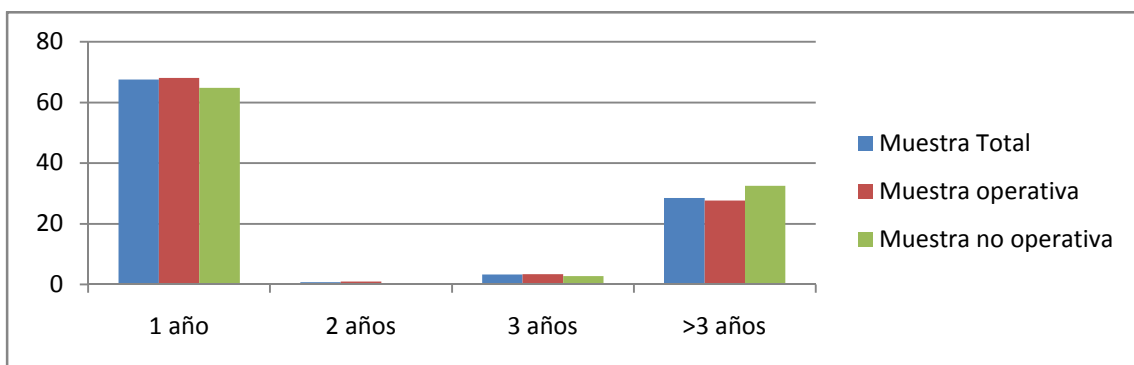


Figura 13. Tiempo transcurrido desde la última misión.

El 60.7% de la muestra cambiaría de unidad. Este porcentaje es similar en la fuerza operativa (62.8%) siendo menor en la fuerza no operativa (51.3%). Los motivos que exponen para cambiar de unidad son los siguientes: el primer motivo con un 57.4% sería el mejorar profesionalmente, el segundo motivo con un 33% es por tema familiar/personal y por último, sería el mal ambiente en la unidad, con un 9.64%. (Figura 14).

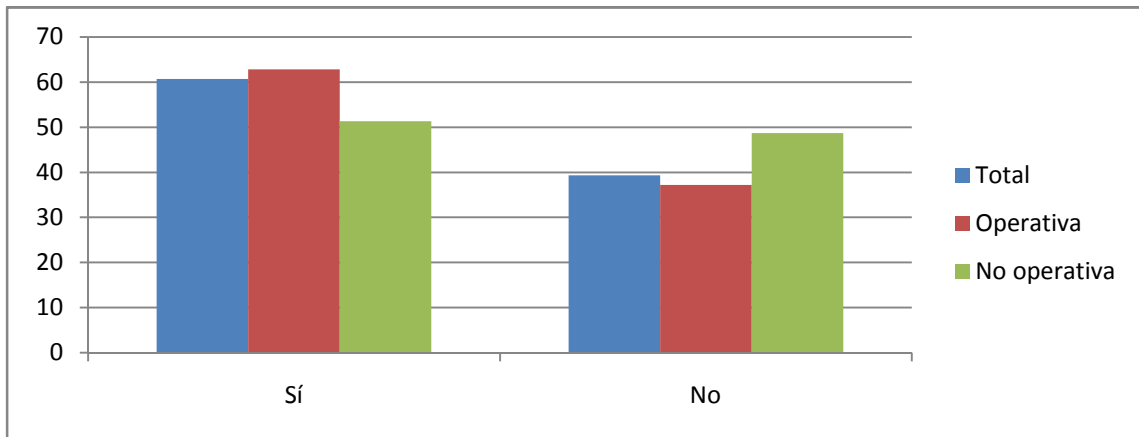


Figura 14. Cambio de unidad.

El 61% del total no se ha planteado dejar el ejército. Esta proporción es mayor en la fuerza no operativa (71%). Los motivos que manifiestan por los que dejarían el ejército son: el primer motivo, con un 45% por motivos personales/familiares, el segundo motivo por el que dejarían el ejército es la desilusión con un 33%, en tercer lugar con un 15% sería el pasar a la Guardia Civil y Cuerpo Nacional de Policía y por último, con un 7% trabajar en empresas fuera del ámbito militar. (Figura 15).

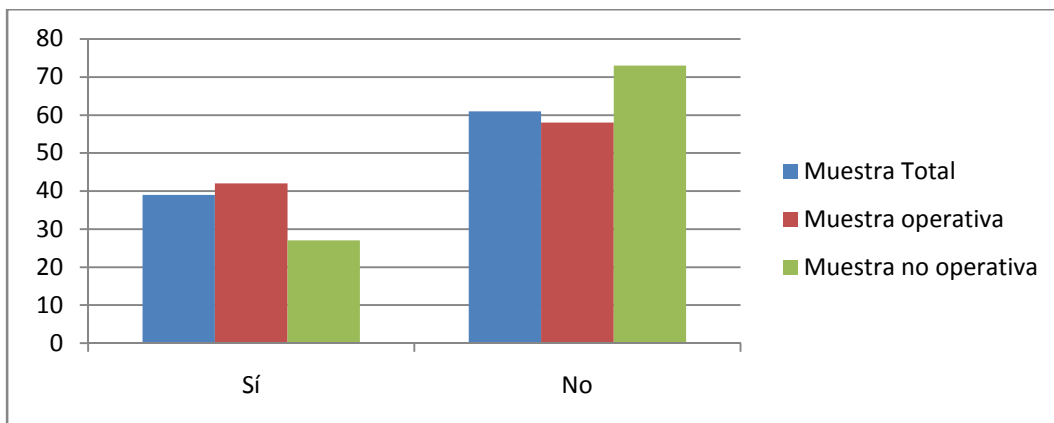


Figura 15. Dejar el ejército.

La pregunta sobre la motivación para ser militar era de respuesta múltiple. El 70% eligió ser militar por vocación, seguido por un 22.4% cuya motivación es la aventura. (Figura 16).

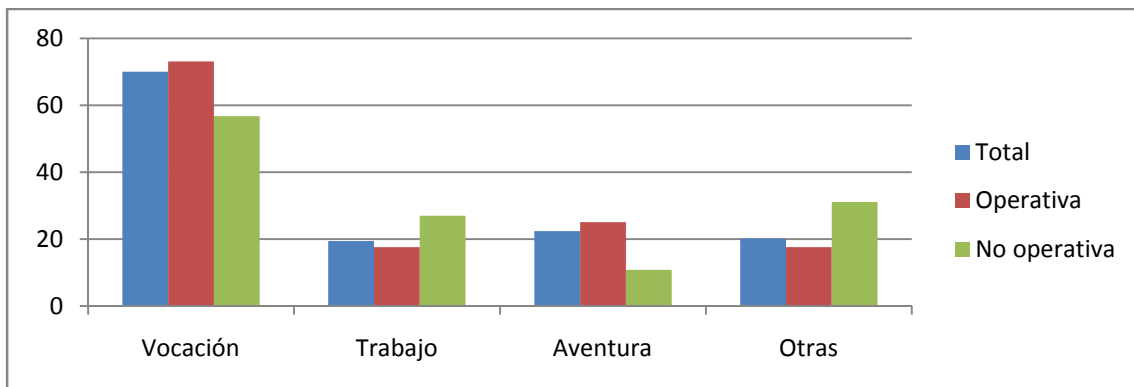


Figura 16. Motivación para ser militar.

En la tabla 2. se puede ver el resumen de las variables empleo, antigüedad, misión, tiempo transcurrido después de la última misión, cambio de unidad, dejar el ejército y motivación para ser militar.

La pregunta sobre actividades de tiempo libre era de respuesta múltiple. El 69.5% realiza deporte. Aproximadamente el 50% estudia o hace otras actividades. Sólo el 4.5% dice no hacer nada.

Tabla 2. Variables: empleo, antigüedad, misión, tiempo transcurrido después de la última misión, cambio de unidad, dejar el ejército y motivación para ser militar.

			TOTAL		OPERATIVA		NO OPERATIVA	
			<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Empleo	Oficial		23	5.8	16	5.0	7	9.4
	Suboficial		72	18.1	51	15.8	21	28.4
	Tropa		302	76.1	256	79.2	46	62.2
Antigüedad								
	<1-3 años		86	21.7	84	26	2	2.7
	4-8 años		103	25.9	95	29.4	8	10.8
	> 8 años		208	52.4	144	44.6	64	86.5
Misión	Sí		134	33.8	107	33.1	27	36.5
	No		263	66.2	216	66.9	47	63.5
Tiempo transcurrido última misión	1 año		268	67.5	220	68.1	48	64.8
	2 años		3	0.7	3	0.9	--	--
	3 años		13	3.3	11	3.4	2	2.7
	> 3 años		113	28.5	89	27.6	24	32.5
Cambio unidad	Sí		241	60.7	203	62.8	38	51.3
	No		156	39.3	120	37.2	36	48.7
Dejar ejército	Sí		155	39.0	135	42.0	20	27.0
	No		241	61.0	187	58.0	54	73.0
Motivación para ser militar	Vocación	Sí	278	70.0	290	73.1	225	56.7
		No	119	30.0	107	26.9	172	43.3
	Trabajo	Sí	77	19.4	57	17.6	20	27.0
		No	320	80.6	266	82.4	54	73.0
	Aventura	Sí	89	22.4	81	25.1	8	10.8
		No	308	77.6	242	74.9	66	89.2
	Otras	Sí	80	20.2	57	17.6	23	31.1
		No	317	79.8	266	82.4	51	68.9

En relación a la conciliación familiar, el 63% dice que es buena. El 25% opina que es regular y el 12.2% que es mala. Estos resultados son muy similares en los distintos grupos. (Figura 17).

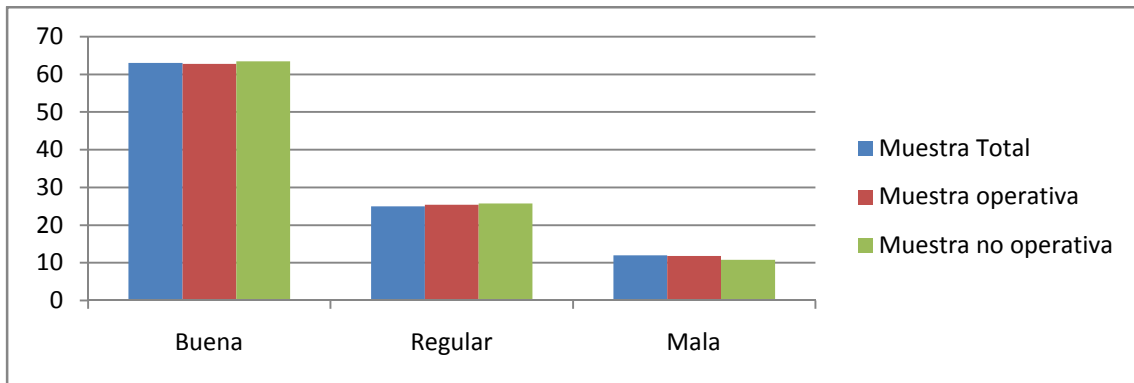


Figura 17. Conciliación familiar.

El 94.7% dice que la relación con sus compañeros es buena, un 3% es regular y sólo el 2.3% refiere que es mala. (Figura 18).

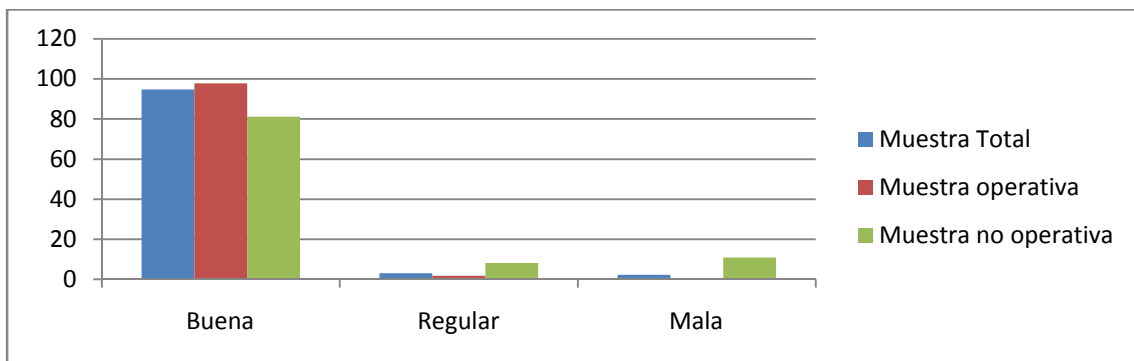


Figura 18. Relación con sus compañeros.

El 85.9% dice que la relación con los jefes es buena, el 12.3% informa que es regular y el 1.8% manifiesta que es mala. Estas proporciones se mantienen en los tres grupos. (Figura 19).

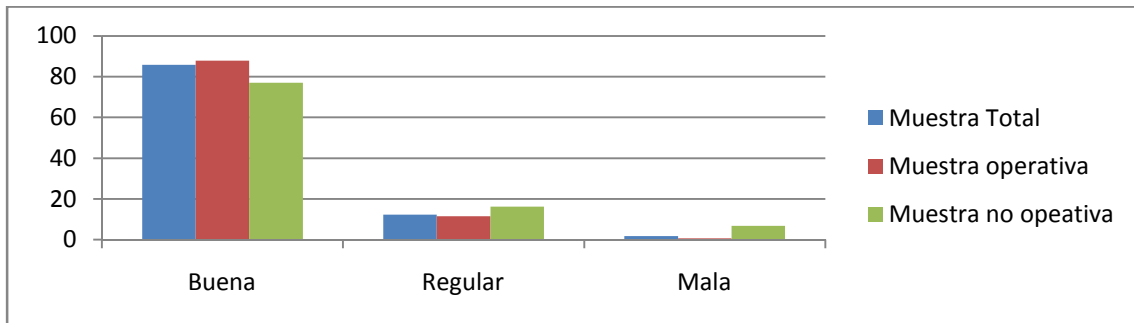


Figura 19. Relación con sus jefes.

Sobre la satisfacción con el trabajo que realiza, el 81.1% dice que es buena, el 15.8% informa que es regular y el 3.1% manifiesta que es mala. Estos resultados son similares en fuerzas operativas y no operativas. (Figura 20).

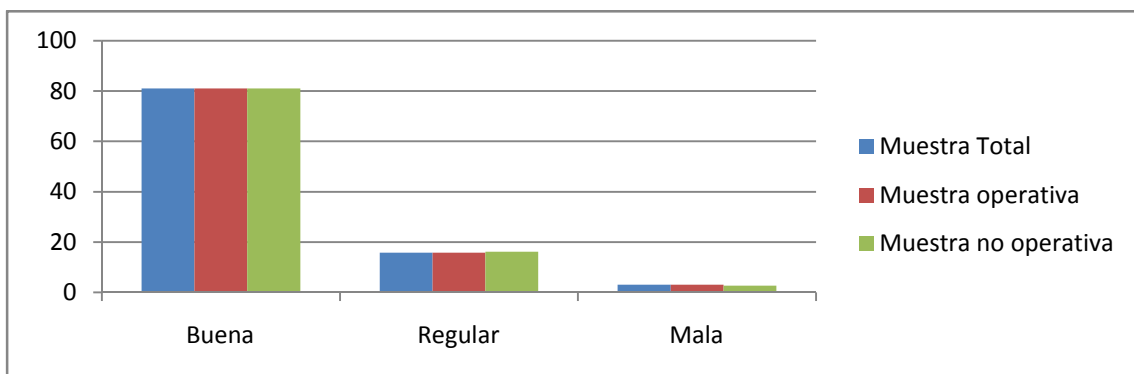


Figura 20. Satisfacción laboral

En la Tabla 3 se detalla los resultados de las variables: tiempo libre, conciliación familiar, relación con los compañeros, relación con los jefes y la satisfacción laboral.

Tabla 3. Resumen sobre el tiempo libre, la conciliación familiar, relación con los compañeros, jefes y satisfacción laboral.

			TOTAL		OPERATIVA		NO OPERATIVA	
			N	%	N	%	N	%
Tiempo libre	Deporte	Sí	276	69.5	236	73.1	40	54.0
		No	121	30.5	87	26.9	34	46.0
	Estudiar	Sí	199	50.1	172	53.3	27	36.5
		No	198	49.9	151	46.7	47	63.5
	Otras	Sí	203	51.1	150	46.4	53	71.6
		No	194	48.9	173	53.6	21	28.4
Nada	Sí	18	4.5	13	4.0	5	6.7	
	No	379	95.5	310	96.0	69	93.3	
Conciliación familiar	Buena		250	63	203	62.8	47	63.5
	Regular		101	25	82	25.4	19	25.7
	Mala		46	12	38	11.8	8	10.8
Relación compañeros	Buena		376	94.7	316	97.8	60	81.1
	Regular		12	3	6	1.8	6	8.1
	Mala		9	2.3	1	0.4	8	10.8
Relación jefes	Buena		341	85.9	284	87.9	57	77
	Regular		49	12.3	37	11.4	12	16.2
	Mala		7	1.8	2	0.7	5	6.8
Satisfacción laboral	Buena		322	81.1	262	81.1	60	81.1
	Regular		63	15.8	51	15.8	12	16.2
	Mala		12	3.1	10	3.1	2	2.7

10.2. Resiliencia

La puntuación máxima que se puede alcanzar en el test es 100. La muestra total obtiene una puntuación media de 76.0 ± 12.0 puntos, con un intervalo de 30-98 puntos, mediana de 77 puntos y moda de 4. Se realizó una clasificación de la muestra en tres niveles, tomando como referencia la puntuación media obtenida \pm su desviación típica. De acuerdo a esta clasificación, el 15.4% obtuvo niveles altos de resiliencia (puntuaciones medias superiores a 88), el 71.3% nivel medio (puntuaciones medias comprendidas entre 88 y 64) y el 13.3% resiliencia baja (puntuaciones medias inferiores a 64). No existen diferencias significativas entre los diferentes grupos. A destacar que la fuerza operativa presenta un porcentaje mayor el nivel medio (73.7%). La fuerza no operativa muestra un porcentaje mayor en el nivel alto de resiliencia (20.3%). En la Figura 21 se puede ver las puntuaciones medias de las muestras.

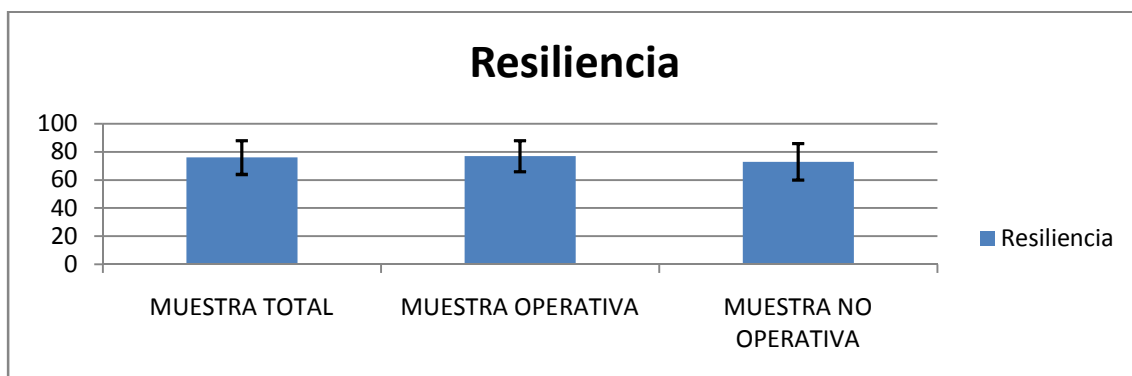


Figura 21. Puntuación media de resiliencia en las tres muestras.

10.3. Relación entre las variables sociodemográficas y militares y la resiliencia.

Según el género, la puntuación media más alta la obtiene la muestra operativa, las mujeres obtienen una puntuación media de 79 ± 10.0 y los hombres 77 ± 10.0 . No existen diferencias significativas según el género ni a la

muestra que pertenezcan. (Figura 22). No existe relación entre resiliencia y edad.

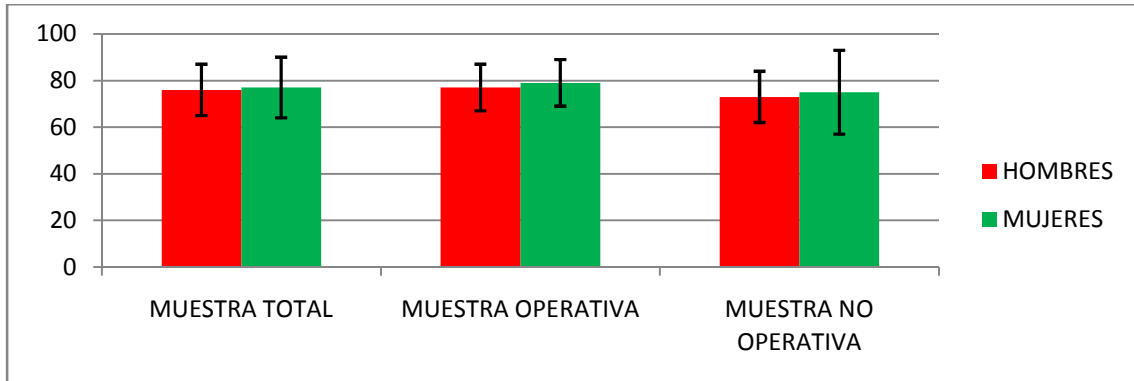


Figura 22. Resiliencia según género.

En relación al estado civil, la puntuación media más alta se da en el grupo operativo que vive en pareja (77.2 ± 10.5). El grupo que presenta peores puntuaciones es el que no vive en pareja de las unidades no operativas (72.8 ± 13.1). No hay diferencias significativas en resiliencia, entre las personas que viven en pareja y las que no viven en pareja. (Figura 23).

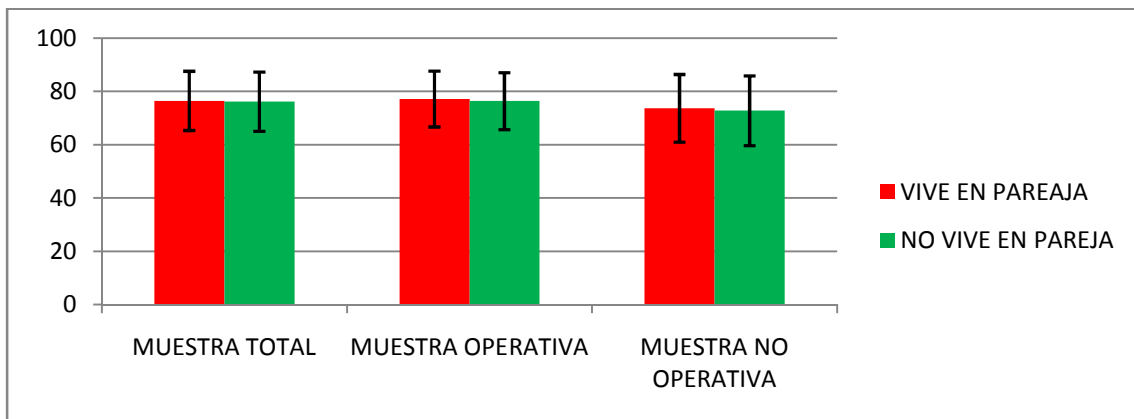


Figura 23. Puntuación media de resiliencia según estado civil.

Por nivel de estudios, la puntuación media más alta corresponde a los individuos del grupo operativo que han cursado formación profesional y bachillerato (77.6 ± 9.5 , 77.9 ± 10.3 respectivamente).

Los no operativos son los que presentan peores puntuaciones, excepto los que poseían certificación escolar /ESO cuya puntuación media fue de 78.3 ± 10.8 puntos. (Figura 24). No existen diferencias estadísticamente significativas entre los distintos niveles de estudio y el grupo.

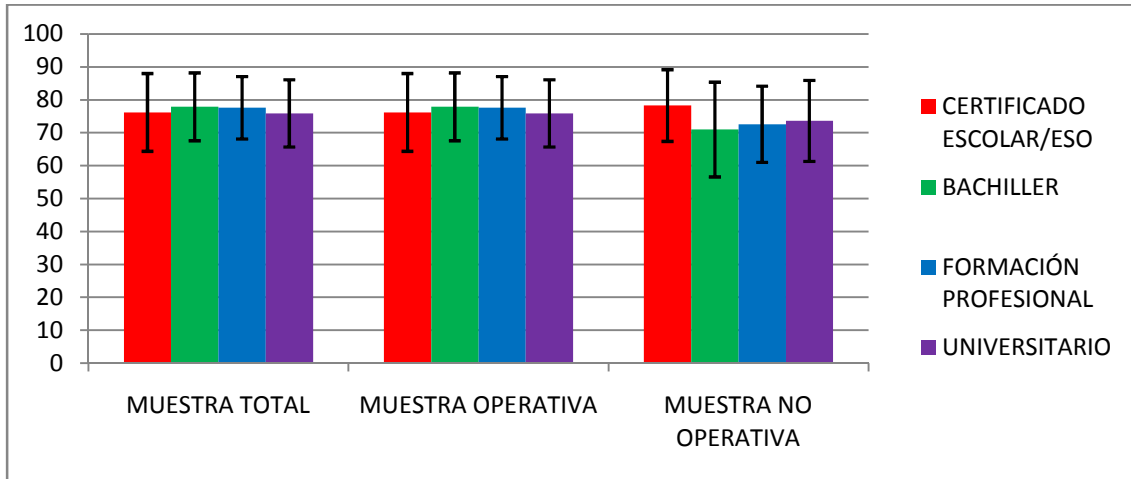


Figura 24. Puntuación media de resiliencia según el nivel de estudio.

Las puntuaciones totales de resiliencia y la relación entre resiliencia, edad, género, estado civil y nivel de estudios se detallan en la Tabla 4.

Tabla 4. Puntuación total de resiliencia y relación entre resiliencia y edad, género, estado civil y estudios.

	Total			Operativa			No operativa		
	X±DE	Rango	p	X±DE	Rango	p	X±DE	Rango	p
Resiliencia	76.0±12.0	30-98		77.0±11.0	30-98		73.0±13.0	40-96	
Género									
Hombre	76.0±11.0	30-98	0.410 ⁽¹⁾	77.0±10.0	30-98	0.330 ⁽¹⁾	73.0±11.0	49-94	0.238 ⁽³⁾
Mujer	77.0±13.0	42-96		79.0±10.0	52-95		75.0±18.0	42-96	
Edad			0.193 ⁽⁴⁾			0.248 ⁽⁴⁾			0.394 ⁽⁴⁾
Estado civil									
Con pareja	76.5±11.1	32-97	0.817 ⁽¹⁾	77.2±10.5	32-97	0.690 ⁽¹⁾	73.7±12.7	40-94	0.770 ⁽¹⁾
Sin pareja	76.2±11.1	30-98		76.7±10.7	30-98		72.8±13.1	54-96	
Estudios									
C.escolar/ESO	76.2±11.8	30-95		76.2±11.8	30-95		78.3±10.9	60-95	
Bachillerato	77.9±10.3	46-97	0.541 ⁽²⁾	77.9±10.3	46-97	0.541 ⁽²⁾	71.0±14.4	40-94	0.371 ⁽²⁾
F.P.	77.6±9.5	50-98		77.6±9.5	50-98		72.6±11.6	42-89	
Univrsitarios	75.9±10.2	58-93		75.9±10.2	58-93		73.6±12.3	52-96	

⁽¹⁾T-Student ⁽²⁾Anova ⁽³⁾Mann-Whitney ⁽⁴⁾Spearman

En cuanto al empleo, la puntuación media más alta se observa en el grupo operativo, siendo los suboficiales los que obtienen mayor resultado (79.2 ± 8.3). La tropa no operativa es la que obtiene menor puntuación (72.6 ± 3.0). No existen diferencias estadísticamente significativas entre los distintos empleos y el grupo. (Figura 25).

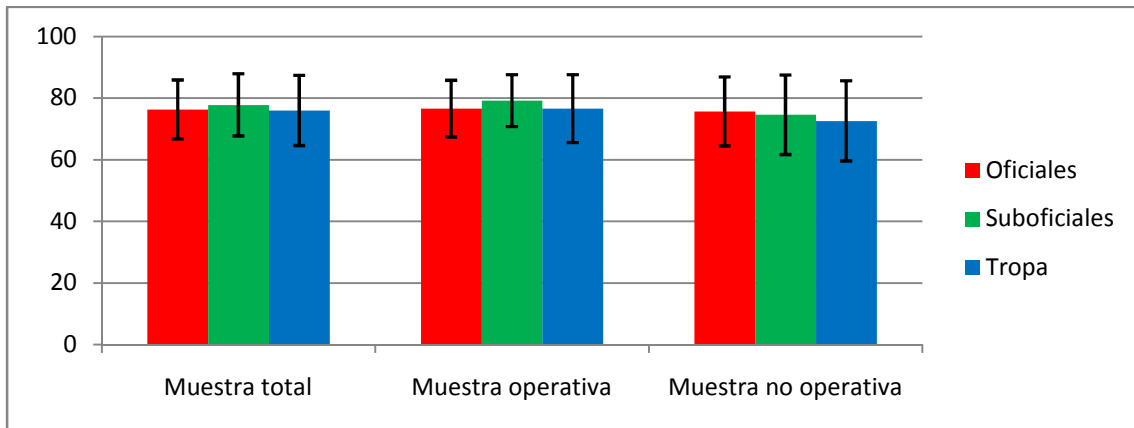


Figura 25. Puntuación media en resiliencia según el empleo militar.

Teniendo en cuenta la antigüedad, las puntuaciones medias más bajas son las obtenidas por grupo no operativo con una antigüedad entre 4-8 años (66.0 ± 7.2) y los que llevaban <1-3 años en las fuerzas armadas (73.5 ± 2.2).

No existen diferencias estadísticamente significativas entre la antigüedad y el grupo. (Figura 26).

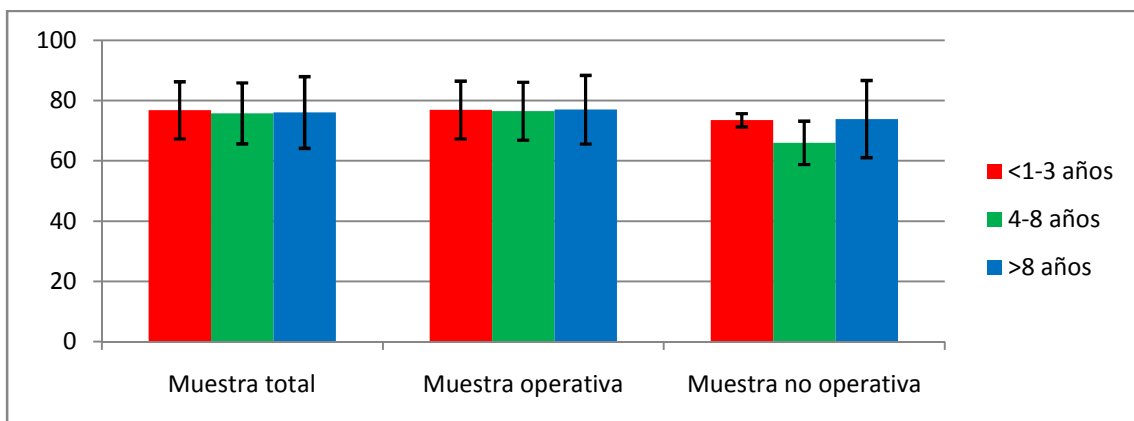


Figura 26. Puntuación media en resiliencia según antigüedad en las FAS.

Según la participación en misiones, las puntuaciones medias más bajas son las obtenidas por los militares del grupo no operativo, tanto los que han realizado misiones (74.3 ± 12.9 puntos) como los que no (73 ± 12.7 puntos). No existen diferencias estadísticamente significativas entre resiliencia y la realización de misiones en los distintos grupos. (Figura 27).

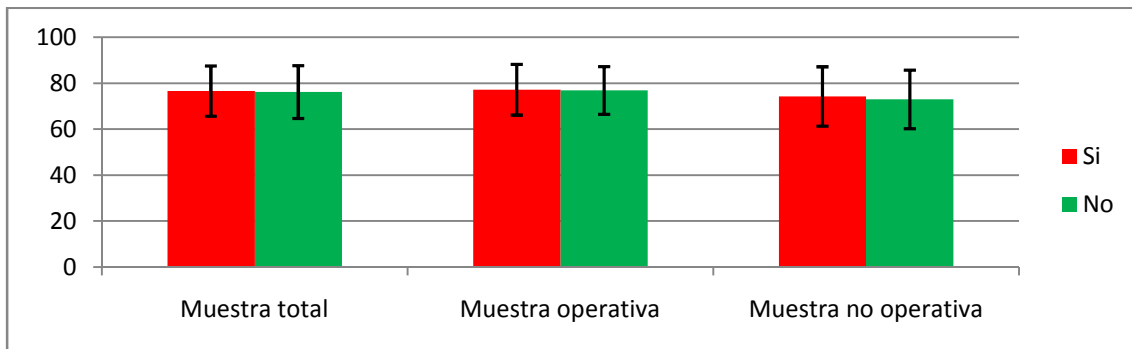


Figura 27. Puntuación media en resiliencia según participación en misiones.

En cuanto a la decisión de dejar el ejército, las puntuaciones medias más bajas son las obtenidas por los militares del grupo no operativo, tanto los que han decidido dejar el ejército (70.0 ± 16.6), como los que no (74.7 ± 10.9). No hay diferencias significativas, en ninguno de los tres grupos. (Figura 28).

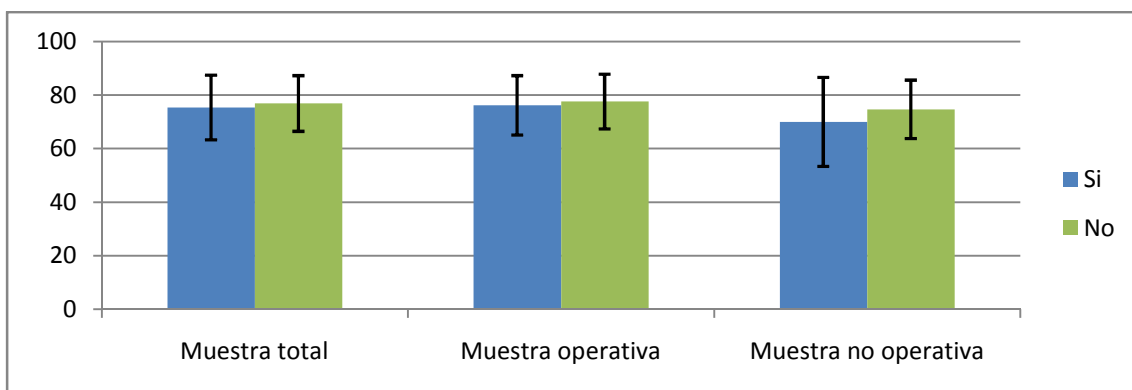


Figura 28. Puntuación media en resiliencia según la decisión de dejar el ejército.

Cuando se estudia la resiliencia en relación a la voluntad de cambiar de unidad, las puntuaciones más bajas, corresponden a los no operativos, tanto en aquéllos que cambiarían de unidad (72.2 ± 12.3) como los que no lo harían. (74.7 ± 13.2). No existen diferencias significativas entre grupos. (Figura 29).

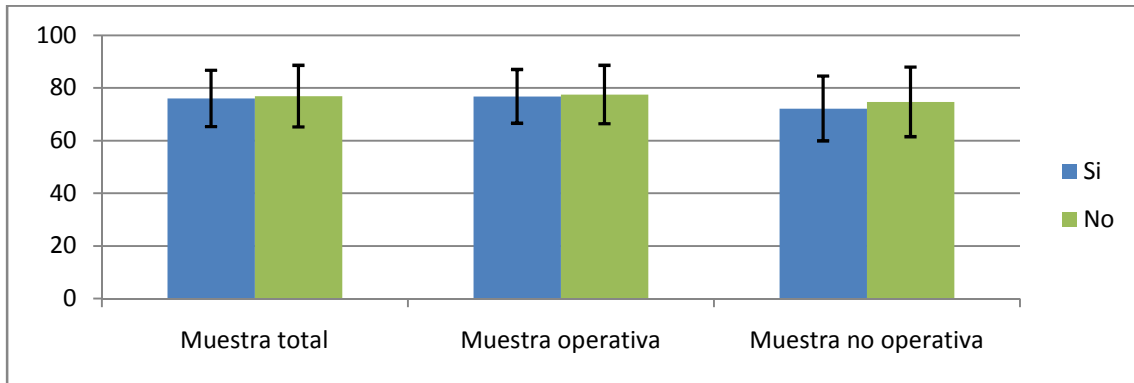


Figura 29. Puntuación media en resiliencia según la decisión de cambiar de unidad.

En la Tabla 5 se describe la relación entre resiliencia y las variables empleo, antigüedad, participación en misiones, cambio de unidad y dejar el ejército.

Tabla 5. Relación entre resiliencia y las variables empleo, antigüedad, participación en misiones, cambio de unidad y dejar el ejército.

	Total			Operativa			No operativa		
	X±DE	Rango	p	X±DE	Rango	p	X±DE	Rango	p
Empleo Militar									
Oficiales	76.3±9.6	59-92	0.446 ⁽²⁾	76.6±9.2	61-89	0.278 ⁽²⁾	75.7±11.2	59-92	0.748 ⁽²⁾
Suboficiales	77.8±10.1	49-96		79.2±8.4	60-96		74.6±12.9	49-95	
Tropa	76.0±11.4	30-98		76.6±11.0	30-98		72.6±13.0	40-96	
Antigüedad									
< 1-3 años	76.8±9.5	52-95	0.312 ⁽²⁾	76.9±9.6	52-95	0.229 ⁽²⁾	73.5±2.2	72-75	0.715 ⁽²⁾
4-8 años	75.8±10.1	50-97		76.5±9.6	50-97		66.0±7.2	52-93	
> 8 años	76.1±11.9	30-98		77.0±11.4	30-98		73.9±12.8	40-96	
Misiones									
Sí	76.6±10.9		0.725 ⁽¹⁾	77.2±11.0		0.806 ⁽¹⁾	74.3±12.9		0.680 ⁽¹⁾
No	76.2±11.5			76.9±10.4			73.0±12.7		
Cambiar Unidad									
Sí	76.0±10.7		0.448 ⁽¹⁾	76.8±10.2		0.509 ⁽¹⁾	72.2±12.3		0.405 ⁽¹⁾
No	76.9±11.7			77.5±11.1			74.7±13.2		
Dejar ejército									
Sí	75.4±12.1		0.185 ⁽¹⁾	76.2±11.1		0.253 ⁽¹⁾	70.0±16.6		0.342 ⁽³⁾
No	76.9±10.4			77.6±10.2			74.7±10.9		

⁽¹⁾T-Student ⁽²⁾Anova ⁽³⁾Mann-Whitney

En relación a la conciliación familiar, la puntuación media más alta corresponde a los del grupo no operativo, que la considera mala: 80.1 ± 9.6 . En el resto, la resiliencia obtiene puntuaciones algo inferiores, produciéndose en el grupo no operativo la puntuación más baja, aunque afirman que su conciliación familiar es buena (71.7 ± 8.3 y rango de 40-90). No existen diferencias significativas en los grupos total y no operativo, mientras que en el operativo si existe diferencias estadísticamente significativas ($p=0.037$). (Figura 30).

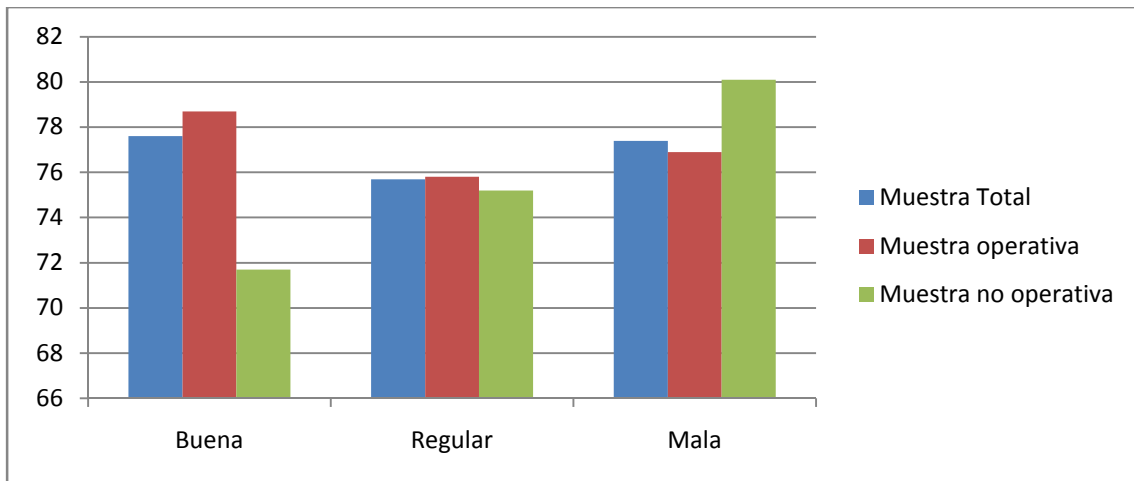


Figura 30. Puntuación media en resiliencia según conciliación familiar.

Sobre resiliencia y relación con los compañeros, la puntuación media más alta corresponde a los del grupo total que la consideran mala: 80.4 ± 9.3 con un rango de 52-98. En el resto, la resiliencia obtiene puntuaciones algo inferiores, siendo la más baja la del grupo no operativo, aunque estos afirman tener una relación buena con los compañeros (56.7 ± 10.7 y rango de 40-77). Existen diferencias significativas en las tres muestras: total ($p=0.000$), operativa ($p=0.000$) y no operativa ($p=0.000$). (Figura 31).

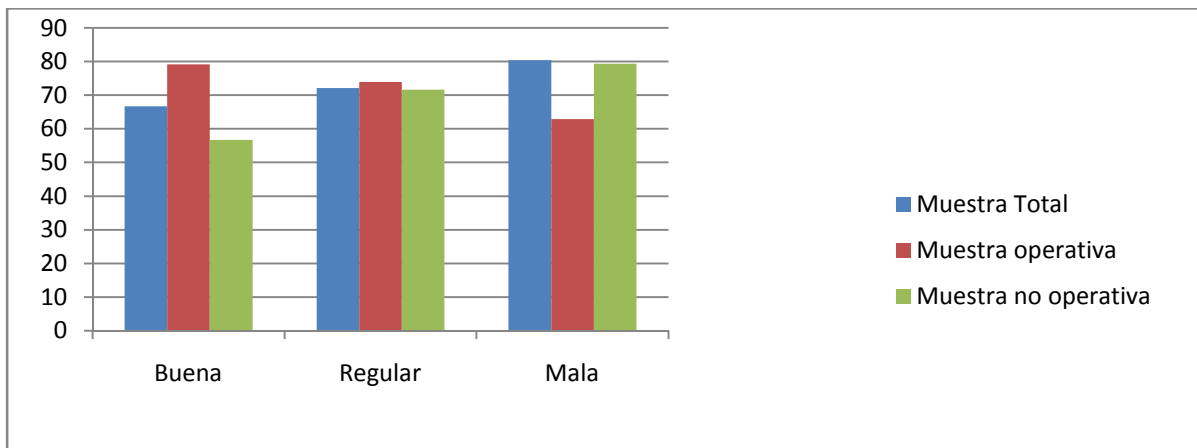


Figura 31. Puntuación media en resiliencia según la relación con sus compañeros.

En cuanto a la relación con sus jefes, la puntuación media más alta corresponde a los del grupo operativo que la considera buena: 80.1 ± 10.5 con un rango de 32-98. En el resto, la resiliencia obtiene puntuaciones algo inferiores, siendo la más baja la del grupo no operativo, aunque afirman tener una relación buena (52.8 ± 7.8 y rango de 40-58). Existen diferencias significativas en las tres muestras: total ($p=0.000$), operativa ($p=0.022$) y no operativa ($p=0.000$). (Figura 32).

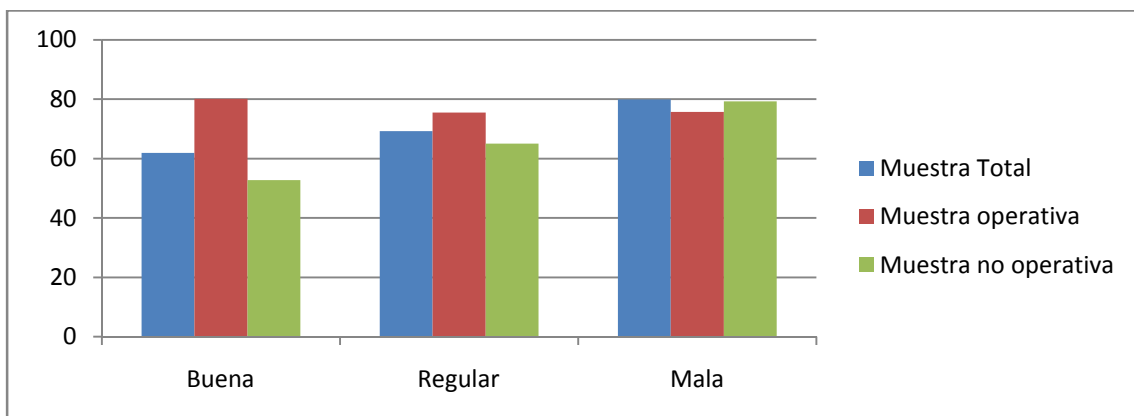


Figura 32. Puntuación media en resiliencia según la relación con los jefes.

Sobre la satisfacción laboral, la puntuación media más alta corresponde al grupo operativo que considera buena su satisfacción laboral: 79.4 ± 9.3 con un rango de 30-98. En el resto, la resiliencia obtiene puntuaciones algo inferiores, siendo la más baja la del grupo no operativo que dice que su satisfacción laboral es regular (64.0 ± 14.8 y rango de 42-92). No existe diferencias significativas en la muestra no operativa ($p=0.066$), mientras que en las muestras total y operativa sí existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.000$, $p=0.000$, respectivamente). (Figura 33).

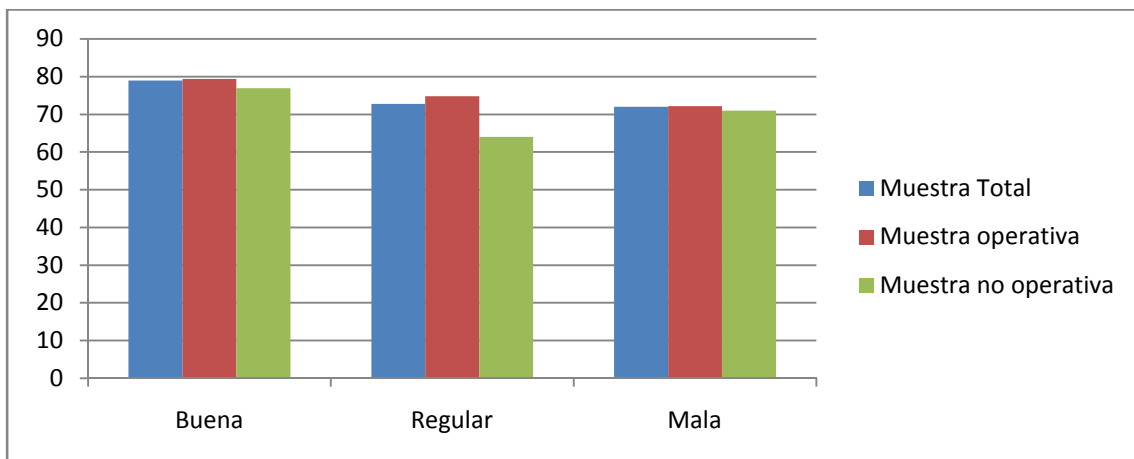


Figura 33. Puntuación media en resiliencia según la satisfacción laboral.

En la Tabla 6 se describe la relación entre resiliencia, conciliación familiar, relación con compañeros y jefes y la satisfacción sobre el trabajo.

Tabla 6. Relación entre resiliencia y las variables conciliación familiar, relación con los compañeros, relación con los jefes y satisfacción laboral.

	Total			Operativa			No operativa		
	X±DE	Rango	P*	X±DE	Rango	P*	X±DE	Rango	P*
Conciliación familiar									
Buena	77.6±11.3	30-98		78.7±10.8	30-98		71.7±8.3	40-90	
Regular	75.7±11.0	42-96	0.209	75.8±9.7	55-96	0.037	75.2±15.8	42-95	0.153
Mala	77.4±9.6	59-96		76.9±9.7	59-95		80.1±9.6	64-96	
Relación Compañeros									
Buena	66.7±14.9	30-88		79.2±9.7	32-97		56.7±10.7	40-77	
Regular	72.1±9.5	46-92	<0.0001	73.9±11.4	30-94	<0.0001	71.6±10.5	49-89	<0.0001
Mala	80.4±9.3	52-98		62.9±10.9	52-85		79.3±10.1	57-96	
Relación jefes									
Buena	61.9±13.8	32-85		80.1±10.5	32-98		52.8±7.8	40-58	
Regular	69.3±9.6	30-90	<0.0001	75.5±10.8	30-97	0.022	65.0±7.6	49-78	<0.0001
Mala	79.9±8.9	52-98		75.7±11.9	52-94		79.3±9.8	54-96	
Satisfacción trabajo									
Buena	79.0±9.4	30-98		79.4±9.3	30-98		76.9±9.9	40-96	
Regular	72.8±12.8	42-94	<0.0001	74.8±11.5	52-94	<0.0001	64.0±14.8	42-92	0.066
Mala	72.0±10.4	58-90		72.2±10.9	58-90		71.0±9.8	64-78	

* Anova

10.4. Calidad de vida relacionada con la salud

10.4.1. Salud física (PCS) y salud mental (MCS)

En el total de la muestra, la puntuación media obtenida en PCS es de 52.9 ± 6.7 , con un rango de 25.9 a 69.4. El grupo no operativo obtuvo la mayor puntuación 54.2 ± 6.6 , con rango de 34.2- 69.4 puntos.

En MCS las puntuaciones del total de la muestra son más bajas que en salud física general. La puntuación media del total de población es 50.5 ± 9.7 , con rango 13,2-70,2 puntos. La puntuación más corresponde a la muestra operativa con 51.7 ± 8.0 y rango de 22-70.2 puntos.

En la Figura 34 se puede observar la puntuación media de las tres muestras, comparándose con la población general española.

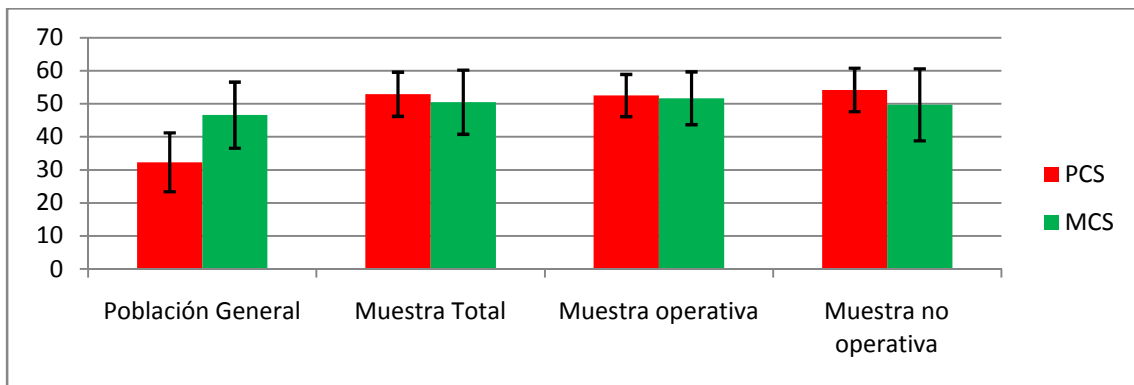


Figura 34. Puntuación de las muestras en PCS y MCS comparándola con la población general.

Los dominios que miden la PCS son salud general (GH), función física (PF), el rol físico (RP) y el dolor (BP).

Analizando los resultados (Figura 35) en relación a los distintos dominios de PCS, en GH el total de la muestra obtiene una media de 78.4 ± 17.4 y rango 20-100 puntos. El grupo operativo presenta la mayor media de puntuación con 81.0 ± 14.5 puntos y rango 20-100.

En función física (PF), tanto el total de la muestra como los grupos obtienen puntuaciones medias similares, alrededor de los 95 ± 9 puntos, con rango 5-100.

En el rol físico (RP), la media de puntuación del total es de 77.0 ± 22.7 con rango 0-100 puntos siendo la muestra no operativa la de mayor puntuación 83.6 ± 20.7 .

En el dolor (BP), la media de puntuación en el total es 66.5 ± 27.4 . La puntuación media más alta corresponde al grupo no operativo con 73.3 ± 26.0 puntos.

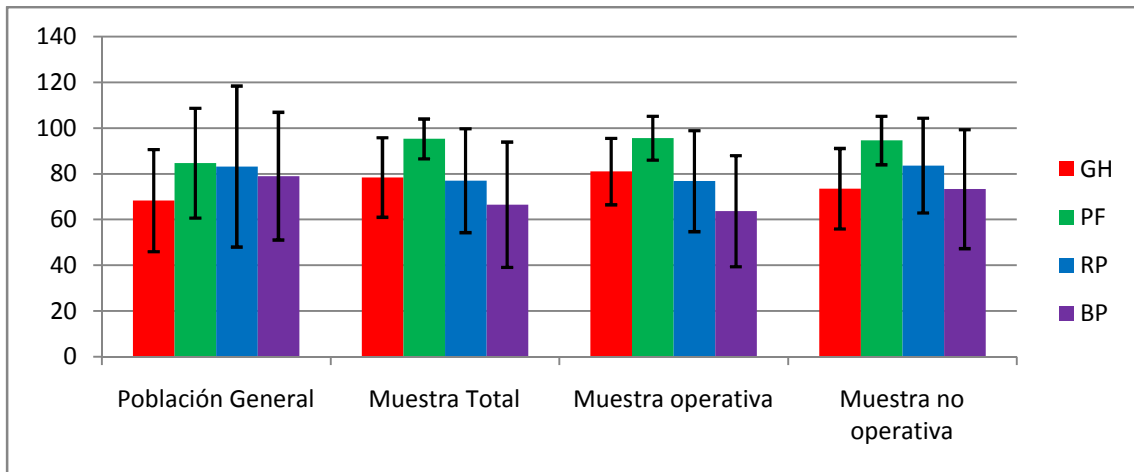


Figura 35. Puntuación en los dominios de salud física.

La MCS incluye los dominios vitalidad (VT), función social (SF), rol emocional (RE) y salud mental (MH).

En MCS la puntuación media del total de población fue 50.5 ± 9.7 , con rango 13,2-70,2 puntos, siendo la puntuación más alta la correspondiente a la muestra operativa con 51.7 ± 8.0 y rango de 22-70.2 puntos.

Atendiendo a los diferentes dominios (Figura 36) en vitalidad (VT) la puntuación media del total de la población es 65.2 ± 20.2 con rango 0-100 puntos. El grupo no operativo obtiene la máxima puntuación con 67.1 ± 20.6 puntos y rango 6,2-100 puntos.

En función social (SF) la media de puntuación en toda la muestra es 81.9 ± 21.9 y rango 0-100 puntos. En este dominio las puntuaciones son similares en los dos grupos, variando solamente los rangos de puntuación.

En el rol emocional (RE) la puntuación media del total es 85.3 ± 20.5 , siendo el grupo no operativo el que obtiene la puntuación más alta con 84.0 ± 21.8 puntos. Tanto en el total como en los dos grupos, el rango se mantiene entre 0-100 puntos.

En el dominio salud mental (MH) la media de puntuación del total es de 75.9 ± 17.4 con rango 0-100 puntos. El grupo operativo arroja la puntuación más alta con 77.9 ± 14.6 y rango 20-100 puntos.

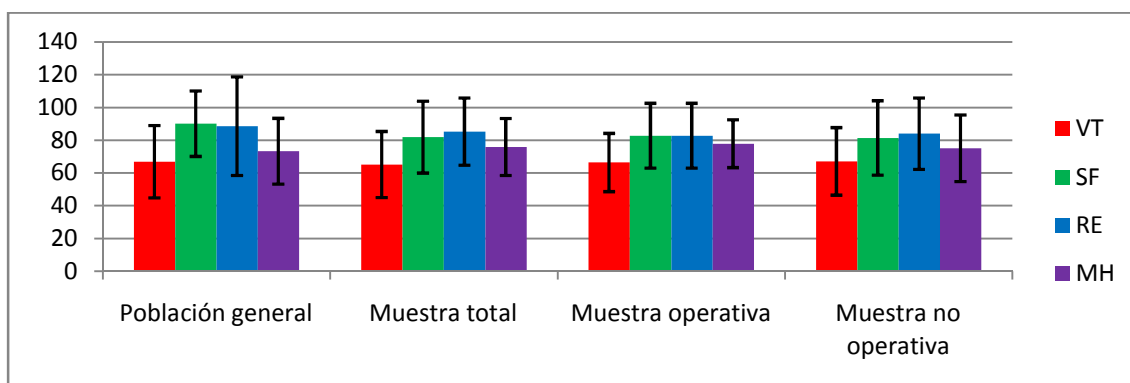


Figura 36. Puntuación en los dominios de salud mental.

En la Tabla 7 se detallan todos los valores de los dominios del test SF-36 en salud física y salud mental.

Tabla 7. Valores de CVRS detallados por dominios.

	TOTAL		OPERATIVA		NO OPERATIVA	
	X±DT	RANGO	X±DT	RANGO	X±DT	RANGO
PCS	52.9±6.7	25.9-69.4	52.5±6.4	26-64.7	54.2±6.6	34.2-69.4
GH	78.4±17.4	20-100	81.0±14.5	20-100	73.5±17.6	20-100
PF	95.3±8.7	5-100	95.6±9.6	5-100	94.6±10.6	25-100
RP	77.0±22.7	0-100	76.8±22.1	0-100	83.6±20.7	0-100
BP	66.5±27.4	0-100	63.7±24.3	0-100	73.3±26.0	0-100
MCS	50.5±9.7	13.2-70.2	51.7±8.0	22-70.2	49.7±10.9	13.2-69.4
VT	65.2±20.2	0-100	66.4±17.8	0-100	67.1±20.6	6.2-100
SF	81.9±21.9	0-100	82.8±19.8	25-100	81.4±22.7	0-100
RE	85.3±20.5	0-100	82.8±19.8	25-100	84.0±21.8	0-100
MH	75.9±17.4	0-100	77.9±14.6	25-100	75.1±20.3	20-100

10.5. Relación entre las variables sociodemográficas y militares y la CVRS.

10.5.1. CVRS y género

En distribución por género de la población estudiada, el total de hombres obtiene una puntuación media en PCS de 52.8 ± 6.4 puntos con un rango de 25.95-64.65 puntos, mientras que en las mujeres es de 53.1 ± 6.9 con un rango de 34.63-60.76 puntos. La puntuación más alta corresponde a las mujeres del grupo no operativo con 54.8 ± 6.0 puntos (Figura 37).

En MCS los hombres (51.8 ± 7.9) y las mujeres (50.2 ± 9.8) operativos alcanzan las mayores puntuaciones (Figura 37).

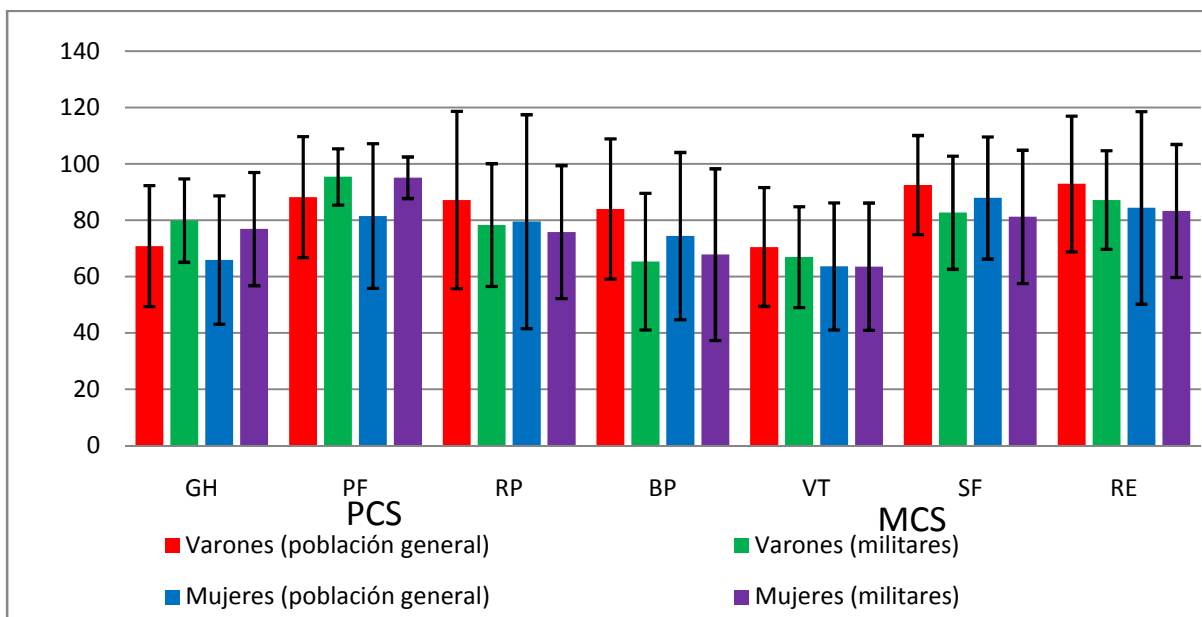


Figura 37. Valores globales en PCS y MCS según distribución por género.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las medias de PCS global entre hombres y mujeres, ni entre los grupos operativo y no operativo.

Por dominios específicos, en GH son los hombres (73.6 ± 17.5) y las mujeres (75.4 ± 15.9) no operativos los que obtienen las puntuaciones más bajas. Las otras dos muestras presentan valores similares en hombres. En la muestra no operativa existe diferencias estadísticamente significativas.

En PF los hombres de la muestra no operativa muestran puntuación media más baja (94.6 ± 10.6). Las mujeres de toda la población son las que puntúan más bajo (95.1 ± 7.4).

En RP los hombres (83.6 ± 20.6) y las mujeres (84.3 ± 20.3) no operativos obtienen las puntuaciones más altas. En BP los hombres (73.3 ± 25.9) y las mujeres (74.3 ± 25.8) no operativos los que obtienen las puntuaciones medias más altas.

Analizando los distintos dominios correspondientes a MCS, en VT las mujeres no operativas presentan la puntuación media más alta (67.4 ± 19.2) mientras que los hombres presentan valores similares en las tres muestras.

En cuanto a SF las mujeres operativas presentan la puntuación media más alta (84.0 ± 19.9). Los hombres no operativos presentan los valores más bajos (81.4 ± 22.6). En RE las mujeres operativas presentan la puntuación media más alta (86.0 ± 21.3). Los hombres no operativos presentan los valores más bajos (84.0 ± 21.7). Existiendo diferencias estadísticamente significativas en la muestra no operativa.

En MH las mujeres presentan valores similares en las tres muestras, mientras que los hombres no operativos presentan los valores más bajos (75.1 ± 20.2). No existen diferencias estadísticamente significativas entre los dominios de salud mental y el género.

En la Tabla 8 se detallan todos los valores en el análisis de la relación entre CVRS y género.

Tabla 8. Valores de los dominios de salud física y salud mental según el género.

	Total			Operativa			No operativa		
	X±DT	Rango	P*	X±DT	Rango	P*	X±DT	Rango	P*
PCS									
varón	52.8±6.4	25.95-64.65	0.783	52.4±6.4	29.95-64.65	0.665	54.4±6.5	34.25-69.38	0.629
mujer	53.1±6.9	34.63-60.76		53.0±6.9	34.63-60.76		53.2±7.1	37.69-60.18	
GH									
varón	79.9±14.8	35-100	0.268	81.1±14.1	35-100	0.568	73.8±16.7	20-100	0.019
mujer	76.9±20.1	20-100		79.4±18.9	20-100		72.3±22.1	40-100	
PF									
varón	95.4±10.0	5-100	0.871	95.5±9.8	5-100	0.982	94.7±11.0	25-100	0.896
mujer	95.1±7.4	80-100		95.6±6.5	80-100		94.2±9.1	70-100	
RP									
varón	78.3±21.8	0-100	0.510	76.9±21.9	0-100	0.632	84.8±20.4	0-100	0.236
mujer	75.8±23.6	25-100		74.7±24.6	25-100		77.9±22.2	50-100	
BP									
varón	65.3±24.3	0-100	0.557	63.4±23.8	0-100	0.440	74.3±24.8	0-100	0.249
mujer	67.8±30.5	0-100		67.4±30.4	0-100		68.6±32.0	10-100	
MCS									
varón	51.5±8.4	27.05-70.24	0.156	51.8±7.9	27.05-70.24	0.320	50.1±10.5	13.24-69.41	0.073
mujer	49.4±10.9	22.01-62.48		50.2±9.8	22.01-62.48		48.0±13.1	28.35-62.21	
VT									
varón	66.9±17.9	0-100	0.278	66.7±17.4	0-100	0.318	67.7±20.2	6.25-100	0.482
mujer	63.5±22.6	18.75-100		63.0±22.8	18.75-100		64.4±23.0	18.75-100	
SF									
varón	82.7±20.1	25-100	0.672	82.7±19.9	25-100	0.765	82.6±21.1	12.5-100	0.236
mujer	81.2±23.7	25-100		84.0±19.9	25-100		75.9±29.9	0-100	
RE									
varón	87.2±17.5	25-100	0.207	87.6±16.8	25-100	0.643	85.2±20.5	0-100	0.011
mujer	83.3±23.6	33.33-100		86.0±21.3	33.33-100		78.2±27.5	41.67-100	
MH									
varón	77.7±15.4	20-100	0.192	78.2±14.2	20-100	0.186	75.3±20.1	20-100	0.467
mujer	74.2±19.4	35-100		74.2±18.3	35-100		74.2±22.1	40-100	

*T-Student

10.5.2. Estado civil

Analizando la CVRS y su relación con el estado civil de la población, en el total de la muestra, la media de puntuación en PCS es de 52.7 ± 6.6 puntos con un rango de 25.95-64.54 puntos para los que no viven en pareja y de 52.9 ± 6.4 puntos con un rango de 32.16-69.38 puntos para los que viven en pareja.

La puntuación más alta corresponde a los no operativos sin pareja (54.8 ± 4.6 puntos).

En MCS global, la media de puntuación es de 51.9 ± 8.0 y rango de 26.56-70.24 puntos para los que no viven en pareja y de 50.9 ± 9.1 con un rango de 13.24-69.41 puntos para los que viven en pareja. La puntuación más alta es la del grupo operativo sin pareja (51.9 ± 7.8 puntos) (Figura 38).

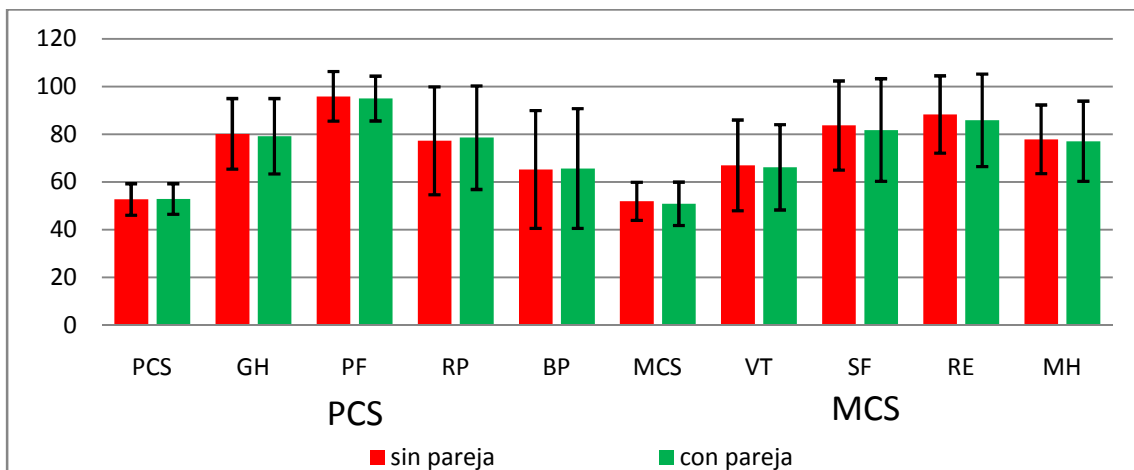


Figura 38. Puntuaciones globales en PCS y MCS según el estado civil.

Estudiando los dominios de salud física por separado, se observa que en GH, tanto los que no viven en pareja (81.5 ± 13.9 puntos) como los que viven en pareja (80.6 ± 15.0 puntos) del grupo operativo obtienen las puntuaciones más altas.

En PF, los no operativos sin pareja obtienen la mayor puntuación (96.6 ± 5.2 puntos), seguidos de los del grupo operativo con pareja (95.1 ± 8.5 puntos).

En RP, los no operativos, tanto si viven en pareja (81.9 ± 22.1 puntos) como si no (81.9 ± 22.1 puntos), obtienen las puntuaciones mayores.

En BP ocurre lo mismo que en RP. Las puntuaciones más altas corresponden a los no operativos que no viven en pareja (78.2 ± 20.5 puntos) como los que viven en pareja (71.2 ± 28.0 puntos).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones en PCS y el vivir en pareja o no.

En la Tabla 9 se detallan todos los resultados obtenidos al relacionar la PCS con el estado civil. Analizando las dimensiones que componen la MCS, en VT, los no operativos sin pareja obtienen la puntuación mayor (70.4 ± 20.2 puntos), seguidos de los operativos también sin pareja (66.4 ± 17.2 puntos).

En SF, los operativos con pareja obtienen la mayor puntuación (70.4 ± 20.2 puntos), el resto de grupos obtienen puntuaciones similares.

En RE, los operativos con pareja obtienen la puntuación mayor (88.4 ± 16.1 puntos) seguidos de los no operativos sin pareja (87.5 ± 17.2 puntos).

En MH, los no operativos sin pareja obtienen la puntuación mayor (78.1 ± 15.2 puntos), seguidos de los operativos con pareja (78.1 ± 15.2 puntos). El resto de individuos obtiene puntuaciones similares entre ellos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la MCS y el vivir en pareja o no.

En la Tabla 9 se detallan todos los resultados obtenidos al relacionar la MCS con el estado civil.

Tabla 9. Valores de los dominios de salud física y salud mental según si viven en pareja o no.

	TOTAL			OPERATIVA			NO OPERATIVA		
	X±DT	Rango	P*	X±DT	Rango	P*	X±DT	Rango	P*
PCS									
No pareja	52.7±6.6	25.95-64.54	0.731	52.3±6.8	29.95-64.54	0.690	54.8±4.6	46-62.92	0.599
Si pareja	52.9±6.4	32.16-69.38		52.6±6.1	32.16-64.65		53.9±4.3	34.25-69.38	
GH									
No pareja	80.2±14.8	20-100	0.526	81.5±13.9	20-100	0.616	72.4±18.1	37-100	
Si pareja	79.2±15.8	20-100		80.6±15.0	35-100		74.1±17.6	20-100	0.709
PF									
No pareja	95.9±10.4	5-100	0.377	95.8±11.0	5-100	0.695	96.6±5.2	80-100	0.298
Si pareja	95.0±9.4	25-100		95.1±8.5	60-100		93.7±12.2	25-100	
RP									
No pareja	77.3±22.6	0-100	0.563	75.6±22.9	0-100	0.423	87.5±16.9	50-100	0.298
Si pareja	78.6±21.7	0-100		77.6±21.5	12.5-100		81.9±22.1	0-100	
BP									
No pareja	65.3±24.7	0-100	0.893	63.3±24.7	0-100	0.756	78.2±20.5	41-100	0.298
Si pareja	65.7±25.1	0-100		64.1±24.1	0-100		71.2±28.0	0-100	
MCS									
No pareja	51.9±8.0	26.56-70.24	0.304	51.9±7.8	31.54-70.24	0.618	51.4±9.3	26.56-62.21	0.402
Si pareja	50.9±9.1	13.24-69.41		51.5±8.2	22.01-63.71		49.1±11.5	13.24-69.41	
VT									
No pareja	67.0±19.0	0-100	0.676	66.5±18.8	0-100	0.961	70.4±20.2	12.5-100	0.373
Si pareja	66.2±17.9	6.25-100		66.4±17.2	12.5-100		65.7±20.8	6.25-100	
SF									
No pareja	83.7±18.7	25-100	0.365	83.7±18.5	25-100	0.484	83.5±20.9	37.5-100	0.609
Si pareja	81.8±21.5	0-100		82.2±20.8	25-100		80.5±23.6	0-100	
RE									
No pareja	88.3±16.2	41.67-100	0.217	88.4±16.1	41.67-100	0.451	87.5±17.2	50-100	0.375
Si pareja	85.9±19.4	0-100		86.9±18.0	25-100		82.5±23.5	0-100	
MH									
No pareja	77.9±14.4	30-100	0.640	77.7±13.8	40-100	0.813*	78.8±17.5	30-100	0.308
Si pareja	77.1±16.8	20-100		78.1±15.2	20-100		73.6±21.3	20-100	

*T-Student.

10.5.3. Nivel de estudios

En cuanto al nivel de estudios, la puntuación media global de PCS es de 54.9 ± 5.9 puntos con rango 35.9-65.1 puntos para los que cursaron estudios universitarios; de 53.1 ± 6.7 puntos y rango 25.9-61.9 puntos para los que tienen el Certificado Escolar/ESO; de 53.1 ± 5.8 puntos para los de FP y rango 32.2-61.7 puntos; de 52.5 ± 6.9 puntos con rango 32.3-69.4 puntos para los que estudiaron hasta bachillerato. La puntuación media más alta corresponde a los universitarios no operativos (56.2 ± 5.3 puntos).

La puntuación media global en MCS según el nivel de estudios es de 53.2 ± 9.3 rango 28.3-69.4 puntos para los de Certificado Escolar/ESO; de 50.5 ± 8.2 puntos rango 22.0-63.3 puntos para los de FP; universitarios 50.5 ± 8.3 rango 34.8-63.7 puntos; y 49.2 ± 10.8 puntos rango 13.2-70.2 para los de bachillerato. La puntuación más alta corresponde al grupo no operativo con Certificado Escolar /ESO (54.2 ± 10.9 puntos). (Figura 39).

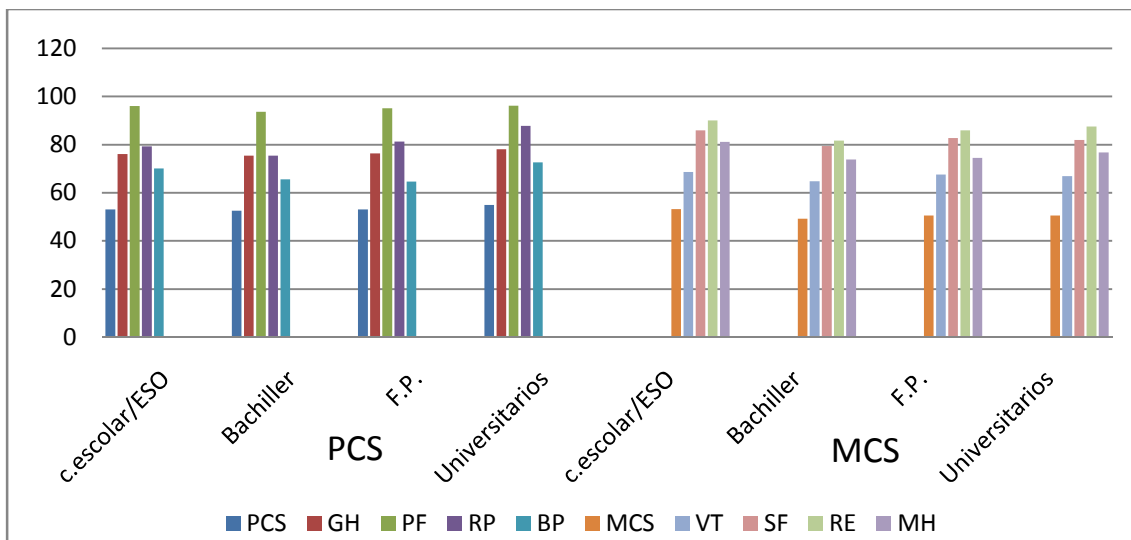


Figura 39. Puntuaciones globales en PCS y MCS según el nivel de estudios.

Fragmentada la PCS por dominios, en GH los que obtienen mayor puntuación son los operativos con estudios de FP (82.1 ± 13.5 puntos) seguidos de los no operativos con Certificación Escolar/ESO (81.5 ± 14.8 puntos) y Universitarios operativos.

En PF los que obtienen mayores puntuaciones son los operativos universitarios (96.5 ± 7.2 puntos) y los no operativos con Certificado Escolar/ESO (96.3 ± 7.4 puntos). En los demás grupos y estudios las puntuaciones son similares.

En RP los que obtienen mayor puntuación son los no operativos universitarios con 92.8 ± 12.0 puntos, seguidos de los que tienen Certificado Escolar/ESO (85.4 ± 20.2 puntos). El resto de grupos y estudios obtienen puntuaciones que van desde los 81.7 ± 18.7 puntos de los no operativos con FP a los 73.9 ± 21.4 puntos de los operativos con Bachillerato.

En BP la mayor puntuación corresponde a los no operativos universitarios, con 82.3 ± 18.4 puntos. En el resto de grupos y estudios las puntuaciones van desde los 74.9 ± 27.7 puntos de los no operativos con Certificado Escolar/ESO a los 58.5 ± 23.1 puntos de los operativos con bachillerato.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos estudios y los dominios siguientes: en la muestra total se da en RP ($p=0.048$) y en los operativos se da en RP ($p=0.014$) y BP ($p=0.040$).

Analizada la MCS por dominios, en VT son los no operativos con Certificado Escolar/ESO los que tienen la mayor puntuación (71.2 ± 21.3 puntos). El resto de grupos y estudios obtienen puntuaciones medias que van desde los 70.1 ± 19.6 puntos en los universitarios del grupo no operativo hasta los 63.5 ± 23.0 puntos de los no operativos con estudios de bachillerato.

En SF obtienen mayores puntuaciones los no operativos con Certificado Escolar/ESO (89.2 ± 26.6 puntos). En el resto de grupos y estudios las medias de puntuaciones se encuentran entre los operativos con FP (85.3 ± 18.4 puntos) y los no operativos con bachillerato (78.4 ± 23.8 puntos).

En RE la puntuación más alta es de los no operativos (92.2 ± 20.5 puntos); el resto se encuentra entre los 89.4 ± 16.3 puntos de los universitarios operativos y los 78.8 ± 24.7 puntos de los no operativos con bachillerato.

En MH son los no operativos con Certificado Escolar/ESO (83.3 ± 16.9 puntos) los que muestran puntuaciones más altas. En el resto, las puntuaciones van desde los 79.0 ± 14.4 puntos de los operativos con Certificado Escolar a los 70.8 ± 24.7 puntos correspondientes a los no operativos con bachillerato.

En la Tabla 10 se detallan todos los resultados obtenidos al relacionar la PCS y MCS con el nivel de estudios.

Tabla 10. Valores de los dominios de salud física y salud mental según el nivel de estudio.

	X±DT	Total Rango	P*	X±DT	Operativa Rango	P*	X±DT	No Operativa Rango	P*
PCS									
C. esc/ESO	53.1±6.7	25.9-61.9		51.9±7.0	25.9-61.9		54.3±6.3	38.7-60.2	
BUP	52.5±6.9	32.3-69.4	0.299	51.7±6.3	32.3-64.5	0.128	53.4±7.6	34.2-69.4	0.407
FP	53.1±5.8	32.2-61.7		53.5±5.4	32.2-61.8		52.7±6.2	43.5-60.7	
UNIV.	54.9±5.9	35.9-65.1		53.6±6.5	35.9-64.6		56.2±5.3	44.3-65.1	
GH									
C. esc/ESO	76.1±14.9	20-100		79.7±15.0	20-100		81.5±14.8	50-97	
BUP	75.4±15.6	25-100	0.458	81.2±15.1	35-100	0.724	69.7±16.1	25-97	0.193
FP	76.4±13.6	45-100		82.1±13.5	45-100		70.6±13.7	47-87	
UNIV.	78.1±18.4	20-100		81.5±14.2	42-100		74.6±22.6	20-100	
PF									
C. esc/ESO	96.0±8.0	45-100		95.7±8.6	45-100		96.3±7.4	75-100	
BUP	93.7±13.9	5-100	0.692	94.6±12.6	5-100	0.653	92.9±15.3	25-100	0.732
FP	95.1±7.6	60-100		95.9±7.6	60-100		94.3±7.5	75-100	
UNIV.	96.2±6.8	70-100		96.5±7.2	70-100		95.8±6.5	80-100	
RP									
C. esc/ESO	79.3±22.1	0-100		73.3±23.8	0-100		85.4±20.2	50-100	
BUP	75.4±23.2	0-100	0.048	73.9±21.4	12.5-100	0.014	76.9±25.1	0-100	0.082
FP	81.3±19.5	12.5-100		80.9±20.2	12.5-100		81.7±18.7	50-100	
UNIV.	87.8±16.6	18.75-100		82.8±21.1	18.7-100		92.8±12.0	62.5-100	
BP									
C. esc/ESO	70.1±27.3	0-100		65.3±26.9	0-100		74.9±27.7	22-100	
BUP	65.6±25.2	0-100	0.082	58.5±23.1	0-100	0.040	72.7±27.3	0-100	0.124
FP	64.6±24.6	10-100		68.7±21.3	22-100		60.4±27.9	10-100	
UNIV.	72.6±21.4	22-100		62.9±24.3	22-100		82.3±18.4	51-100	
MCS									
C. esc/ESO	53.2±9.3	28.3-69.4		52.1±7.6	29.8-64.3		54.2±10.9	28.3-69.4	
BUP	49.2±10.8	13.2-70.2	0.321	51.0±9.1	27.0-70.2	0.380	47.4±12.5	13.2-62.2	0.262
FP	50.5±8.3	22.0-63.3		52.7±7.3	22.0-63.3		48.3±9.1	31.6-59.5	
UNIV.	50.5±8.2	34.8-63.7		50.7±7.4	34.9-63.7		50.4±9.0	34.8-62.2	
VT									
C. esc/ESO	68.6±19.9	0-100		66.0±18.6	0-100		71.2±21.3	18.7-100	
BUP	64.8±20.3	6.25-100	0.443	65.6±17.4	12.5-100	0.280	63.5±23.0	6.2-100	0.606
FP	67.6±17.5	12.5-100		69.6±18.1	12.5-100		65.6±16.7	37.5-100	
UNIV.	66.9±18.1	18.75-100		63.8±16.5	25-100		70.1±19.6	18.7-100	
SF									
C. esc/ESO	85.9±24.2	0-100		82.8±21.6	25-100		89.2±26.6	0-100	
BUP	79.4±21.6	12.5-100	0.493	80.5±19.3	25-100	0.462	78.4±23.8	12.5-100	0.524
FP	82.8±19.2	25-100		85.3±18.4	25-100		80.3±20.0	50-100	
UNIV.	81.9±19.8	25-100		83.7±19.4	25-100		80.3±22.7	37.5-100	
RE									
C. esc/ESO	90.1±18.6	33.33-100		88.0±16.6	33.3-100		92.2±20.5	41.7-100	
BUP	81.7±21.9	0-100	0.263	84.6±19.2	25-100	0.228	78.8±24.7	0-100	0.298
FP	86.0±18.7	33.33-100		89.3±15.5	33.3-100		82.7±21.7	41.7-100	
UNIV.	87.5±17.1	41.67-100		89.4±16.3	41.7-100		85.5±17.7	41.7-100	
MH									
C. esc/ESO	81.2±15.7	35-100		79.0±14.4	35-100		83.3±16.9	40-100	
BUP	73.9±20.2	20-100	0.125	77.0±15.7	20-100	0.125	70.8±24.7	20-100	0.125
FP	74.5±15.1	35-100		80.0±13.8	35-100		68.9±16.4	40-100	
UNIV.	76.7±15.1	40-100		74.2±13.6	40-100		79.2±16.6	45-100	

*Anova

10.5.4. Variables laborales: empleo

Por empleos, la puntuación media más alta en PCS de toda la población estudiada corresponde a los oficiales con 55.4 ± 5.0 puntos, seguido de los suboficiales (53.2 ± 6.1 puntos) y la tropa 52.5 ± 6.6 puntos. En el grupo de suboficiales operativos se encuentran diferencias estadísticamente significativa ($p=0.049$).

La puntuación media más alta en MCS es de los suboficiales (53.2 ± 7.2 puntos) y la más baja se da en la tropa (50.8 ± 9.0 puntos). De nuevo en los suboficiales operativos se encuentran diferencias estadísticamente significativa ($p=0.008$). (Figura 40).

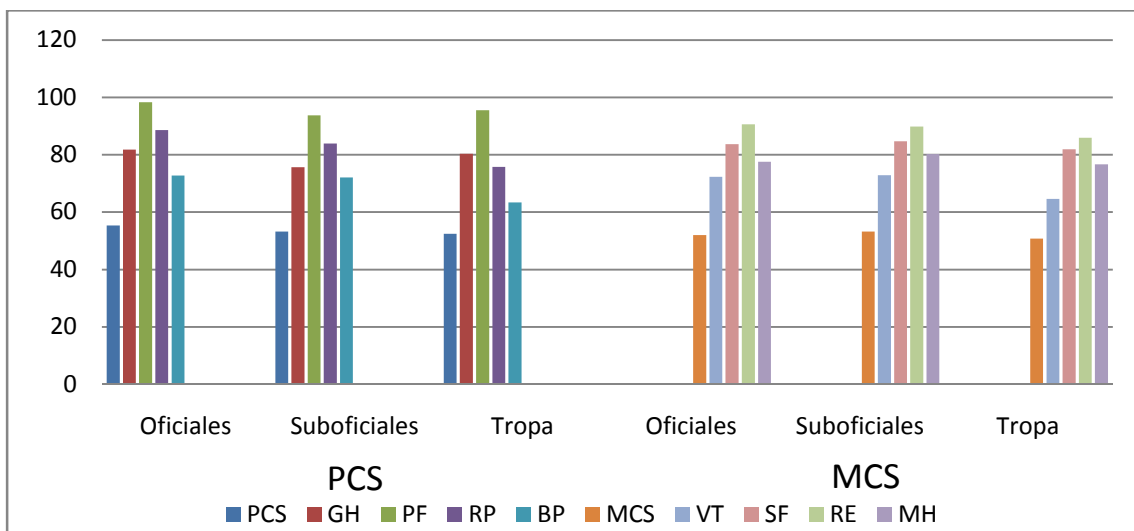


Figura 40. Valores en PCS y MCS según el empleo en la muestra total.

Analizando la PCS por dominios específicos, en GH la puntuación más alta es la de los oficiales no operativos (82.4 ± 18.1 puntos) seguidos por los oficiales de la muestra total (81.8 ± 13.0 puntos) y los oficiales operativos (81.5 ± 10.9 puntos). Se encuentra diferencia estadísticamente significativa en la muestra operativa ($p = 0.033$).

En PF el valor más alto corresponde a los oficiales operativos (99.1 ± 2.1 puntos) y los oficiales de la muestra total (98.3 ± 4.4 puntos). En el resto de grupos y empleos, los valores van desde los 96.4 ± 7.4 puntos de los oficiales no operativa a los 90.7 ± 16.5 de los suboficiales no operativos. Se encuentra diferencias estadísticamente significativa en la muestra no operativa ($p = 0.046$).

En RP, los oficiales de la muestra operativa (88.7 ± 12.9 puntos) y de la total (88.6 ± 13.4 puntos) obtienen las mayores puntuaciones. La puntuación más baja corresponde a la tropa operativa (74.5 ± 22.9 puntos). Se ha encontrado diferencias estadísticamente significativa en RP en la muestra total ($p = 0.001$).

En BP son los oficiales no operativos los de mayor puntuación (81.6 ± 19.8 puntos) seguidos de la tropa no operativa (73.3 ± 28.8 puntos). El resto de puntuaciones se distribuye entre los suboficiales operativos (72.7 ± 25.2 puntos) y la tropa operativa (61.6 ± 24.0 puntos). Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la muestra total ($p = 0.010$) y la operativa ($p = 0.001$).

La MCS analizada por dominios muestra que en VT la puntuación mayor es obtenida por los oficiales no operativos (75.9 ± 7.6 puntos), seguidos por los suboficiales operativos (75.2 ± 14.2 puntos). La tropa presenta valores similares en los distintos grupos. Se encuentran diferencias estadísticamente significativa en la muestra total ($p = 0.001$) y la operativa ($p = 0.000$).

En SF el grupo con puntuación más alta es el de los oficiales no operativos (85.7 ± 15.2 puntos), similar al de los oficiales operativos (85.0 ± 19.2 puntos). El resto de grupos presentan valores aproximados a estos.

Respecto a RE los suboficiales operativos son los de mayor puntuación (92.8 ± 11.9 puntos). El resto de grupos oscila entre los 91.7 ± 15.2 puntos de los oficiales no operativos y los 82.9 ± 19.6 puntos de los suboficiales no operativos. Existen diferencia estadísticamente significativas en el grupo operativos ($p=0.040$).

En cuanto a MH, los oficiales no operativos (87.1 ± 8.1 puntos) y los suboficiales operativos (82.5 ± 11.4 puntos) tienen los valores mayores. En el resto de grupos los valores van desde los 80.3 ± 14.9 puntos de los suboficiales de la muestra total a los 73.4 ± 21.1 puntos de la tropa no operativos. Se halló diferencias estadísticamente significativas en la muestra operativa ($p=0.029$).

En la tabla 11 se muestran todos los valores obtenidos en PCS y MCS por empleo.

Tabla 11. Descripción de los valores en los dominios de PCS y MCS según el empleo militar.

	X±DT	Total Rango	P*	X±DT	Operativa Rango	P*	X±DT	No Operativa Rango	P*
PCS									
Oficiales	55.4±5.0	46.8-64.6		55.5±5.2	47.3-64.6		55.3±4.9	46.8-62.6	
Suboficiales	53.2±6.1	34.2-64.5	0.095	53.6±5.9	40.8-64.5	0.049	52.2±6.7	34.2-61.3	0.290
Tropa	52.5±6.6	25.9-69.4		52.1±6.5	25.9-63.6		54.9±6.7	37.7-69.4	
GH									
Oficiales	81.8±13.0	47.0-100		81.5±10.9	62-100		82.4±18.1	47-100	
Suboficiales	75.7±18.2	20.0-100	0.055	79.6±15.3	35-100	0.033	66.1±21.1	20-97	0.366
Tropa	80.4±14.8	20.0-100		81.2±14.6	20-100		75.6±14.8	40-100	
PF									
Oficiales	98.3±4.4	80.0-100		99.1±2.1	95-100		96.4±7.4	80-100	
Suboficiales	93.8±11.8	25.0-100	0.145	95.1±9.1	70-100	0.769	90.7±16.5	25-100	0.046
Tropa	95.5±9.6	5.0-100		95.4±9.9	5-100		96.1±6.7	70-100	
RP									
Oficiales	88.6±13.4	62.5-100		88.7±12.9	68.75-100		88.4±15.4	62.5-100	
Suboficiales	83.9±17.1	50.0-100	<0.0001	84.6±16.5	50-100	0.321	82.4±18.7	50-100	0.143
Tropa	75.8±23.1	0.0-100		74.5±22.9	0-100		83.4±22.5	0-100	
BP									
Oficiales	72.8±20.6	41.0-100		68.9±20.2	41-100		81.6±19.8	51-100	
Suboficiales	72.1±24.0	10.0-100	0.010	72.7±25.2	10-100	<0.0001	70.5±21.2	22-100	0.806
Tropa	63.4±25.1	0.0-100		61.6±24.0	0-100		73.3±28.8	0-100	
MCS									
Oficiales	52.0±7.4	36.1-62.3		50.8±8.1	36.1-62.3		54.8±5.0	46.6-60.0	
Suboficiales	53.2±7.2	32.0-63.3	0.105	54.4±5.8	32.3-63.3	0.008	50.3±9.2	32.0-62.2	0.630
Tropa	50.8±9.0	13.2-70.2		51.2±8.3	22.0-70.2		48.7±12.9	13.2-69.4	
VT									
Oficiales	72.3±8.4	56.2-87.5		70.7±8.4	56.2-87.5		75.9±7.6	62.5-87.5	
Suboficiales	72.9±17.2	18.7-100	<0.0001	75.2±14.2	43.7-100	<0.0001	67.3±22.3	18.7-100	0.486
Tropa	64.6±18.8	0.0-100		64.4±18.4	0-100		65.8±21.1	6.2-100	
SF									
Oficiales	83.7±18.2	37.5-100		82.8±19.8	37.5-100		85.7±15.2	62.5-100	
Suboficiales	84.7±19.4	25.0-100	0.576	85.0±19.2	25-100	0.691	83.9±20.2	37.5-100	0.679
Tropa	81.9±20.8	0.0-100		82.4±20.0	25-100		79.6±24.9	0-100	
RE									
Oficiales	90.6±14.7	58.3-100		90.1±14.9	58.3-100		91.7±15.2	58.3-100	
Suboficiales	89.9±15.1	41.7-100	0.142	92.8±11.9	50-100	0.040	82.9±19.6	41.7-100	0.627
Tropa	85.9±19.0	0.0-100		86.3±18.1	25-100		83.3±23.7	0-100	
MH									
Oficiales	77.6±12.0	50.0-95.0		73.4±11.2	50-90		87.1±8.1	75-95	
Suboficiales	80.3±14.9	80.3-100	0.213	82.5±11.4	45-100	0.029	75.0±20.6	25-100	0.250
Tropa	76.7±16.3	76.7-100		77.3±15.2	20-100		73.4±21.1	20-100	

*Anova.

10.5.5. Antigüedad en las FAS

Los resultados sobre la variable “antigüedad” se han agrupado en tres intervalos: de menos de 1 año a 3 años en las FAS; de 4 años a 8 años y más de 8 años.

La puntuación media más alta en PCS de toda la población estudiada corresponde al personal que llevaba en las FAS entre <1 y 3 años de la muestra no operativa (57.6±7.0 puntos), seguido con una antigüedad de 4 a 8 años (54.5±4.5 puntos) . La puntuación más baja la encontramos en el personal con una antigüedad con <1 a 3 años (51.4±5.7 puntos).

La puntuación media más alta en MCS se encuentra en los militares que tienen una antigüedad entre <1 y 3 años en la muestra no operativa (54.7±4.6 puntos). La más baja se da con una antigüedad de más de 8 años en la muestra no operativa (49.4±11.4 puntos).

En la Figura 41 podemos ver los valores en PCS y MCS en la muestra total.

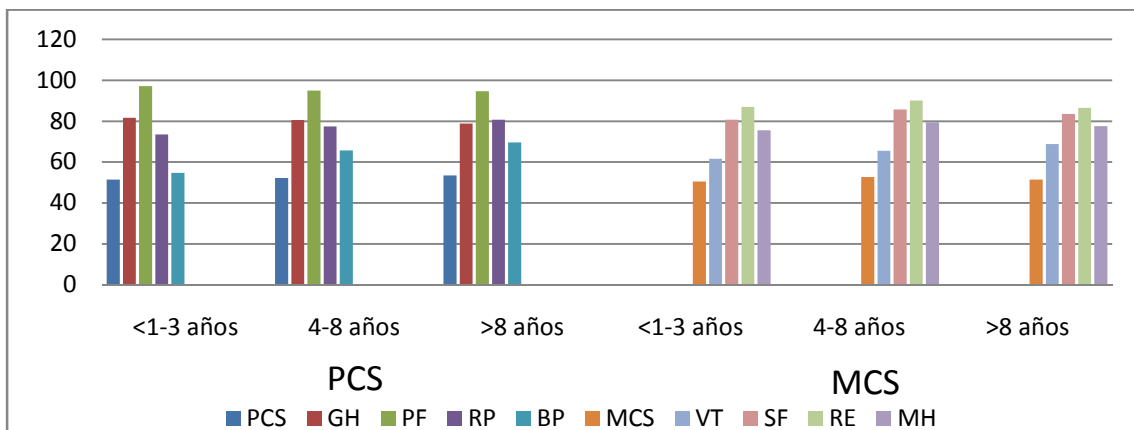


Figura 41. Valores en PCS y MCS según la antigüedad en las FAS en la muestra total.

En cuanto en GH los valores mayores se dan en el personal que tiene entre <1-3 años (88.5 ± 16.2) correspondiente a los no operativos. El resto de puntuaciones son similares en las distintas muestras, independientemente de la antigüedad, entre los 73.6 ± 18.3 puntos y los 81.7 ± 14.6 puntos.

En relación a PF todos los valores en los distintos años son similares en todas las muestras, oscilando entre los 94.1 ± 11.3 puntos a los 97.2 ± 4.9 puntos.

Acerca de RP, los valores mayores se encuentran entre los individuos del grupo no operativo que llevan 4-8 años en el ejército (94.6 ± 9.3 puntos). Le sigue el personal con antigüedad <1-3 años (87.5 ± 17.7 puntos). La puntuación más baja es la del personal operativo que lleva <1-3 años en el ejército.

Respecto a BP, las puntuaciones mayores se dan en personas del grupo no operativo que tienen una antigüedad de <1-3 años (92.0 ± 11.3 puntos), seguidos de los de antigüedad 4-8 años (82.7 ± 5.7 puntos). El resto de las puntuaciones oscilan entre los 54.1 ± 19.8 puntos y los 70.7 ± 26.8 puntos independientemente de la antigüedad y la muestra.

En cuanto a VT todos los valores son similares en todas las muestras, excepto entre los militares no operativos de antigüedad <1-3 años, que obtienen mayores puntuaciones (81.2 ± 8.8).

Acerca de SF todos los valores en los distintos años son similares en todas las muestras, excepto los individuos no operativos de <1-3 años, que obtienen mayores puntuaciones (93.7 ± 8.8). Las puntuaciones más bajas corresponden a los no operativos del grupo 4-5 años ($79.4.0 \pm 8.6$).

Respecto a RE todos los valores en los distintos años de antigüedad son similares en todas las muestras. Destacar que la muestra no operativa con antigüedad 4-8 años, obtiene más alta (94 ± 6.7 puntos).

En relación a MH todos los valores son similares en las diferentes antigüedades en todas las muestras, excepto entre los no operativos con una antigüedad comprendida entre <1-3 años tienen las mayores puntuaciones (85.0 ± 7.1 puntuaciones).

Existen diferencias estadísticamente significativas entre la antigüedad y los dominios siguientes: en la muestra total se da en PCS ($p=0.002$), RP ($p=0.001$), BP ($p=0.000$) y VT ($p=0.000$); en los operativos se da en PCS ($p=0.002$), RP ($p=0.003$), BP ($p=0.000$), MCS ($p=0.044$), VT ($p=0.000$), SF ($p=0.027$) y MH ($p=0.026$).

En la Tabla 12 se muestran todos los valores obtenidos en PCS y MCS según la antigüedad en las FAS.

Tabla 12. Descripción de los valores en los dominios de PCS y MCS según la antigüedad en las FAS.

	X±DT	Total Rango	P*	X±DT	Operativa Rango	P*	X±DT	No Operativa Rango	P*
PCS									
< 1-3 años	51.5±5.8	35.9-63.6		51.4±5.7	35.9-63.6		57.6±7.0	52.7-62.6	
4-8 años	52.5±6.4	25.9-63.6	0.002	52.1±6.4	25.9-62.8	0.002	54.5±4.5	51.7-63.6	0.527
> 8 años	53.5±6.5	32.2-69.4		53.4±6.4	32.2-64.6		53.8±6.8	34.2-69.4	
GH									
< 1-3 años	81.7±14.6	20-100		81.5±14.6	20-100		88.5±16.2	77-100	
4-8 años	80.5±14.5	35-100	0.229	81.8±13.6	35-100	0.191	80.6±4.5	47-77	0.298
> 8 años	79.4±14.9	20-100		81.1±14.2	35-100		73.6±18.3	20-100	
PF									
< 1-3 años	97.2±4.9	65-100		97.2±4.9	65-100		95.0±7.1	90-100	
4-8 años	94.9±8.8	45-100	0.219	94.7±9.1	45-100	0.326	96.8±3.4	90-100	0.785
> 8 años	94.6±11.4	5-100		94.9±11.5	5-100		94.1±11.3	25-100	
RP									
< 1-3 años	73.5±21.4	18.7-100		73.2±21.4	18.7-100		87.5±17.7	75-100	
4-8 años	77.5±22.5	0-100	0.001	76.4±22.5	0-100	0.003	94.6±9.3	50-100	0.722
> 8 años	80.8±21.2	0-100		80.0±21.1	12.5-100		82.6±21.2	0-100	
BP									
< 1-3 años	54.7±20.3	0-100		54.1±19.8	0-100		92.0±11.3	84-100	
4-8 años	65.7±23.7	0-100	<0.0001	64.4±24	0-100	<0.0001	82.7±5.7	72-100	0.168
> 8 años	69.7±24.8	0-100		69.2±23.9	10-100		70.7±26.8	0-100	
MCS									
< 1-3 años	50.5±7.9	22.0-63.7		50.4±7.9	22-63.7		54.7±4.6	51.4-58	
4-8 años	52.7±6.4	31.5-63.3	0.187	52.8±6.4	31.5-63.3	0.044	51.2±4.3	37.5-58.8	0.902
> 8 años	51.5±9.3	13.2-70.2		52.4±8.1	27.9-70.2		49.4±11.4	13.2-69.4	
VT									
< 1-3 años	61.7±16.9	12.5-100		61.4±16.8	12.5-100		81.2±8.8	75-87.5	
4-8 años	65.6±14.5	0-100	<0.0001	65.2±14.7	0-100	<0.0001	70.9±7.6	50-100	0.636
> 8 años	68.9±18.4	6.2-100		70.1±16.9	12.5-100		66.0±21.4	6.2-100	
SF									
< 1-3 años	80.7±19.3	25.0-100		80.4±19.3	25-100		93.7±8.8	87.5-100	
4-8 años	85.8±17.0	25.0-100	0.085	86.1±17.2	25-100	0.027	79.4±8.6	62.5-100	0.858
> 8 años	83.5±20.2	0.0-100		84.6±18.4	25-100		80.8±23.7	0-100	
RE									
< 1-3 años	87.0±15.1	33.3-100		87.0±15.2	33.3-100		87.5±5.9	83.3-91.7	
4-8 años	90.1±15.2	50-100	0.463	89.9±15.5	50-100	0.456	94.0±6.7	66.7-100	0.827
> 8 años	86.5±19.6	0-100		87.9±17.7	25-100		83.2±22.9	0-100	
MH									
< 1-3 años	75.5±15.5	20-100		75.4±15.5	20-100		85.0±7.1	80-90	
4-8 años	79.5±11.9	40-100	0.116	79.6±11.7	45-100	0.026	76.8±10.5	40-100	0.868
> 8 años	77.6±16.7	20-100		79.1±14.4	35-100		74.4±20.8	20-100	

*Anova.

10.5.6. Participación en misiones internacionales

En relación a la realización de misiones internacionales, la media de puntuaciones de todo los grupos en PCS es más alta (54.6 ± 7.4 puntos) en los individuos de la muestra operativa que no las han realizado. En los que sí han participado, la puntuación media más alta es de 53.5 ± 5.0 puntos, también en la muestra no operativa.

En la muestra operativa, la puntuación más alta en MCS se obtuvo en el grupo que no participó en misiones (51.4 ± 8.1 puntos). Mientras que en la muestra no operativa la puntuación más alta se da en los que participaron en misiones (52.6 ± 10.2 puntos).

En la Figura 42 podemos ver los valores en PCS y MCS según la participación en misiones internacionales en la muestra total.

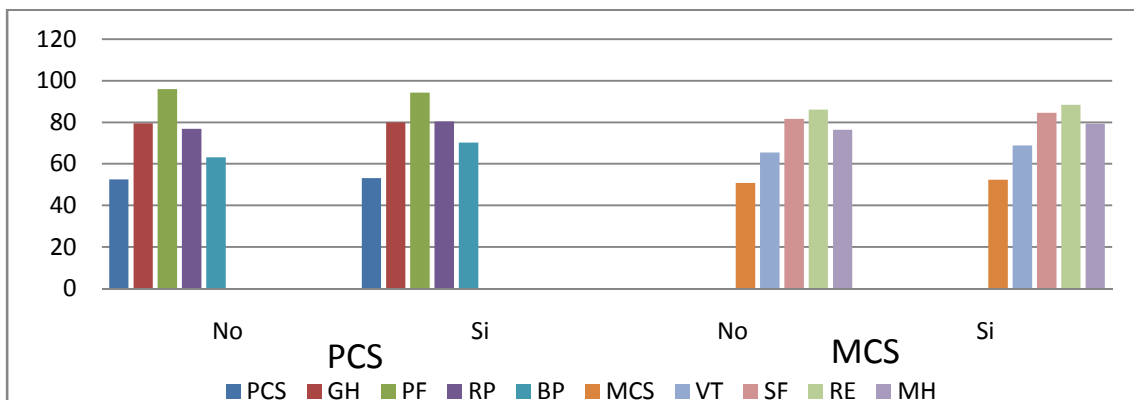


Figura 42. valores en PCS y MCS según la participación en misiones internacionales en la muestra total.

Analizando la PCS por dominios específicos, se encuentra que en GH la puntuación media más alta corresponde a la muestra operativa que no ha realizado misiones internacionales con 81.3 ± 14.4 puntos. La media más baja corresponde a los no operativos que no han participado en misiones (71.1 ± 20.0 puntos).

En cuanto a PF, los no operativos (96.5 ± 6.6) que han realizado misiones y los operativos (96.5 ± 6.4) que no han realizado misiones internacionales han obtenido las puntuaciones más altas. Los no operativos que no han realizado misiones presentan la puntuación media más baja (93.5 ± 12.3 puntos).

En RP el valor más alto corresponde al grupo no operativo que no ha participado en misiones (84.7 ± 19.1 puntos) y el más bajo lo presentan los individuos del grupo operativo que no han realizado misiones (75.2 ± 21.8 puntos).

En BP la puntuación más alta se presenta en el grupo no operativo que no ha realizado misiones (74.0 ± 25.9 puntos) y la más baja en el grupo operativo que tampoco ha realizado misiones (60.7 ± 23.3 puntos). Se ha encontrado diferencia estadísticamente significativa en la muestra total ($p=0.006$) y la operativa ($p=0.001$).

En los dominios correspondientes a la MCS, en VT los valores son muy similares entre el personal que no realizó misiones y los que realizaron misiones. Dichos valores oscilan entre 65.1 ± 18.7 puntos y 69.0 ± 16.0 puntos.

En SF la puntuación más alta corresponde al grupo operativo que sí ha realizado misiones internacionales (84.6 ± 18.5 puntos) y la más baja en el grupo no operativos que no ha participado en misiones (79.8 ± 23.9 puntos).

En relación a RE, los no operativos que realizaron misiones (91.1 ± 21.5) tienen las puntuaciones más altas, mientras que en los que no operativos no participantes presentan la puntuación más baja (79.9 ± 21.2 puntos). Se encuentran diferencias estadística en el grupo no operativo ($p=0.035$).

En MH el valor más alto se encuentra en la muestra no operativa participante en misiones (79.8±19.1 puntos) y el más bajo también en la muestra no operativa pero no participante en misiones (72.5±20.7 puntos).

En la Tabla 13 se describen todos los valores en los dominios de PCS y MCS según participación en misiones internacionales.

Tabla 13. Descripción de todos los valores en los dominios de PCS y MCS según la participación en misiones internacionales.

		Total		Operativa		No Operativa	
		X ± DT	p	X ± DT	p	X ± DT	p
PCS	No	52.6±6.3	0.329 ⁽¹⁾	52.1±5.9	0.167 ⁽¹⁾	54.6±7.4	0.497 ⁽¹⁾
	Sí	53.2±6.8		53.2±7.2		53.5±5.0	
GH	No	79.5±15.9	0.821 ⁽¹⁾	81.3±14.4	0.593 ⁽¹⁾	71.1±20.0	0.120 ⁽¹⁾
	Sí	79.9±14.3		80.2±14.9		77.8±11.7	
PF	No	95.9±7.8	0.104 ⁽¹⁾	96.5±6.4	0.945 ⁽²⁾	93.5±12.3	0.251 ⁽¹⁾
	Sí	94.2±12.8		93.7±13.9		96.5±6.6	
RP	No	76.9±21.6	0.133 ⁽¹⁾	75.2±21.8	0.062 ⁽¹⁾	84.7±19.1	0.554 ⁽¹⁾
	Sí	80.4±22.6		80.1±22.4		81.7±23.6	
BP	No	63.1±24.3	0.006⁽¹⁾	60.7±23.3	0.001⁽¹⁾	74.0±25.9	0.748 ⁽¹⁾
	Sí	70.3±25.5		69.9±25.3		72.0±26.9	
MCS	No	50.8±8.8	0.090 ⁽¹⁾	51.4±8.1	0.339 ⁽¹⁾	48.1±11.1	0.087 ⁽¹⁾
	Sí	52.4±8.3		52.3±7.8		52.6±10.2	
VT	No	65.4±19.2	0.068 ⁽¹⁾	65.1±18.7	0.066 ⁽¹⁾	66.4±21.7	0.667 ⁽¹⁾
	Sí	68.9±16.5		69.0±16.0		68.5±18.8	
SF	No	81.6±21.1	0.180 ⁽¹⁾	82.0±20.5	0.273 ⁽¹⁾	79.8±23.9	0.420 ⁽¹⁾
	Sí	84.5±18.9		84.6±18.5		84.3±20.7	
RE	No	86.1±17.6	0.245 ⁽¹⁾	87.5±16.5	0.909 ⁽¹⁾	79.9±21.2	0.035⁽¹⁾
	Sí	88.4±19.3		87.7±18.7		91.1±21.5	
MH	No	76.4±16.4	0.079 ⁽¹⁾	77.3±15.2	0.252 ⁽¹⁾	72.5±20.7	0.134 ⁽¹⁾
	Sí	79.4±14.6		79.3±13.3		79.8±19.1	

⁽¹⁾Anova. ⁽²⁾Mann-Whitney

10.5.7. Deseo de cambiar de unidad

En relación a la idea de cambiar de unidad, en PCS la puntuación más alta es para el grupo no operativo que responde que no ha pensado en cambiar de unidad (54.2 ± 6.8 puntos). Los que sí desean cambiar de unidad de la muestra operativa presentan una puntuación de 51.7 ± 6.5 puntos. Existen diferencias estadísticamente significativas en las muestras total ($p=0.004$) y operativa ($p=0.002$).

En MCS la puntuación más alta es para los que no desean cambiar de unidad con 52.9 ± 7.5 puntos de la muestra operativa. La puntuación más baja se encuentran en la muestra no operativos que sí han pensado en el cambio de unidad presentan una puntuación media de 50.7 ± 8.7 puntos.

En la Figura 43 podemos ver los valores en PCS y MCS en la muestra total.

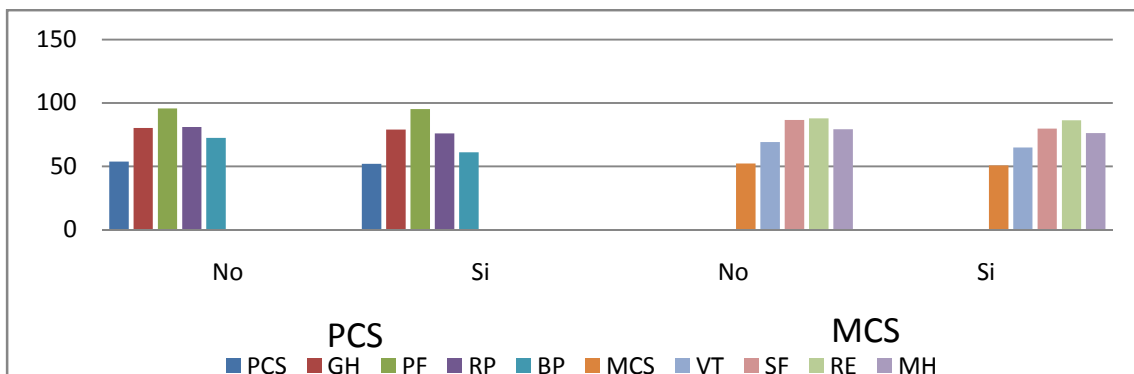


Figura 43. Valores en PCS y MCS según el deseo de cambiar de unidad en la muestra total.

Por dominios de PCS, en GH el grupo operativo que no ha pensado en cambiar de unidad es el de mayor puntuación (82.8 ± 13.6 puntos) siendo la puntuación más baja la correspondiente al grupo no operativo que no desea cambiar de unidad (72.5 ± 19.4 puntos).

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.004$) en el grupo que desearía el cambio de unidad.

En PF, los operativos que no cambiarían de unidad tienen la puntuación más alta (96.7 ± 7.8 puntos) mientras que los no operativos que no han pensado en cambiar de unidad obtienen la puntuación media más baja (92.5 ± 14.3 puntos).

En RP los no operativos que quisieran cambiar de unidad son los que presentan la puntuación más alta (84.2 ± 18.3 puntos). Los de menor puntuación son los del grupo operativo que sí querría cambiar de unidad (74.6 ± 22.7 puntos). Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la muestra total ($p=0.030$) y la operativa ($p=0.022$).

En BP la puntuación más alta corresponde al grupo no operativo que no ha pensado en cambiar de unidad (77.4 ± 25.0 puntos). La más baja es para el grupo operativo que desea cambiar de unidad (59.5 ± 23.9 puntos). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las muestras total ($p=0.000$) y operativa ($p=0.000$).

En los distintos dominios de MCS, en VT todos los valores son similares en todas las muestras, e independientemente de si o no desean cambiar de unidad. Destacar en la muestra operativa que no desea cambiar de unidad con la puntuación más alta (69.8 ± 17.1 puntos). Existen diferencias estadísticamente significativas en las muestras total ($p=0.020$) y operativa ($p=0.009$).

En relación a SF las puntuaciones más altas son las del grupo operativo que no desea cambiar de unidad (87.6 ± 16.2 puntos). La puntuación más baja es para el grupo total que sí desea el cambio de unidad ($p=79.9\pm 21.8$). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los grupos total ($p=0.001$) y operativo ($p=0.001$).

En RE es el grupo operativo que no quiere cambiar de unidad el de mayor puntuación (89.5 ± 16.1 puntos). El de menor puntuación es el grupo no operativo que no desea cambiar de unidad (82.2 ± 23.8 puntos).

En MH las puntuaciones más altas son para los operativos que no han pensado en cambiar de unidad (80.3 ± 14.2 puntos). Las más bajas para el grupo no operativo que está pensando en cambiar de unidad (74.3 ± 20.8 puntos). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo operativo ($p=0.023$).

En la Tabla 14 se describen todos los valores en los dominios de PCS y MCS según la idea de cambiar de unidad.

Tabla 14. Valores en los dominios de PCS y MCS según la idea de cambiar de unidad.

		Total		Operativa		No Operativa	
		X \pm DT	p	X \pm DT	p	X \pm DT	p
PCS	No	53.9 \pm 6.1		53.9 \pm 5.9		54.2 \pm 6.8	
	Sí	52.1 \pm 6.5	0.004 ⁽¹⁾	51.7 \pm 6.5	0.002 ⁽¹⁾	54.1 \pm 6.5	0.977 ⁽¹⁾
GH	No	80.4 \pm 15.7		82.8 \pm 13.6		72.5 \pm 19.4	
	Sí	79.1 \pm 15.3	0.412 ⁽¹⁾	79.9 \pm 15.0	0.090 ⁽¹⁾	74.6 \pm 16.1	0.611 ⁽¹⁾
PF	No	95.8 \pm 9.8		96.7 \pm 7.8		92.5 \pm 14.3	
	Sí	95.1 \pm 9.9	0.524 ⁽¹⁾	94.8 \pm 10.5	0.087 ⁽²⁾	96.6 \pm 4.7	0.100 ⁽¹⁾
RP	No	81.0 \pm 21.3		80.4 \pm 20.7		82.9 \pm 23.3	
	Sí	76.1 \pm 22.3	0.030 ⁽¹⁾	74.6 \pm 22.7	0.022 ⁽¹⁾	84.2 \pm 18.3	0.802 ⁽¹⁾
BP	No	72.5 \pm 23.8		70.9 \pm 23.4		77.4 \pm 25.0	
	Sí	61.0 \pm 24.6	<0.0001 ⁽¹⁾	59.5 \pm 23.9	<0.0001 ⁽¹⁾	69.4 \pm 26.8	0.191 ⁽¹⁾
MCS	No	52.3 \pm 8.5		52.9 \pm 7.5		49.9 \pm 11.1	
	Sí	50.7 \pm 8.7	0.081 ⁽¹⁾	50.9 \pm 8.2	0.028 ⁽¹⁾	49.5 \pm 10.9	0.874 ⁽¹⁾
VT	No	69.2 \pm 18.7		69.8 \pm 17.1		67.4 \pm 23.4	
	Sí	64.8 \pm 18.0	0.020 ⁽¹⁾	64.4 \pm 18.1	0.009 ⁽¹⁾	66.9 \pm 17.9	0.931 ⁽¹⁾
SF	No	86.7 \pm 17.4		87.6 \pm 16.2		83.7 \pm 21.1	
	Sí	79.9 \pm 21.8	0.001 ⁽¹⁾	80.0 \pm 21.3	0.001 ⁽²⁾	79.3 \pm 24.4	0.410 ⁽¹⁾
RE	No	87.8 \pm 18.3		89.5 \pm 16.1		82.2 \pm 23.8	
	Sí	86.3 \pm 18.1	0.408 ⁽¹⁾	86.4 \pm 17.8	0.113 ⁽¹⁾	85.7 \pm 19.9	0.486 ⁽¹⁾
MH	No	79.3 \pm 15.8		80.3 \pm 14.2		75.9 \pm 20.1	
	Sí	76.2 \pm 15.8	0.052 ⁽¹⁾	76.5 \pm 14.8	0.023 ⁽¹⁾	74.3 \pm 20.8	0.733 ⁽¹⁾

⁽¹⁾Anova ⁽²⁾Mann-Whitney

10.5.8. Dejar el ejército

En la pregunta que se formuló sobre si los individuos dejarían el ejército en PCS, la puntuación media más alta se obtuvo en la muestra no operativa (54.3 ± 5.8 puntos) que no dejaría las fuerzas armadas. En la muestra operativa que sí dejaría las FAS, la puntuación es de 51.0 ± 6.5 puntos. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la muestra total ($p=0.000$) y operativa ($p=0.000$).

En MCS la puntuación más alta (53.2 ± 7.0 puntos) corresponde a los que no dejarían el ejército de la muestra operativa. Por el otro lado, están los que abandonarían el ejército de la muestra no operativa (43.4 ± 12.2 puntos). Existen diferencias estadísticamente significativas en las tres muestras: total ($p=0.000$), operativa ($p=0.000$) y no operativa ($p=0.002$).

En la Figura 44 podemos ver los valores en PCS y MCS en la muestra total.

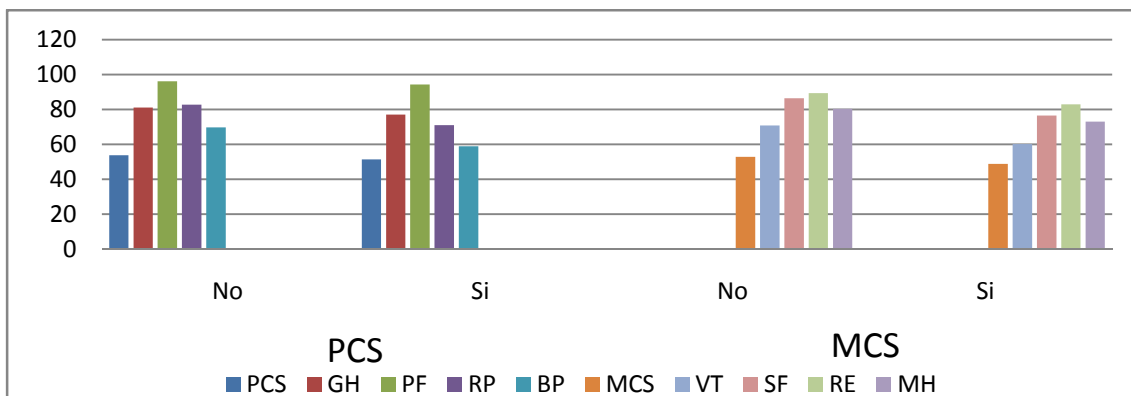


Figura 44. Valores en PCS y MCS según el deseo de abandonar las FAS en la muestra total.

Analizando la MCS por dimensiones específicas, se encuentra que en GH la puntuación más alta corresponde al grupo operativo que no desea abandonar el ejército (82.5 ± 13.3 puntos). La más baja es obtenida por el grupo no operativo que dejaría las fuerzas armadas (65.9 ± 20.0 puntos). Existen diferencias estadísticamente significativa en las muestras total ($p=0.012$) y no operativa ($p=0.023$).

En PF la puntuación más alta es la del grupo operativo que no abandonaría las fuerzas armadas (96.3 ± 7.9 puntos) y la más baja los no operativos que dejarían las fuerzas armadas (92.5 ± 8.8 puntos).

En RP el valor medio más alto es del grupo no operativo que no dejaría el ejército (85.8 ± 19.8 puntos). La media más baja es la del grupo operativo que dejaría el ejército. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los grupos total ($p=0.000$) y operativo ($p=0.000$).

En BP la puntuación más alta se da en el grupo no operativo que no abandonaría el ejército (74.3 ± 25.5 puntos) y la media más baja corresponde al grupo operativo que sí dejaría el ejército (57.2 ± 23.4 puntos). Existen diferencias estadísticamente significativas en las muestras total y operativa ambas con $p=0.000$.

Analizando las dimensiones correspondientes a la MCS, en VT la puntuación más alta es la del grupo no operativo que no dejaría las fuerzas armadas (71.2 ± 19 puntos). La más baja es la del grupo no operativo que sí dejaría las fuerzas armadas (56.2 ± 21.1 puntos). Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la tres muestras: total ($p=0.000$), operativa ($p=0.000$) y no operativa ($p=0.005$).

En SF el grupo no operativo que no abandonaría el ejército obtiene la puntuación más elevada (86.3 ± 19.6 puntos) y la más baja, los integrantes del mismo grupo que sí abandonarían el ejército (68.1 ± 25.8 puntos). Existen diferencias estadísticamente significativas en las tres muestras: total ($p=0.000$), operativa ($p=0.000$) y no operativa ($p=0.002$).

En RE la media más alta es la del grupo operativo que no abandonaría el ejército (90.1 ± 15.2 puntos). La más baja corresponde al grupo no operativo que sí abandonaría el ejército (77.5 ± 21.1 puntos). Se encuentra diferencias estadísticamente significativas en el grupo total ($p=0.001$) y en el grupo operativo ($p=0.002$).

En MH la media más alta corresponde al grupo operativo que no dejaría las fuerzas armadas (80.6 ± 12.8 puntos). La puntuación más baja corresponde al grupo no operativo que abandonaría el ejército (62.7 ± 20.8 puntos). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las tres muestras: total ($p=0.000$), operativa ($p=0.001$) y no operativa ($p=0.001$).

En la Tabla 15 se describen todos los valores en los dominios de PCS y MCS según la idea de abandonar el ejército.

Tabla 15. Valores en los dominios de PCS y MCS según la idea de abandonar las FAS.

		Total		Operativa		No Operativa	
		X ± DT	p	X ± DT	p	X ± DT	p
PCS	No	53.7±6.0		53.6±6.1		54.3±5.8	
	Sí	51.3±6.8	<0.0001 ⁽¹⁾	51.0±6.5	<0.0001 ⁽¹⁾	53.7±8.5	0.697 ⁽¹⁾
GH	No	81.1±14.1		82.5±13.3		76.4±15.9	
	Sí	77.1±17.0	0.012 ⁽²⁾	78.8±15.9	0.065 ⁽²⁾	65.9±20.0	0.023 ⁽¹⁾
PF	No	96.1±8.8		96.3±7.9		95.4±11.2	
	Sí	94.3±11.2	0.069 ⁽¹⁾	94.5±11.6	0.100 ⁽¹⁾	92.5±8.8	0.307 ⁽¹⁾
RP	No	82.7±20.4		81.8±20.5		85.8±19.8	
	Sí	71.0±22.6	<0.0001 ⁽²⁾	70.0±22.5	<0.0001 ⁽¹⁾	77.8±22.5	0.145 ⁽¹⁾
BP	No	69.8±24.4		68.5±24.0		74.3±25.5	
	Sí	58.9±24.3	<0.0001 ⁽¹⁾	57.2±23.4	<0.0001 ⁽¹⁾	70.4±27.9	0.571 ⁽¹⁾
MCS	No	52.9±7.6		53.2±7.0		52.1±9.4	
	Sí	48.8±9.6	<0.0001 ⁽²⁾	49.6±8.9	<0.0001 ⁽²⁾	43.4±12.2	0.002 ⁽²⁾
VT	No	70.8±16.9		70.7±16.3		71.2±19.1	
	Sí	60.2±18.8	<0.0001 ⁽¹⁾	60.7±18.4	<0.0001 ⁽¹⁾	56.2±21.1	0.005 ⁽¹⁾
SF	No	86.5±17.9		86.6±17.5		86.3±19.6	
	Sí	76.6±22.5	<0.0001 ⁽²⁾	77.9±21.7	<0.0001 ⁽²⁾	68.1±25.8	0.002 ⁽¹⁾
RE	No	89.3±16.9		90.1±15.2		86.4±21.8	
	Sí	83.0±19.5	0.001 ⁽²⁾	83.8±19.2	0.002 ⁽²⁾	77.5±21.1	0.119 ⁽¹⁾
MH	No	80.4±14.2		80.6±12.8		79.7±18.3	
	Sí	73.0±17.1	<0.0001 ⁽²⁾	74.5±16.0	0.001 ⁽²⁾	62.7±20.8	0.001 ⁽¹⁾

⁽¹⁾Anova. ⁽²⁾Mann-Whitney

10.5.9. Conciliación familiar

En cuanto a la pregunta "¿cómo diría que es su conciliación familiar?", que los que obtienen mayores puntuaciones en PCS son la muestra no operativa, observándose una mayor puntuación en los que contestaron buena (55.7±1.6), seguido por el personal no operativo que respondió que su conciliación era "mala" (55.3±7.6). La peor puntuación se da en la muestra operativa donde su respuesta a la pregunta es mala (51.3±7.5). (Figura 45).

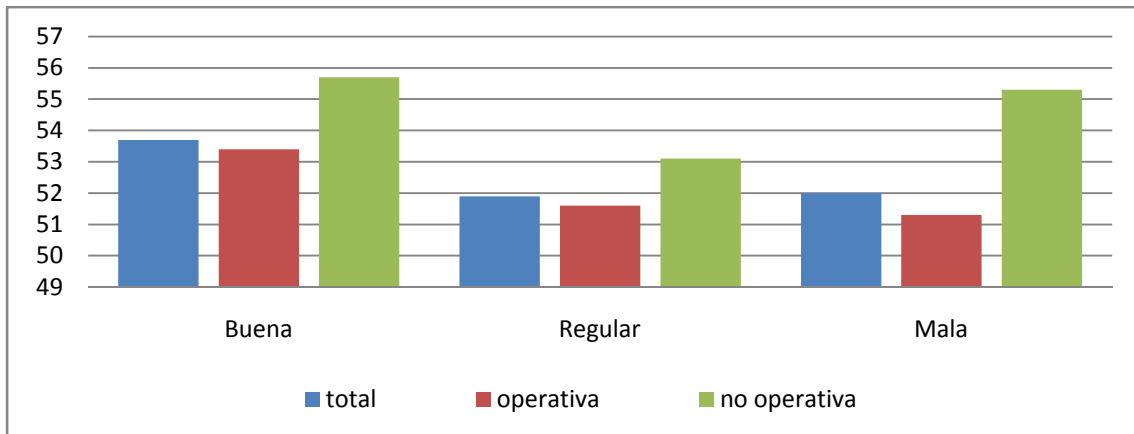


Figura 45. Valores en las tres muestras en PCS a la pregunta sobre conciliación familiar.

En cuanto a MCS la puntuación más elevada se da en las muestras total (53.5 ± 7.6) y operativa (53.5 ± 7.7) que contestaron a la pregunta "buena", mientras que la puntuación más baja se obtuvo en la muestra no operativa que respondió "mala" (41.1 ± 18.9). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las tres muestras: total ($p=0.000$), operativa ($p=0.003$) y no operativa ($p=0.017$). (Figura 46).

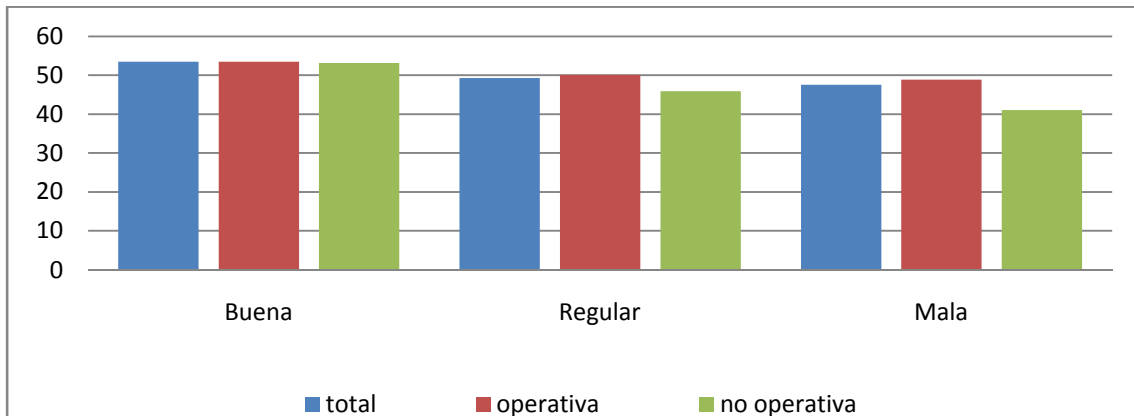


Figura 46. Valores de las tres muestras en MCS a la pregunta sobre la conciliación familiar.

En GH la puntuación más elevada se dio en la muestra operativa que contestó "buena", con una puntuación de 83.8 ± 12.6 . La peor puntuación se halló en la muestra no operativa, en la respuesta "regular" (66.3 ± 22.5). Existe diferencias estadísticamente significativas en las muestras total ($p=0.013$) y operativa ($p=0.044$).

En cuanto a PF las tres muestras presentan valores similares en las tres respuestas. En relación a RP y BP los valores son similares en las tres muestras, puntuando más alto la muestra no operativa en todas las respuestas. En el dominio RP existe diferencias estadísticamente significativas en la muestra total ($p=0.046$). Mientras que en BP se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muestras total ($p=0.014$) y operativa ($p=0.048$).

En relación a VT, presentan valores similares todas las muestras en todas las respuestas. Destacar que la muestra no operativa obtiene valores más altos en la respuesta "buena" (74.3 ± 12.9). Existen diferencias estadísticamente significativas en las muestras total ($p=0.000$) y operativa ($p=0.000$).

En SF y RE los valores de las tres muestras son similares en todas las respuestas. Se observa que la muestra no operativa obtiene en los dos dominios las puntuaciones más bajas, ambas en la respuesta "mala". Se percibieron diferencias estadísticamente significativas en las muestras total ($p=0.000$) y operativa ($p=0.001$) en el dominio SF, mientras que en RE solo se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la muestra total ($p=0.016$).

En cuanto a MH los valores de las tres muestras son similares en todas las respuestas, excepto en "regular" (65.3 ± 22.8) y "mala" (63.1 ± 31.5) donde la muestra no operativa tienen valores inferiores a las otras dos muestras. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tres muestras: total ($p=0.000$), operativa ($p=0.007$) y no operativa ($p=0.009$).

La prueba Post Hoc Test nos indica que la muestra no operativa es una muestra homogénea, mientras que la muestra total y operativa no lo son. En los dominios MCS y MH podemos diferenciar hasta tres grupos, mientras que en los dominios GH, VT y SF podemos diferenciar dos grupos, todo ello en la muestra total. Mientras que en la muestra operativa la prueba Post Hoc Test nos indica que en los dominios MCS, GH, VT, SF y MH se pueden distinguir dos grupos. El resto de los dominios son homogéneos.

En la tabla 16 se puede ver los resultados de las tres muestras de forma conjunta en la variable "¿Cómo diría que es su conciliación familiar?".

Tabla 16. Resumen de los valores de los dominios del Test SF-36 en la variable "¿cómo diría que es su conciliación familiar?".

	Total		Operativa		No Operativa	
	X ± DT	P*	X ± DT	P*	X ± DT	P*
PCS						
Buena	53.7±6.4		53.4±6.6		55.7±1.6	
Regular	51.9±6.1	0.143	51.6±5.9	0.213	53.1±6.9	0.488
Mala	52.0±7.6		51.3±7.5		55.3±7.6	
GH						
Buena	82.9±12.8		83.8±12.6		79.1±11.8	
Regular	76.6±17.4	0.013	79.0±15.2	0.044	66.3±22.5	0.098
Mala	77.6±15.0		78.1±14.7		75.6±17.3	
PF						
Buena	96.5±8.3		96.5±8.6		96.5±5.5	
Regular	93.8±13.5	0.229	94.4±12.6	0.463	91.0±17.0	0.449
Mala	94.5±10.3		94.1±11.0		96.2±5.8	
RP						
Buena	81.2±22.4		79.6±23.1		90.1±14.1	
Regular	75.7±19.9	0.046	74.1±20.2	0.146	82.6±17.2	0.306
Mala	70.8±27.3		70.4±25.6		72.6±36.3	
BP						
Buena	69.9±25.1		67.9±25.5		80.4±16.5	
Regular	60.2±23.4	0.014	58.7±22.7	0.048	66.9±25.9	0.348
Mala	61.1±28.7		59.5±26.7		68.7±37.9	
MCS						
Buena	53.5±7.6		53.5±7.7		53.2±6.7	
Regular	49.3±8.8	<0.0001	50.1±7.9	0.003	45.9±11.6	0.017
Mala	47.6±11.1		48.9±8.5		41.1±18.9	
VT						
Buena	72.0±16.9		71.6±17.4		74.3±12.9	
Regular	61.7±18.5	<0.0001	62.3±17.1	<0.0001	58.9±24.1	0.064
Mala	61.0±20.7		61.7±18.2		57.8±31.6	
SF						
Buena	87.0±17.2		86.8±17.6		88.6±16.1	
Regular	79.7±21.0	<0.0001	80.2±20.5	0.001	77.6±23.8	0.056
Mala	70.6±27.7		72.4±24.3		62.5±41.2	
RE						
Buena	89.5±16.9		89.9±16.4		87.1±18.8	
Regular	83.1±19.7	0.016	83.6±19.3	0.061	80.7±21.9	0.114
Mala	82.2±22.4		85.3±16.7		67.7±38.2	
MH						
Buena	81.5±14.5		81.2±14.7		83.4±13.3	
Regular	73.5±15.2	<0.0001	75.4±12.2	0.007	65.3±22.8	0.009
Mala	71.2±19.4		72.9±15.9		63.1±31.5	

*Anova.

10.5.10. Relación con los compañeros

En relación a la pregunta "La relación con sus compañeros es...", observamos que en PCS se observa que no hay grandes diferencias en las distintas muestras, exceptuando en la contestación "regular/mala" donde la muestra no operativa (55.5 ± 5.9) obtiene mayores puntuaciones que las otras dos muestras. (Figura 47).

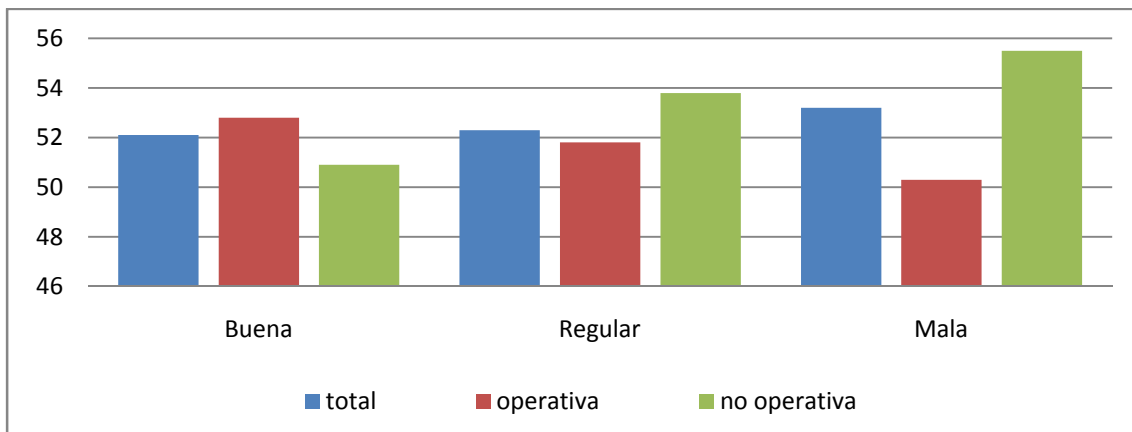


Figura 47. Valores de las tres muestras en PCS a la pregunta sobre la relación con sus compañeros.

En GH se observan valores similares en las tres muestras. Destacar en la muestra operativa se encuentra la puntuación más alta, en la respuesta de "buena" (83.8 ± 13.3), y la puntuación más baja en la respuesta "mala" (64.6 ± 18.2). Existen diferencias estadísticamente significativas en las tres muestras: total ($p=0.026$), operativa ($p=0.000$) y no operativa ($p=0.021$).

Acerca de PF las tres muestras presentan valores similares, excepto en la respuesta "mala", donde la mayor puntuación la obtiene la muestra no operativa (96.6 ± 5.5).

En cuanto a RP los valores son similares en las tres muestras y en todas las respuestas, excepto en las respuestas "regular" y "mala", donde es la muestra no operativa la que obtiene valores mayores, 91.3 ± 17.7 puntos y 96.6 ± 5.5 puntos respectivamente.

Acerca de BP, indicar que los valores son similares en las tres muestras. Destacar que la muestra no operativa, obtiene la mayor puntuación en la respuesta "mala" (77.5 ± 26.0 puntos) y la muestra operativa la puntuación más baja en la misma respuesta (49.7 ± 32.9).

En MCS, VT y SF indicar que los valores son similares en las tres muestras en todas las respuestas. Resaltar que en la respuesta "mala", la muestra operativa obtuvo la peor puntuación en los tres dominios 39.0 ± 13.7 , 41.9 ± 24.1 y 58.9 ± 32.8 , respectivamente. Existe diferencias estadísticamente significativas en la muestra operativa en los tres dominios: MCS ($p=0.000$), VT ($p=0.000$) y SF ($p=0.002$).

En la Figura 48 se pueden ver los valores de la tres muestras en MCS.

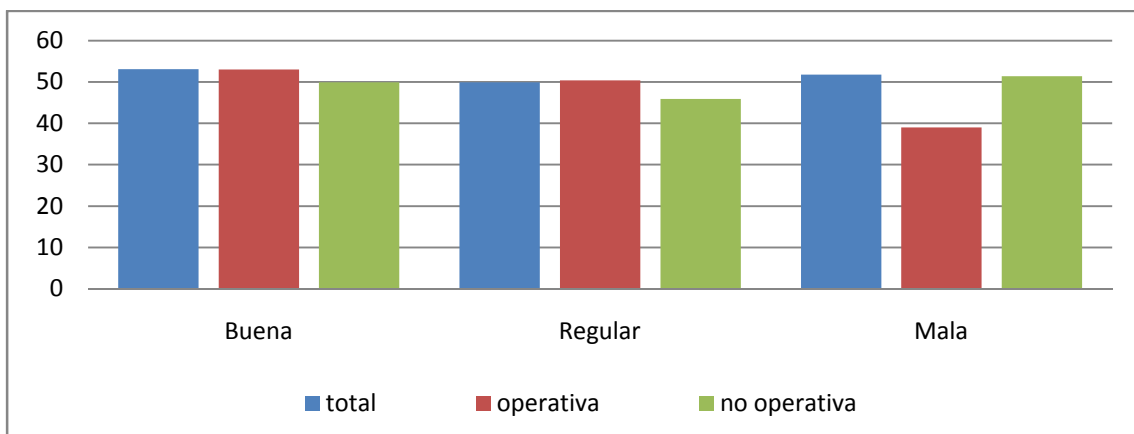


Figura 48. Valores de las tres muestras en MCS a la pregunta sobre la relación con sus compañeros.

En cuanto a RE, se observa que la muestra total presenta valores más altos que los otros dos grupos. El valor más alto lo obtiene en la respuesta "buena" (95.0 ± 15.8). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las muestras total ($p=0.023$) y operativa ($p=0.011$).

Acerca de MH, los valores son similares en las tres muestras, excepto en la respuesta "mala", donde la muestra operativa (53.6 ± 25.4) presenta peor puntuación y una diferencia con las otras dos muestras. Se encontró diferencias estadísticamente significativas en la muestra operativa ($p=0.000$).

En la tabla 17 se puede observar los valores de las tres muestras sobre "la relación con los compañeros".

Tabla 17. Resumen de los valores de los dominios del Test SF-36 en la variable "la relación con los compañeros".

	Total		Operativa		No Operativa	
	X ± DT	P*	X ± DT	P*	X ± DT	P*
PCS						
Buena	52.1±5.2		52.8±6.4		50.9±5.6	
Regular	52.3±6.4	0.620	51.8±6.6	0.507	53.8±7.9	0.122
Mala	53.2±6.6		50.3±4.6		55.5±5.9	
GH						
Buena	76.7±16.5		83.8±13.3		64.7±12.7	
Regular	76.5±15.8	0.026	77.5±14.3	<0.0001	68.4±21.4	0.021
Mala	81.5±15		64.6±8.2		79.1±14.4	
PF						
Buena	95.2±9.3		95.6±10.5		91.4±11.3	
Regular	94.4±13.2	0.688	95.6±8.9	0.806	91.3±17.7	0.236
Mala	95.8±7.9		92.1±7.5		96.6±5.5	
RP						
Buena	79.2±19.1		78.3±21.9		74.6±22.6	
Regular	76.9±19.5	0.922	74.8±22.5	0.194	91.3±17.7	0.343
Mala	78.5±23.5		63.4±17.5		96.6±5.5	
BP						
Buena	67.5±19.1		65.0±23.9		70.4±22.4	
Regular	62.2±23.8	0.371	61.9±24.0	0.323	69.8±28.6	0.314
Mala	67.0±25.9		49.7±32.9		77.5±26.0	
MCS						
Buena	53.1±7.6		53.0±7.1		49.9±9.8	
Regular	49.9±8.2	0.174	50.4±8.6	<0.0001	45.9±9.4	0.347
Mala	51.8±8.9		39.0±13.7		51.4±11.8	
VT						
Buena	65.6±13.8		69.5±16.4		63.0±14.4	
Regular	65.2±16.6	0.463	61.7±19.1	<0.0001	61.5±21.9	0.248
Mala	67.7±19.6		41.9±24.1		71.5±21.3	
SF						
Buena	87.7±17.0		85.0±18.8		77.1±20.0	
Regular	80.4±19.6	0.343	80.1±19.9	0.002	79.6±17.3	0.666
Mala	82.8±21.0		58.9±32.8		84.1±25.8	
RE						
Buena	91.0±17.9		89.4±16.2		84.0±23.3	
Regular	82.7±18.9	0.023	85.8±17.1	0.011	73.2±22.7	0.082
Mala	88.4±17.3		72.6±23.4		88.8±20.9	
MH						
Buena	79.8±12.9		80.2±13.4		76.3±17.4	
Regular	75.3±14.9	0.364	76.4±15.1	<0.0001	68.7±19.2	0.462
Mala	78.1±16.7		53.6±25.4		77.4±21.7	

* Anova.

10.5.11. Relación con los jefes

Referente a la pregunta sobre "la relación con los jefes es ...", se observa que no hay un predominio de una muestra sobre las otras en el dominio PCS. La puntuación más baja se obtiene en la respuesta "mala" por la muestra operativa (49.4 ± 7.9). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muestras total ($p=0.034$) y operativa ($p=0.000$) (Figura 49).

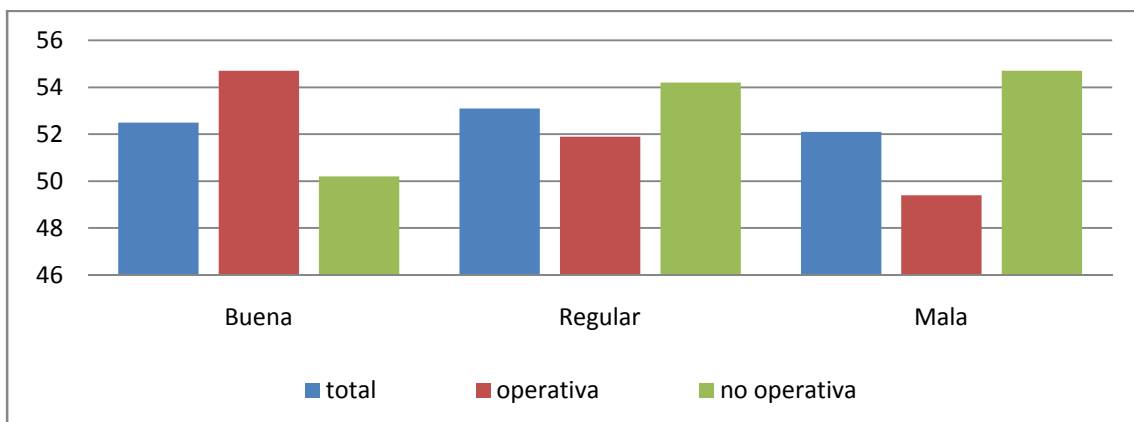


Figura 49. Valores de las tres muestras en PCS a la pregunta sobre la relación con sus jefes.

En GH presenta mayores puntuaciones la muestra operativa, siendo mayor en la respuesta "buena" (85.9 ± 11.8). Existen diferencias estadísticamente significativas en las muestras total ($p=0.013$) y operativa ($p=0.001$).

En relación a PF, no existe una muestra que tenga hegemonía sobre las otras. La puntuación más alta la tiene la muestra operativa en la respuesta "buena" (97.5 ± 5.4). Se halló diferencias estadísticamente significativas en la muestra total ($p=0.041$).

En cuanto a RP, se observa una supremacía de la muestra no operativa en las respuestas frente a las otras muestras, excepto en la respuesta "buena", donde obtiene los valores más bajos (78.1 ± 5.1). Se observan diferencias estadísticamente significativas en las muestras operativas ($p=0.000$) y no operativa ($p=0.033$).

Acerca de BP, se observa igual que en el dominio RP una hegemonía de la muestra no operativa. Presenta la mayor puntuación en la respuesta "mala" (74.4 ± 27.5). Se encontró diferencias estadísticamente significativas en la muestra operativa ($p=0.000$).

En MCS indicar que los valores son similares en las tres muestras en todas las respuestas. Existen diferencias estadísticamente significativas en la muestra operativa ($p=0.000$). (Figura 50).

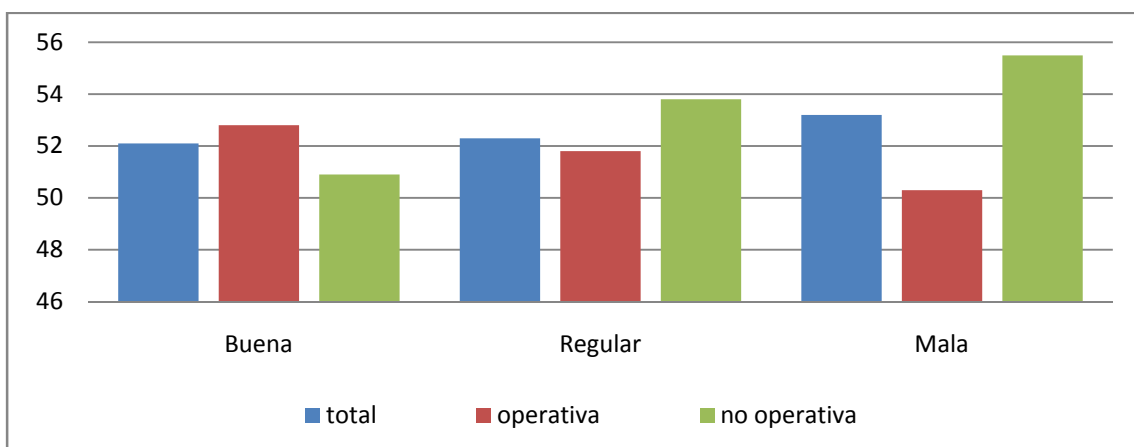


Figura 50. Valores de las tres muestras en MCS a la pregunta sobre la relación con sus jefes.

En cuanto a VT, la muestra operativa presenta la mayor puntuación en la respuesta "buena" (72.2 ± 15.1), así como el valor más bajo en la respuesta "mala" (52.6 ± 20.4) de las tres muestras. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la muestra operativa ($p=0.000$).

En relación a SF, RE y MH, decir que los valores son similares en las tres muestras en todas las respuestas. La muestra no operativa muestra la puntuación más baja en la respuesta "buena" 82.8 ± 11.9 , 86.4 ± 26.7 y 78.7 ± 17.1 respectivamente. En los tres dominios se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la muestra operativa: SF ($p=0.018$), RE ($p=0.000$) y MH ($p=0.001$).

La prueba Post Hoc Test nos indica que la muestra no operativa es una muestra homogénea, mientras que la muestra total y la operativa no lo son. En el dominio PF, de la muestra total, se puede distinguir dos grupos diferenciados. Respecto a la muestra operativa en PCS y RP se puede distinguir hasta tres grupos diferentes, mientras que en los dominios MCS, GH, PF, BP, VT, SF, RE y MH se distinguen dos grupos.

En la tabla 18 se puede ver los valores de las tres muestra en relación con la pregunta: " la relación con los jefes es...".

Tabla 18. Resumen de los valores de los dominios del Test SF-36 en la variable "la relación con los jefes".

	Total		Operativa		No Operativa	
	X ± DT	P*	X ± DT	P*	X ± DT	P*
PCS						
Buena	52.5±5.5		54.7±5.2		50.2±6.7	
Regular	53.1±6.6	0.034	51.9±6.3	<0.0001	54.2±7.0	0.153
Mala	52.1±7.1		49.4±7.9		54.7±6.3	
GH						
Buena	74.7±12.0		85.9±11.8		63.6±11.2	
Regular	75.1±15.5	0.013	79.1±15.5	0.001	71.0±15.6	0.124
Mala	76.5±17.6		76.9±17.0		76.1±18.2	
PF						
Buena	95.9±6.5		97.5±5.4		94.3±12.5	
Regular	93.9±12.6	0.041	95.4±8.7	0.072	92.5±16.5	0.418
Mala	94.2±11.9		92.7±16.8		95.8±6.9	
RP						
Buena	81.8±16.1		85.4±19.6		78.1±5.1	
Regular	81.6±17.9	0.073	75.0±21.7	<0.0001	88.1±16.5	0.033
Mala	73.2±22.5		62.8±23.4		83.7±21.7	
BP						
Buena	67.0±22.5		70.5±22.0		63.5±25.7	
Regular	69.0±23.3	0.163	63.9±23.7	<0.0001	74.2±22.9	0.562
Mala	60.9±25.9		47.4±24.4		74.4±27.5	
MCS						
Buena	52.2±8.6		53.4±7.5		50.9±10.6	
Regular	50.6±7.8	0.169	51.8±7.6	<0.0001	49.3±8.0	0.753
Mala	48.4±11.5		46.7±10.9		50.1±12.1	
VT						
Buena	65.0±12.5		72.2±15.1		57.8±3.6	
Regular	65.9±16.5	0.105	65.5±17.5	<0.0001	66.2±15.5	0.533
Mala	60.6±21.7		52.6±20.4		68.7±23.0	
SF						
Buena	85.1±16.3		87.3±17.6		82.8±11.9	
Regular	80.8±18.5	0.496	82.3±20.1	0.018	79.4±16.8	0.392
Mala	79.2±24.2		75.3±23.2		83.2±25.2	
RE						
Buena	88.8±19.4		91.1±16.4		86.4±26.7	
Regular	86.3±16.8	0.101	88.1±16.4	<0.0001	84.6±17.1	0.669
Mala	80.3±22.2		76.3±20.9		84.3±23.4	
MH						
Buena	79.9±15.7		81.0±14.2		78.7±17.1	
Regular	76.3±16.1	0.158	78.2±14.1	0.001	74.5±18.0	0.770
Mala	72.6±20.3		69.5±18.9		75.7±21.7	

*Anova.

10.5.12. Satisfacción con el trabajo

Acercas de la pregunta "si tuviera que valorar la satisfacción...", en PCS presenta valores superiores la muestra no operativa en casi todas las respuestas, obteniendo la puntuación mayor en la respuesta "buena" (55.3 ± 5.7). Existen diferencias estadísticamente significativas en las muestras total ($p=0.000$) y operativa ($p=0.001$). (Figura 51).

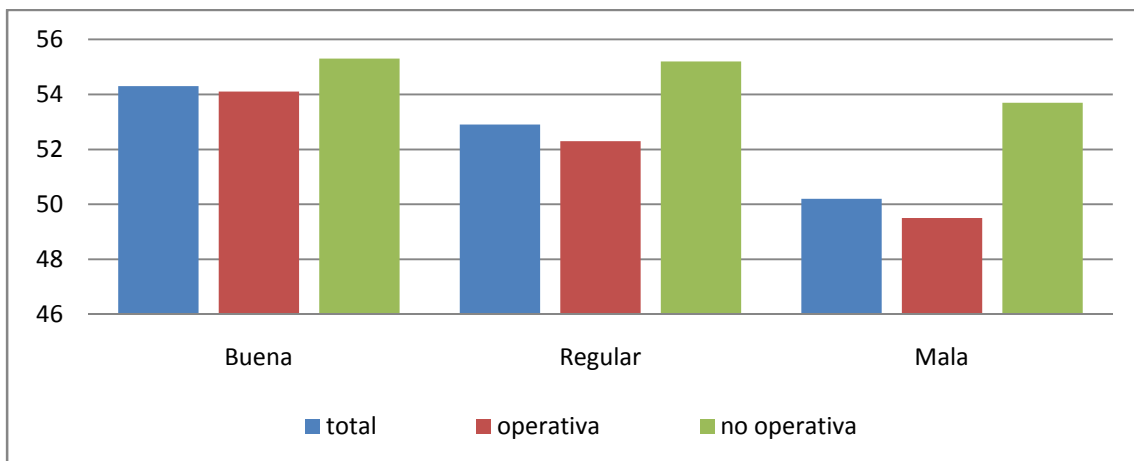


Figura 51. Valores de las tres muestras en PCS a la pregunta sobre la satisfacción del trabajo.

Respecto a GH, decir que la muestra total y la operativa tienen valores similares en todas las respuestas, mientras que la no operativa puntúan valores inferiores en todas las respuestas. La puntuación más alta la obtuvo la muestra operativa en la respuesta "buena" (86.1 ± 17.6). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las tres muestras: total ($p=0.000$), operativa ($p=0.000$) y no operativa ($p=0.004$).

En relación a PF y RP, los valores son similares en las tres muestras. Destacar que en el dominio RP los valores superiores corresponde a la muestra no operativa. En PF se encontró diferencias estadísticamente significativas en la muestra total ($p=0.012$), mientras que en RP se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las tres muestras: total ($p=0.000$), operativa ($p=0.000$) y no operativa ($p=0.034$).

En cuanto a BP, se observa que la muestra no operativa tiene las puntuaciones medias más altas en todas las respuestas, presentando en la respuesta "buena" la puntuación de 83.0 ± 21.3 . Se encontró diferencias estadísticamente significativa en las tres muestras: total ($p=0.000$), operativa ($p=0.000$) y no operativa ($p=0.020$).

En relación a MCS y VT, indicar que los valores son similares en las tres muestras. Destacar que la puntuación más baja se da en la muestra no operativa en ambos dominio y en la respuesta "mala", 30.3 ± 8.3 puntos y 39.0 ± 25.9 puntos respectivamente. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los dos dominios y en las tres muestras, todas ellas con el mismo valor ($p=0.000$). (Figura 52).

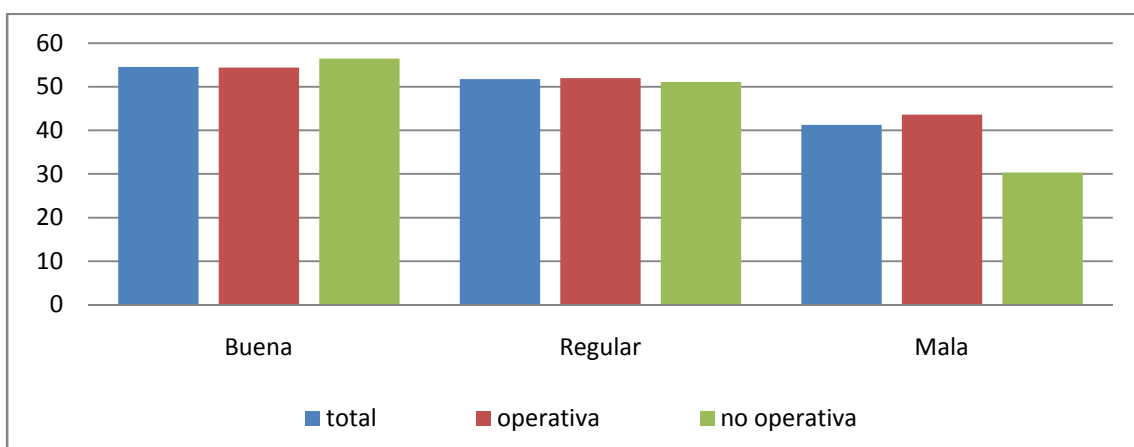


Figura 52. valores de las tres muestras en MCS a la pregunta sobre la satisfacción del trabajo.

En relación a SF, RE y MH, los valores son similares en las tres muestras y en las diferentes respuestas. La muestra no operativa es la que obtienen la mayor puntuación en los dominios y todos ellos en la respuesta "buena". Asimismo, la misma muestra tienen las puntuaciones más bajas en todos los dominios y todos ellos en la misma respuesta, "mala". Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los tres dominios y en las tres muestras, todas ellas con el mismo valor ($p=0.000$).

La prueba Post Hoc Test nos indica que la muestra no operativa es una muestra homogénea, mientras que la muestra total y operativa no lo son. En los dominios MCS, RP, VT, SF, RE y MH, de la muestra total, se pueden diferenciar tres grupos, mientras que en GH y BP se diferencian dos grupos. Respecto a la muestra operativa, en los dominios MCS, GH, RP, VT, RE y MH se diferencian tres grupos, mientras que en PCS y SF se diferencian dos grupos.

En la tabla 19 se pueden ver los resultados de las tres muestras en relación con la pregunta: "si tuviera que valorar la satisfacción de su trabajo".

Tabla 19. Resumen de los valores de los dominios del Test SF-36 en la variable "si tuviera que valorar la satisfacción con el trabajo".

	Total		Operativa		No Operativa	
	X ± DT	P*	X ± DT	P*	X ± DT	P*
PCS						
Buena	54.3±5.8		54.1±5.8		55.3±5.7	
Regular	52.9±6.4	<0.0001	52.3±6.5	0.001	55.2±5.6	0.132
Mala	50.2±7.8		49.5±6.8		53.7±12.6	
GH						
Buena	85.4±12.3		86.1±17.0		81.6±15.0	
Regular	79.3±14.1	<0.0001	80.2±13.6	<0.0001	75.9±15.6	0.004
Mala	70.8±17.1		71.7±16.1		67.9±16.5	
PF						
Buena	96.8±6.2		96.8±6.8		97.6±7.3	
Regular	96.1±8.4	0.012	96.1±8.7	0.101	95.9±7.1	0.187
Mala	92.4±12.4		92.7±12.2		91.4±13.8	
RP						
Buena	85.6±19.2		85.3±19.6		87.4±17.4	
Regular	78.3±21.9	<0.0001	75.9±22.5	<0.0001	87.5±16.6	0.034
Mala	60.2±25.6		60.0±21.7		61.4±47.0	
BP						
Buena	70.2±25.4		68.3±25.6		83.0±21.3	
Regular	67.0±24.0	<0.0001	64.4±23.1	<0.0001	76.9±25.0	0.020
Mala	51.4±28.5		51.4±26.5		51.6±46.2	
MCS						
Buena	54.6±7.2		54.4±7.3		56.5±4.7	
Regular	51.8±7.7	<0.0001	52.0±6.9	<0.0001	51.1±10.1	<0.0001
Mala	41.3±11.0		43.6±9.8		30.3±8.3	
VT						
Buena	75.0±15.1		74.5±15.4		79.7±12.1	
Regular	67.0±16.6	<0.0001	65.8±15.6	<0.0001	71.4±19.7	<0.0001
Mala	46.0±20.0		47.5±19.5		39.0±25.9	
SF						
Buena	88.6±17.4		87.9±18.0		94.0±7.1	
Regular	83.9±18.9	<0.0001	83.8±17.9	<0.0001	84.4±22.3	<0.0001
Mala	62.7±25.3		66.2±24.9		45.3±18.5	
RE						
Buena	90.2±16.2		89.8±16.7		93.6±8.9	
Regular	88.7±17.4	<0.0001	89.4±16.2	<0.0001	86.0±21.3	<0.0001
Mala	71.0±23.0		75.0±18.4		51.4±30.9	
MH						
Buena	84.4±13.5		84.0±13.6		87.6±11.6	
Regular	77.7±13.7	<0.0001	77.6±12.5	<0.0001	77.8±17.8	<0.0001
Mala	60.3±20.7		64.3±19.1		41.0±13.0	

*Anova.

10.6. Relación entre resiliencia y CVRS

Analizamos en la muestra total la relación entre la resiliencia y los diferentes dominios de salud tanto física como mental. Se observa que existe una relación directa, según la prueba de Spearman, entre la resiliencia y los dominios MCS, GH, VT, SF y MH, todos ellos con un resultado $p < 0.001$. Con el resto de los dominios no existe una relación directa. (Tabla 20).

Tabla 20. Relación de la resiliencia y los diferentes dominios del Test SF-36.

Dominios	P*
PCS	0.075
GH	<0.0001*
PF	0.109
RP	0.274
BP	0.08
MSC	<0.0001*
VT	<0.0001*
SF	<0.0001*
RE	0.07
MH	<0.0001*

*Spearman

10.7. Comparación de resiliencia y CVRS entre la muestra operativa y no operativa.

Se realiza una comparación entre las muestras operativa y no operativa en los dominios de CVRS y la resiliencia.

En relación a la CVRS, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en el índice global físico y en los dominios de salud física: PCS ($p=0.045$), GH ($p=0.000$), RP ($p=0.016$) y BP ($p=0.003$).

En los dominios de salud física presentan peor puntuación los no operativos en GH, mientras que los operativos presentan peor puntuación en PCS, RP y BP. En los dominios de salud mental no hay diferencias estadísticamente significativas.

En salud mental no hay diferencias estadísticamente significativas entre los operativos y no operativos.

Respecto a la resiliencia, se observa que existen diferencias significativas. Presentando mejor resiliencia los militares operativos.

En la tabla 21 se pueden ver los distintos resultados de la comparación entre los militares operativos y no operativos.

Tabla 21. Comparación entre operativos y no operativos en CVRS y resiliencia.

	N	X ± DT	p
PCS			
Operativos	323	52.5±6.4	0.045*
No operativos	74	54.2±6.6	
GH			
Operativos	323	81.0±14.5	<0.0001*
No operativos	74	73.5±17.6	
PF			
Operativos	323	95.6±9.6	0.448*
No operativos	74	94.6±10.6	
RP			
Operativos	323	76.8±22.1	0.016*
No operativos	74	83.6±20.7	
BP			
Operativos	323	63.7±24.3	0.003*
No operativos	74	73.3±26.0	
MCS			
Operativos	323	51.7±8.0	0.078*
No operativos	74	49.7±10.9	
VT			
Operativos	323	66.4±17.9	0.767*
No operativos	74	67.1±20.6	
SF			
Operativos	323	82.8±19.9	0.586*
No operativos	74	81.4±22.7	
RE			
Operativos	323	87.5±17.2	0.132*
No operativos	74	84.0±21.8	
MH			
Operativos	323	77.9±14.6	0.173*
No operativos	74	75.1±20.3	
RESILIENCIA			
Operativos	323	77.0±10.6	0.030**
No operativos	74	73.4±12.7	

*T-Student., ** U Mann-whitney

10.8. Comparación de la CVRS entre los militares y la población general española

Como se ha dicho en el apartado de estado actual del tema, para el presente trabajo se dispone de valores normalizados de referencia en la población general española (Vilagut et al., 2005). En dicha población estos valores son: índice global de salud física 32,3 (DE 8,9), índice global de salud mental 46,6 (DE 10,0), función física 84,7 (DE 24,0), función social 90,1 (DE 20,0), rol físico 83,2 (DE 35,2), rol emocional 88,6 (DE 30,1), salud mental 73,3 (DE 20,1), vitalidad 66,9 (DE 22,1), dolor 79,0 (DE 27,9), salud general 68,3 (DE 22,3).

En la comparación entre la muestra y la población general, los índices globales de salud física y mental de las tres muestras son superiores a la población general española.

En el total de la muestra, la puntuación media obtenida en PCS es de 52.9 ± 6.7 . El grupo no operativo obtuvo la mayor puntuación 54.2 ± 6.6 . Mientras que en la población general la puntuación media es de 32.3 ± 8.9 .

En MCS, las puntuaciones del total de la muestra son más bajas que en el índice global de la salud física general. La puntuación media del total de población es 50.5 ± 9.7 . La puntuación más alta corresponde a la muestra operativa con 51.7 ± 8.0 . Todas ellas superiores a la población general, donde la media es de 46.6 ± 10.0 . (Figura 53).

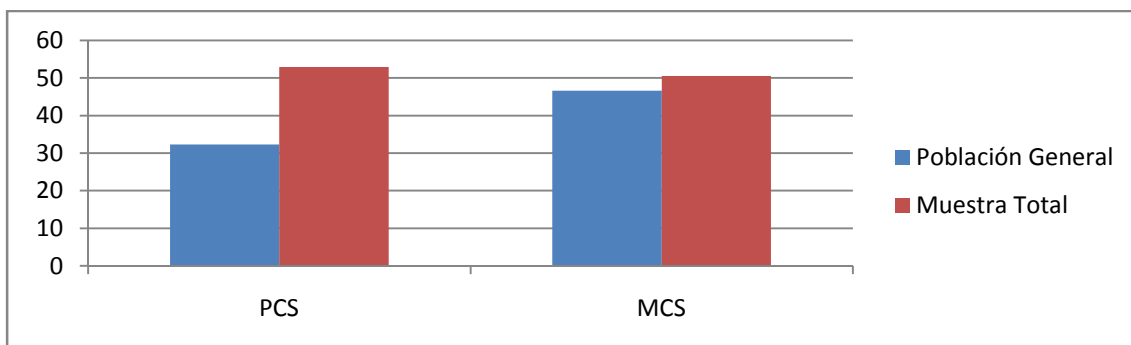


Figura 53. Comparación de las puntuaciones de la muestra total y población general en PCS y MCS.

Examinando los resultados en relación a los distintos dominios de PCS, se observa que las tres muestras superan a la población general en dos dominios: GH y PF. La puntuación más alta en GH la obtuvo la muestra operativa con una puntuación de 81.0 ± 14.5 , siendo la media en la población general de 68.3 ± 22.3 puntos. En cuanto a PF, la puntuación más elevada la obtuvo de nuevo la muestra operativa con una media de 95.6 ± 9.6 puntos, muy superior a la puntuación de la población general con 84.7 ± 24.0 .

Respecto a los dominios RP y BP, la población general, con una media de 83.2 ± 35.2 y 79.0 ± 27.9 puntos, respectivamente, supera en las puntuaciones obtenidas por los militares, excepto en rol físico del grupo no operativo, con una puntuación 83.6 ± 20.7 .

En relación a los dominios de salud mental, se observa que en tres de los cuatro dominios la puntuación de la población general es superior a las obtenidas por las muestras.

Respecto a VT, sólo la muestra operativa con una puntuación de 67.1 ± 20.6 puntos supera a la media de la población general (66.9 ± 22.1 puntos). El resto de las muestras obtienen puntuaciones ligeramente inferiores a la población general.

En SF y RE, las puntuaciones de las tres muestras son inferiores a la media de la población general, que son 90.1 ± 20.0 y 88.6 ± 30.1 puntos, respectivamente. La muestra operativa obtuvo la puntuación más alta en SF con 82.8 ± 19.8 puntos, mientras que en RE, la puntuación más alta fue de la muestra total con 85.3 ± 20.5 .

En relación a MH, las tres muestras obtuvieron puntuaciones más altas que la puntuación media de la población general (73.3 ± 20.1 puntos). La muestra operativa obtuvo la puntuación más alta con 77.9 ± 14.6 puntos.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre las muestras total y operativa y la población general, en todos los dominios excepto en VT y RE. Mientras que en la muestra no operativa y la población general sólo existe diferencias estadísticamente significativas en los dominios PCS, GH, PF, MCS y SF.

En la Tabla 22 se comparan, todos los valores de los dominios del test SF-36 en salud física y salud mental, las tres muestras y la población general.

Tabla 22. Comparación de los valores de los dominios del Test SF-36 de las tres muestras y la población general.

	POBLACIÓN GENERAL	TOTAL	P* Población general vs Total	OPERATIVA	P* Población general vs operativa	NO OPERATIVA	P* Población general vs no operativa
	X±DT	X±DT		X±DT		X±DT	
PCS	32,3±8,9	52,9±6,7	<0,0001	52,5±6,4	<0,0001	54,2±6,6	<0,0001
GH	68,3±22,3	78,4±17,4	<0,0001	81,0±14,5	<0,0001	73,5±17,6	0,013
PF	84,7±24,0	95,3±8,7	<0,0001	95,6±9,6	<0,0001	94,6±10,6	<0,0001
RP	83,2±35,2	77,0±22,7	<0,0001	76,8±22,1	<0,0001	83,6±20,7	0,864
BP	79,0±27,9	66,5±27,4	<0,0001	63,7±24,3	<0,0001	73,3±26,0	0,064
MCS	46,6±10,0	50,5±9,7	<0,0001	51,7±8,0	<0,0001	49,7±10,9	0,016
VT	66,9±22,1	65,2±20,2	0,722	66,4±17,8	0,644	67,1±20,6	0,919
SF	90,1±20,0	81,9±21,9	<0,0001	82,8±19,8	<0,0001	81,4±22,7	0,002
RE	88,6±30,1	85,3±20,5	0,060	87,5±17,2	0,269	84,0±21,8	0,075
MH	73,3±20,1	75,9±17,4	<0,0001	77,9±14,6	<0,0001	75,1±20,3	0,440

*T-Student

Examinando los resultados en relación a los distintos dominios de PCS y el género, se observa que las tres muestras superan a la población general en dos dominios, GH y PF. La puntuación más alta en GH, la obtiene la muestra operativa de hombres (81.1±14.1) y de mujeres (79.4±18.9 puntos), siendo la media en la población general de 70.8±21.5 puntos en hombres y 65.9±22.8 puntos en mujeres.

En cuanto a PF, la puntuación más elevada la obtuvo de nuevo la muestra operativa con una media de 95.5 ± 9.8 en hombres, y en mujeres 95.6 ± 6.5 puntos, siendo la media en la población general de 88.2 ± 21.5 puntos en hombres y 81.5 ± 25.7 puntos en mujeres.

Respecto a los dominios RP y BP, la población general supera en puntuación a las obtenidas por los diferentes géneros de las tres muestras.

En relación a los dominios de salud mental, se observa que en tres de los cuatros dominios la puntuación de los hombres y mujeres de la población general es superior a las obtenidas por las muestras.

Respecto a VT, los hombres y mujeres de la población general superan a los hombres y mujeres de las muestras; exceptuando a las mujeres de la muestra no operativa, con una media de 64.4 ± 23.0 puntos, que superan a las mujeres de la población general que presentan una media de 63.6 ± 22.6 puntos.

En SF, las mujeres y los hombres (87.9 ± 21.7 y 92.5 ± 17.6 puntos) de la población general superan a los hombres y mujeres de las tres muestras.

En cuanto a RE, sucede lo mismo que en el dominio VT. En este dominio son las mujeres de la muestra operativa con una media de 86.0 ± 21.3 puntos, las que superan a las mujeres de la población general.

En relación a MH, los hombres y mujeres de las muestras superan a los hombres y mujeres de la población general. La puntuación más alta la obtuvo la muestra operativa, donde los hombres tuvieron una puntuación de 78.2 ± 14.2 y las mujeres una media de 74.2 ± 18.3 puntos, siendo superior a las medias de los hombres (76.9 ± 18.6) y mujeres (70.1 ± 20.9) de la población general.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre las muestras y la población general en los hombres en todos los dominios, excepto en MH en la muestra operativa, mientras que en las mujeres sólo existen diferencias estadísticamente significativa en los dominios GH y PF.

En cuanto a la muestra no operativa, existen diferencias estadísticamente significativas en los hombres en los dominios PF, BP, SF y RE. Sin embargo en las mujeres, esas diferencias estadísticamente significativas se da sólo en el dominio PF.

En la tabla 23 se comparan, todos los valores de los dominios del test SF-36 en salud física y salud mental, las tres muestras y la población general por género.

Tabla 23. Comparación de los valores de los dominios del Test SF-36 de las tres muestras y la población general por género.

	POBLACIÓN GENERAL	TOTAL	P* Población general vs Total	OPERATIVA	P* Población general vs operativa	NO OPERATIVA	P* Población general vs no operativa
	X±DT	X±DT		X±DT		X±DT	
GH							
hombre	70,8±21,5	79,9±14,8	<0.0001	81,1±14,1	<0.0001	73,8±16,7	0.164
mujer	65,9±22,8	76,9±20,1	0.002	79,4±18,9	0.002	72,3±22,1	0.318
PF							
hombre	88,2±21,5	95,4±10,0	<0.0001	95,5±9,8	<0.0001	94,7±11,0	<0.0001
mujer	81,5±25,7	95,1±7,4	<0.0001	95,6±6,5	<0.0001	94,2±9,1	<0.0001
RP							
hombre	87,2±31,5	78,3±21,8	<0.0001	76,9±21,9	<0.0001	84,8±20,4	0.370
mujer	79,5±38,0	75,8±23,6	0.342	74,7±24,6	0.345	77,9±22,2	0.797
BP							
hombre	84,0±24,9	65,3±24,3	<0.0001	63,4±23,8	<0.0001	74,3±24,8	0.003
mujer	74,4±29,7	67,8±30,5	0.190	67,4±30,4	0.258	68,6±32,0	0.527
VT							
hombre	70,5±21,1	66,9±17,9	<0.0001	66,7±17,4	<0.0001	67,7±20,2	0.288
mujer	63,6±22,6	63,5±22,6	0.976	63,0±22,8	0.896	64,4±23,0	0.900
SF							
hombre	92,5±17,6	82,7±20,1	<0.0001	82,7±19,9	<0.0001	82,6±21,1	0.001
mujer	87,9±21,7	81,2±23,7	0.093	84,0±19,9	0.338	75,9±29,9	0.176
RE							
hombre	92,9±24,1	87,2±17,5	<0.0001	87,6±16,8	<0.0001	85,2±20,5	0.005
mujer	84,4±34,2	83,3±23,6	0.782	86,0±21,3	0.711	78,2±27,5	0.433
MH							
hombre	76,9±18,6	77,7±15,4	<0.0001	78,2±14,2	0.107	75,3±20,1	0.544
mujer	70,1±20,9	74,2±19,4	0.200	74,2±18,3	0.275	74,2±22,1	0.512

*T-Student

11. DISCUSIÓN

En la presente investigación, la muestra está compuesta por sujetos con un rango de edad entre los 20 y 58 años. La mayoría vive en pareja y el 31% tiene estudios medios. El 52.4% tiene una antigüedad en el ejército superior a 8 años y se les puede considerar como veteranos. La mayoría no ha realizado misiones, lo contrario que en los estudios consultados.

Estas características demográficas son similares, exceptuando la realización de misiones internacionales, a otras poblaciones militares que han sido objeto de estudios anteriormente (Boulos y Zamorski, 2013a; Rice y Liu, 2016; Voelker et al., 2002).

11.1. Resiliencia

La media de resiliencia en el estudio es de 76.0 ± 12.0 puntos. El 15.4% del total presenta niveles de resiliencia superiores a 88 puntos.

Al comparar las muestras operativa y no operativa entre sí, observamos una puntuación media más alta en la operativa, existiendo una diferencia estadísticamente significativa.

La puntuación de la muestra total (76.0 puntos) es similar a la obtenida en otros ejércitos y colectivos que se pueden considerar como profesiones de riesgo, por ejemplo los enfermeros, médicos, policías, cuidadores, educadores-profesores (Fernández-lansac et al., 2012; Ríos et al., 2012), aunque otros ejércitos mostraron niveles superiores (Connell et al., 2013; Lee, Ahn, Jeong, Chae y Choi, 2014).

Diversos autores recomiendan el estudio de la resiliencia previo a la incorporación del personal a las FAS, así como la implantación de programas para aumentar o reforzar la resiliencia (Bowles y Bates, 2010; Cacioppo et al., 2015; Cornum et al., 2011; García y Bardera, 2013a; Rachman, 2017; Steenkamp et al., 2013), con ello se realizaría una prevención sobre la salud física y mental del soldado. Existe evidencia científica de la eficacia de estos programas de promoción (Masten, 2015).

Según la literatura revisada, los autores no se ponen de acuerdo en si la edad, el nivel de estudios, el estado civil y el género influyen en la resiliencia, siendo las conclusiones de los estudios contradictorios. En este estudio, tener pareja o no produce puntuaciones similares en todos los grupos, sin diferencias estadísticamente significativas. Esto coincide con el estudio de Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2014). Sin embargo, debemos mencionar el hecho de que en la actualidad está cambiando la importancia que se da a la pareja como elemento de máximo apoyo, siendo el grupo social el gran protagonista. Esta idea es lanzada por Benito et al. en su estudio publicado en el año 2010 donde refiere que la pareja o la familia pueden ser sustituidos por el grupo de amigos. En el ejército se fomenta el compañerismo y la cohesión de unidad (García y Bardera, 2013b), por eso las puntuaciones en este colectivo en referencia a la importancia de tener pareja estable, pueden verse diluidas, y como consecuencia, el personal que no viva en pareja no presenta tantas diferencias en comparación a los que sí la tienen.

Debe tenerse en cuenta que en la actualidad se habla del apoyo social como una de las herramientas más importantes y de las más eficaces para superar las adversidades, teniendo una relación directa y diferencias estadísticamente significativas con la resiliencia (Cacioppo et al., 2015; Cigrang et al., 2014; Fernández-lansac et al., 2012; Hourani et al., 2012; Nho et al., 2017; Staugaard, Johannessen, Thomsen, Bertelsen y Berntsen, 2015b).

Sobre la relación entre la resiliencia y la edad, hay autores que consideran que la edad actúa como una variable moduladora del nivel de resiliencia y afirman que esta se desarrolla a lo largo de toda la vida (Rodríguez M. et al., 2009). Hay estudios que refieren correlación positiva entre edad y resiliencia (Hourani et al., 2012; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014).

En el presente estudio no existe una correlación positiva. Esto puede deberse a que la mayoría de los individuos se encuentra concentrada en una franja concreta de edad (23-33 años). Aunque en otros estudios el intervalo de edad es muy amplio, tampoco existe esa relación entre resiliencia y edad, coincidiendo con nuestra investigación (Quiceno y Alpi, 2012; Ríos et al., 2012).

En relación al género-resiliencia, observamos que la mujer obtiene mayores puntuaciones en las tres muestras, aunque sin diferencias significativas estadísticamente. Otros autores encontraron resultados similares (Fernández-lansac et al., 2012; Quiceno y Alpi, 2012), excepto Moore et al. (20017).

Del análisis entre el nivel de estudios y resiliencia se desprende que no existe relación. Incluso se da la circunstancia de que obtienen mayores puntuaciones las personas que tienen una titulación más baja. Existen estudios previos que coinciden con nuestro hallazgo (Quiceno y Alpi, 2012; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014). Por otro lado Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2014) encontraron relación entre el nivel de estudios y la resiliencia.

Respecto a las variables militares, en el presente estudio, tener mayor graduación no es sinónimo de mayor puntuación en resiliencia. Las puntuaciones de los distintos empleos, en los tres grupos, no son estadísticamente significativas.

En cuanto a la relación antigüedad en las FAS-resiliencia, otros autores (Becoña, 2006; Lutha y Cicchetti, 2000; Vera et al., 2006) consideran la resiliencia como un proceso dinámico y una adaptación al estrés y a los traumas, por lo tanto, se debería haber encontrado que a más antigüedad en las FAS, mayor puntuación en la resiliencia. Sin embargo aquí no ha sido así y se observa que en el primer año en las FAS, la puntuación es alta, reduciéndose en los siguientes años, hasta que se estabiliza a los 6-8 años de antigüedad.

Referente a la realización o no de misiones, las puntuaciones en los tres grupos no arrojan diferencias estadísticamente significativas. Resaltar que los individuos que han realizado misiones son más resilientes. Lo que coincide con los estudios de (Leners et al., 2014; Simmons y Yoder, 2013; Sudom et al., 2014). Lo que apoya la idea de que la superación de las adversidades aumenta la resiliencia (Vera et al., 2006; Xvi, 2010).

En cuanto a las preguntas, ¿cambiaría de unidad? y ¿dejaría el ejército?, no hay diferencias estadísticamente significativas entre los que respondieron "sí" o "no". Recalcar que en ambas preguntas los que presentan mayor puntuación en resiliencia fueron los que respondieron "no".

Posiblemente tener mayor resiliencia permite superar mejor las adversidades que se presentan en la unidad y en el ejército. Como consecuencia de ello, no se ven estas adversidades como algo insuperable y un problema para su salud y el resultado de todo esto es no querer cambiar de unidad ni dejar el ejército.

En relación a la pregunta de la conciliación familiar, se observa en la muestra total y en el grupo operativo que cuanto más alta es la resiliencia mejor se valora la relación familiar.

Existiendo diferencias estadísticamente significativas en el grupo operativo. Sin embargo, en la muestra no operativa se produce lo contrario, es decir, cuanto más alta es la resiliencia peor se valora la conciliación familiar. No podemos afirmar categóricamente que la resiliencia en los militares influya en la valoración que estos hacen de su conciliación familiar, aunque en el grupo operativo sí que influya. Debemos pensar que además de la resiliencia, existan otros factores influyentes no estudiados en esta investigación. En la muestra total y no operativa, existe una relación indirecta entre la resiliencia y la valoración de la relación con los compañeros. Cuanto más alta es la puntuación, peor es la valoración de la relación con los compañeros, existiendo diferencia estadísticamente significativa. En la muestra operativa la relación es directa, es decir, cuánto más alta es la puntuación más alta es la valoración, existiendo también diferencias estadísticamente significativas. Esto podría explicarse porque, como consecuencia de su entrenamiento, se desarrolla, de forma especial una gran camaradería y un mayor refuerzo de la resiliencia. Como conclusión, la resiliencia influye en la valoración del compañero.

Sobre la relación con los jefes, se observa la misma respuesta que en la pregunta anterior. Las puntuaciones más altas se dan en la muestra operativa. Posiblemente las decisiones que toma un jefe en una unidad operativa se valoran de forma diferente que en una unidad no operativa, ya que estas decisiones en situaciones adversas recaen directamente sobre las personas. Estos resultados se deben interpretar de forma cautelosa, porque en cada unidad existe un jefe diferente. Podemos afirmar que la resiliencia influye en la valoración del mando.

En cuanto a la satisfacción con el trabajo, existe una relación directa entre la valoración positiva de esta y la puntuación en resiliencia. Cuanto mayor satisfacción tiene el sujeto con su trabajo, mayor resiliencia. Asimismo, decir que en todas las muestras existen diferencias estadísticamente significativas.

11.2. Calidad de vida relacionada con la salud

Los resultados indican que los militares perciben mejor su salud que la población española.

En PCS, las tres muestras superan a la población española en 20 puntos. Mientras que en MCS, los militares superan a la población general 3-5 puntos. Existiendo diferencias estadísticamente significativas.

La diferencia tan grande de puntuación que existe en PCS, puede deberse a la alta exigencia en las condiciones físicas del militar. En cuanto a MCS, indicar que todo militar pasa una serie de pruebas selectivas psicológicas antes de su ingreso, pudiendo ser decisivo para esta pequeña diferencia de puntuación.

Si analizamos la PCS en sus diferentes dominios, observamos que en GH y PF puntúa 10 puntos más alto la población militar. Sin embargo, en los dominios RP y BP, se obtienen puntuaciones similares, aunque con valores inferiores la población militar.

En MCS, los militares obtienen puntuaciones por debajo de la población civil en los dominios VT, SF y RH. Mientras que en MH los valores son superiores a la población española. Estos resultados coinciden con el estudio que se realizó sobre la población de trabajadores sanitarios españoles (Burgos Díez et al., 2012).

Los presentes resultados no coinciden con otros estudios que informan que la salud de los militares son peores que los de la población civil, pudiendo estar afectados los dos componentes o uno (físico/mental) (Barrett et al., 2003; Eisen et al., 2005; Forman-Hoffman et al., 2005; Ikin et al., 2009; Luncheon y Zack, 2012).

Por otro lado, el estudio que se realizó en la armada noruega indica que los militares presentan una percepción similar a la población general (Magerøy et al., 2007).

En relación al género, los valores son similares a los comentados para la salud física y mental en general, en las tres muestras. Los hombres y mujeres militares superan en GH y PF, mientras que en RP y BP son similares o inferiores. En los dominios de la salud mental, ocurre igual que lo expresado para la salud general, superando en puntuación la población española en estos dominios, excepto en MH. Destacar el estudio de Burgos et al (2012) donde una población de profesionales sanitarios obtuvo mejores puntuaciones que la población militar.

Acerca de la percepción de la salud que tiene la muestra dependiendo de si vive o no en pareja, en MCS las puntuaciones peores las tienen las personas que viven en pareja, aunque los valores son muy similares entre tener o no pareja. Como ya hemos referido anteriormente en la resiliencia, como apoyo social se debe entender no sólo la pareja, sino también el círculo de amigos, familia, compañeros, etc.

También se puede interpretar que los militares que tienen pareja, perciban peor su MCS por las dificultades que presenta el trabajo militar para la conciliación familiar y social.

En cuanto a la PCS la valoran mejor los que tienen pareja.

Los estudios encontrados en la búsqueda bibliográfica reflejan que el apoyo social es fundamental para la PCS y MCS (Andenæs et al., 2012; Fiedler et al., 2006; McAndrew et al., 2013).

En relación al nivel de estudio, se encontró que la PCS es valorada mejor cuanto más estudios tienen los individuos. En MCS, en las muestras total y no operativa, son los sujetos con menos estudios los que valoran mejor su salud mental. La muestra operativa que tiene estudios medios, percibe mejor su salud.

No tenemos referencia para comparar con la población general española, sin embargo encontramos un estudio que refiere que los militares noruegos presentan valores similares de CVRS en relación a la población general noruega, cuando presentan los mismos estudios (Magerøy et al., 2007).

En relación a las variables militares, decir que cuanto más alto es el empleo militar, mejor se percibe la PCS, mientras que para la MCS los que mejor la perciben son los de empleo intermedio, seguido por los más altos. Coincide con otros estudios encontrados.

Las investigaciones de Ikin et al (2009) y Magerøy et al (2007) hacen hincapié en la importancia de la actividad física, dentro de la salud militar.

La variable antigüedad en las FAS indica, en la muestra total y operativa, perciben mejor la PCS y MCS los que más tiempo llevan en el ejército, mientras que en la muestra no operativa, es todo lo contrario. No se han encontrado estudios de referencias al respecto.

Sobre la realizaciones de misiones, Eisen et al (2005) afirman que la participación en las mismas no influye en la CVRS (Eisen et al., 2005), pero la mayoría de la bibliografía muestra que el personal militar que ha sido enviado a misiones internacionales presenta peor CVRS, tanto en la parte física (PCS) como mental (MCS) (Boulos y Zamorski, 2013; Falvo et al., 2012; Fiedler et al., 2006; Proctor, Harley, Wolfe, Heeren y White, 2001; Richardson, Long, Pedlar y Elhai, 2008; Spalj, Peric, Mlacovic Zrinski, Bulj y Plancak, 2012; Trivedi et al., 2011; Voelker et al., 2002), incluso profesiones como los bomberos que acuden a desastres, presentan peor CVRS posteriormente (Slottje et al., 2007).

Esto no coincide con nuestros resultados, ya que el personal que valora mejor su CVRS son los que han realizado misiones internacionales. Puede ser, que no sólo la realización de misiones influya en la salud. Otros factores relacionados con las mismas pueden afectar, tales como tiempo en la misión, número de misiones, traumas que se han vivido durante esa misión, etc.

Sobre las preguntas de dejar el ejército o la unidad, se obtiene que los valores más altos sobre la percepción de su salud corresponden a los sujetos que no dejarían ni la unidad ni el ejército. No tenemos evidencias que puedan justificar esta respuesta, pero la lógica indica que si el individuo percibe que la unidad o el ejército perjudica su salud, este indique su deseo de cambiar o dejarlo.

En relación a las preguntas personales, se observa que en la conciliación familiar y satisfacción laboral, los individuos que han obtenido mayor puntuación en CVRS han contestado que es buena.

En cuanto a la relación con los compañeros, en las muestras total y no operativa, los sujetos que peor perciben su PCS contestan que esta relación es buena. En la muestra operativa son los sujetos que mejor perciben su PCS los que responden como buena.

En las muestras total y operativa, los sujetos que mejor puntúan en MCS responden que la relación es buena. En la no operativa se refiere que la relación es buena en los que peor valoran su salud.

En la relación con los jefes, las respuestas son similares a las anteriores, con la variación en la respuesta de la muestra total en PCS, donde los que mejor valoran su salud física responden como regular la relación.

En la valoración de MCS, las tres muestras puntúan alto, indicando que la relación con el jefe es buena.

Debemos indicar que parece ser que nuestros militares disfrutan de una buena CVRS respecto a otros ejércitos e incluso mejor que la población general española. Aún así sería recomendable hacer una evaluación previa al ingreso en las FAS y otra al finalizar el compromiso con estas, así como un pre y post misión, para la posible rehabilitación de su salud antes de volver a la vida civil, como bien indican otros autores en sus estudios (Barrett et al., 2003; Hourani et al., 2012; Richardson et al., 2008; Voelker et al., 2002).

Al realizar la correlación entre la resiliencia y la CVRS (en la muestra total), obtenemos una relación entre la resiliencia, el índice general de salud mental y todos sus dominios, excepto en RE. Mientras que para la salud física sólo existe correlación con el dominio GH.

Esto tiene sentido ya que la resiliencia y la salud mental son dos conceptos relacionados. La primera nos previene sobre el deterioro de la segunda. Hourani et al (2012) afirman que el papel de la resiliencia parece tener un mayor impacto en el deterioro funcional de los síntomas de salud mental en sí.

Cierto es que están muy estudiados los problemas de salud mental y la resiliencia en los militares, sobre todo después del despliegue y en condiciones muy adversas. Sin embargo el deterioro de la función física es un tema pendiente de estudio, como refiere en su artículo (Falvo et al., 2012a), se debería estudiar si la resiliencia influye de alguna forma o no en la percepción de la salud física (PCS).

Cuando analizamos las muestras operativa y no operativa, encontramos que en PCS la muestra no operativa presenta mejor valoración que la operativa. Los dominios GH y PF son valorados mejor por la operativa, mientras que los dominios RP y BP obtienen mejor puntuación por los no operativos.

Esto podría explicarse por el tipo de instrucción que tienen las diferentes muestras. Como consecuencia de su formación los operativos presentan más lesiones o molestias físicas, que los no operativos, motivo por el cual el personal de esta muestra puede verse influenciado para valorar peor su salud física.

A diferencia que en PCS, en MCS la muestra operativa puntúa más alto en tres dominios de los cuatro. En cuanto a resiliencia la muestra operativa presenta mayor puntuación frente a la no operativa.

La justificación a este hecho podría ser la misma que hemos referido para dar una explicación a la PCS. Las adversidades que sufren las unidades operativas en su instrucción, hacen que su resiliencia aumente y como consecuencia de ello, su salud mental. Se encontró un artículo (Perić et al., 2013) que refiere todo lo contrario a esta teoría. Estos autores no encontraron diferencias significativas en los componentes físicos y mentales de la CVRS entre los soldados de una unidad operativa y otra no operativa.

12. CONCLUSIONES

A continuación, se exponen las conclusiones según la hipótesis y los objetivos planteados.

Objetivo: Determinar las características sociodemográficas y militares de los soldados

La muestra del estudio está compuesta mayoritariamente por hombres. La edad media se encuentra en los 31,1 años; siendo la muestra operativa la más joven.

El conjunto de la muestra vive en pareja, destacando la muestra no operativa. La mayoría de estas parejas no tienen hijos, o tienen un hijo.

Los estudios predominantes son los de bachillerato.

El grupo está formado mayoritariamente por tropa. Teniendo una antigüedad de más de 8 años en las FAS.

Más de la mitad no ha realizado misiones internacionales. Y la mayoría de los que sí ha realizado misiones, estuvieron hace menos de un año.

Una parte importante de la muestra cambiaría de unidad, sin embargo no dejarían el ejército. La mayoría son militares vocacionales.

Objetivo: Identificar la CVRS de los soldados

Los militares españoles valoran mejor su CVRS, que los militares de otros ejércitos. La CVRS de la muestra no es superior a otras profesiones de riesgo.

Los militares no operativos perciben mejor su salud física global que los operativos.

Los militares operativos estiman mejor su salud mental global que los no operativos.

Objetivo: Comparar la CVRS de la población militar con la población civil

Los militares de la muestra tienen una CVRS global superior a la población general española. Sin embargo, analizando por dominios, los valores son similares, tanto en el aspecto físico como en el mental.

En la parte física los militares superan a los civiles en los dominios de salud general y función física.

En la salud mental los militares sólo superan a los civiles en salud mental general.

Objetivo: Definir el nivel de resiliencia de los soldados

El nivel de resiliencia de la muestra es media (76.0 ± 12.0 puntos).

La resiliencia que presenta la muestra no es diferente a otras profesiones de riesgo.

Sólo una pequeña proporción de la muestra presenta resiliencia alta (>88 puntos).

Los militares operativos presentan mayor resiliencia que los no operativos.

Objetivo: Establecer la relación entre las variables sociodemográficas y militares y la CVRS.

La edad, el género y vivir en pareja no influyen en la CVRS.

Los que viven en pareja puntúan peor en salud.

El nivel de estudios parece ser que no influye en los índices globales de salud, sin embargo, en el total de la muestra y en el grupo operativo, influye en los dominios rol físico y dolor.

El tiempo de permanencia en las fuerzas armadas influye positivamente. Cuanto más años, mejor percepción global CVRS. Por otro lado, cabe decir que aunque influye positivamente en la salud física, no se ha encontrado que tuviese esta influencia sobre la salud mental.

El empleo no es sinónimo de mayor calidad de vida.

El bienestar en la unidad de destino influye positivamente en el aspecto físico de la CVRS pero no en el psicológico.

Estar a gusto en el ejército influye positivamente tanto en el aspecto físico como en el mental.

Haber realizado misiones internacionales no tiene ninguna influencia sobre la CVRS.

Las variables de la vida personal, tales como buena conciliación familiar, una relación aceptable con los mandos y buena satisfacción laboral influyen positivamente en la CVRS.

Objetivo: Establecer la relación entre las variables sociodemográficas y militares y la resiliencia.

La edad, el género, vivir en pareja y el nivel de estudios no influyen en la resiliencia.

Los que viven en pareja puntúan mejor en resiliencia.

Las mujeres puntúan más alto en las tres muestras en resiliencia.

Los individuos con estudios medios registran mayores valores en resiliencia.

El tiempo de permanencia en las FAS, el empleo y la realización de misiones no influyen en la resiliencia.

El empleo no es sinónimo de mayor resiliencia.

La resiliencia no influye en la idea de cambiar de unidad o dejar el ejército.

La resiliencia influye en todas las respuestas de tipo personal, excepto en la percepción de la conciliación familiar.

Objetivo: Establecer la relación entre la resiliencia y la CVRS.

Existe relación directa entre la resiliencia y el índice de salud mental global (MCS) y en los dominios vitalidad (VT), función social (SF) y salud mental (MH).

Igualmente existe relación directa entre la resiliencia y el dominio salud general (GH) del índice global de salud física (PCS).

Objetivo: Comparar la resiliencia y CVRS del grupo operativo con el grupo no operativo.

Los soldados del grupo no operativos presentan peor puntuación en salud general (GH).

No hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en índice global de salud mental.

En resiliencia no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, pero el grupo operativo presenta mejor puntuación.

OBJETIVO GENERAL: Analizar la CVRS y la resiliencia en soldados españoles

Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente se puede afirmar que el objetivo general del estudio se ha alcanzado.

HIPÓTESIS:**1. Los soldados presentan índices inferiores a la población general en lo referente a la CVRS.**

Se rechaza esta hipótesis. Los resultados muestran que los militares tienen una percepción de su salud, física y mental, superior a la población general.

2. Los soldados tienen un nivel alto de resiliencia.

Rechazamos la hipótesis. Los resultados demuestran que los soldados tienen un nivel medio en resiliencia, igual que otras profesiones que trabajan en circunstancias similares.

12.1. Conclusión final.

En otros ejércitos, sobre todo el americano, existe un grave problema con la salud de los soldados. Como consecuencia de ello se produce un elevado coste económico y social.

En la actualidad, en las Fuerzas Armadas Españolas no parece haber constancia de un problema similar. Aún así, se debe prevenir su aparición. Para ello, sería necesaria aumentar la investigación sobre el estado de la cuestión y por otro lado la implementación de programas para el reforzamiento de la resiliencia y la mejora de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Al mismo tiempo se deberían evaluar tanto la Calidad de Vida Relacionada con la salud como la resiliencia de los individuos que acceden por primera vez a las Fuerzas Armadas a fin de tener puntos de referencia sobre el estado inicial del personal.

13. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Entre las limitaciones de la investigación es preciso mencionar que, si bien la metodología permite alcanzar los objetivos principales, posibilitando una explicación directa de la calidad de vida y la resiliencia de los militares, algunas cuestiones de interés precisarían un tratamiento complementario, al plantearse como una primera aproximación que requiere mayor profundidad.

Las limitaciones del presente estudio se encuentran enmarcadas en cuatro aspectos. En primer lugar la falta de estudios previos de investigación sobre el tema. Hay una nula experiencia en esta investigación en las Fuerzas Armadas Españolas por lo tanto, no se tienen referencias para sentar el estado de la cuestión en cuanto a resiliencia y calidad de vida en soldados españoles.

El número de individuos es limitado y aunque los resultados podrían ser extrapolables a otras unidades de montaña, no así los de la muestra no operativa y el grupo de mujeres, ya que se trabajó con la disponible en el acuartelamiento.

Se ha de tener en cuenta que la investigación se ha llevado a cabo en el Ejército de Tierra, quedando por estudiar el Ejército del Aire y La Armada.

Los datos obtenidos mediante los cuestionarios han sido auto-informados. Como dicen Price & Murnan (2004), los datos auto-informados están limitados por el hecho de que no se han podido verificar independientemente y pueden contener varias fuentes potenciales de sesgo a las que debe estar atento y observar como limitaciones. Estos sesgos son: 1) memoria selectiva, o sea, recordar o no recordar experiencias o eventos que ocurrieron en algún momento; 2) atribución, que se refiere al acto de atribuir eventos positivos y resultados a la propia persona, pero atribuyendo eventos negativos y resultados a fuerzas externas; y 3) la exageración, el acto de representar resultados o embellecer eventos como más significativo de lo que realmente fueron.

14. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La falta de estudios previos sobre calidad de vida relacionada con la salud y la resiliencia en soldados españoles abre una oportunidad para identificar esta brecha en la literatura y consecuentemente nuevas investigaciones. Es importante seguir investigando en esta línea en muestras mayores y en los dos ejércitos y en la armada.

Una línea interesante sería no sólo la detección del nivel de CVRS y resiliencia de los soldados sino desarrollar intervenciones para potenciarlas, creando y aplicando programas cuya efectividad ya ha sido probada en otros países.

Una última propuesta como línea de investigación sería ampliar el estudio a otras profesiones que trabajan con el estrés de forma continuada y sufren traumas en su vida laboral, por ejemplo a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, bomberos y personal sanitario.

Todo ello en beneficio de unos profesionales cuya misión es la de servir, proteger y ayudar a las personas en circunstancias muy comprometidas.

15. DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación ha sido difundida en los siguientes congresos y revistas:

-Comunicación. Calidad de vida relacionada con la salud. XI Reunión Internacional-I Congreso Virtual. Investigación Cualitativa en Salud Jóvenes y Salud. Combatir o Compartir los Riesgos. Granada (España) (6-7 noviembre 2014).

-Fúnez Ñacle, Manuel. Calidad de vida relacionada con la salud para un militar. Relato bibliográfico de un soldado. Arch Memoria [en línea]. 2015; (12 fasc. 2). Disponible en <<http://www.index-f.com/memoria/12/12207.php>>.

-Poster. Fúnez Ñacle, Manuel. Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Soldados Españoles. II Congreso Sanidad Militar. Madrid (España). (22-23 junio 2016).

-Fúnez Ñacle Manuel, García Martínez Montserrat. Calidad de vida relacionada con la salud en militares españoles. Revista Sanidad Militar.2017;73 (4):211-5.

16. BIBLIOGRAFÍA

- Adler, A. B., Britt, T. W., Riviere, L. A., Kim, P. Y., & Thomas, J. L. (2015). Longitudinal determinants of mental health treatment-seeking by US soldiers. *British Journal of Psychiatry*, 4, 346-350. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.146506>
- Adler, A. B., Williams, J., McGurk, D., Moss, A., & Bliese, P. D. (2015). Resilience training with soldiers during basic combat training: randomisation by platoon. *Applied Psychology. Health and Well-Being*, 7(1), 85–107. <https://doi.org/10.1111/aphw.12040>
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*, 104, 771–776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., & de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111(11), 410–416.
- Andenæs, R., Fagermoen, M. S., Eide, H., & Lerdal, A. (2012). Changes in health-related quality of life in people with morbid obesity attending a learning and mastery course. A longitudinal study with 12-months follow-up. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 95. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-95>
- Andersen, J. P., Papazoglou, K., Koskelainen, M., Nyman, M., Gustafsberg, H., & Arnetz, B. B. (2015). Applying Resilience Promotion Training Among Special Forces Police Officers. *SAGE Open*, 5(2). <https://doi.org/10.1177/2158244015590446>

- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161–164.
- Aversa, L. H., Lemmer, J., Nunnink, S., McLay, R. N., & Baker, D. G. (2014). Impact of childhood maltreatment on physical health-related quality of life in U.S. active duty military personnel and combat veterans. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1382–8. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.03.004>
- Badía, X., & Carné, X. (1998). La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Medicina Clínica Barcelona*, 110, 550–556.
- Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M., & Segura, A. (1999). [The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality of Life scale]. *Medicina Clinica*, 112 Suppl 1, 79–85.
- Badia, X., & García, F. (2000). La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultados en salud. *La investigación de resultados en salud. De la evidencia a la práctica clínica*. (p. 262). Barcelona. In Edimac (Ed.)
- Badia, X., Fernández, E. S. A. (1995). Influence of socio-demographic and health status variables on evaluation of health states in a Spanish population. *European Journal of Public Health*, 5 (2), 87–93.
- Bandoli, G., Campbell-Sills, L., Kessler, R. C., Heeringa, S. G., Nock, M. K., Rosellini, A. J., ... Stein, M. B. (2017). Childhood adversity, adult stress, and the risk of major depression or generalized anxiety disorder in US soldiers: a test of the stress sensitization hypothesis. *Psychological Medicine*, 47(13), 2379–2392. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001064>
- Bardera, M., García, M., & Pastor, A. (2014). Gestión de estrés en las fuerzas armadas. *Revista Del Instituto Español de Estudios Estratégicos*, (4), 1–24.
- Barrett, D. H., Boehmer, T. K., Boothe, V. L., & Flanders, W. D. (2003). Health-related quality of life of U.S. military personnel: a population-based study. *Military Medicine*, 168(11), 941–7.

- Bartone, P. T. (2006). Resilience Under Military Operational Stress: Can Leaders Influence Hardiness?. *Military Psychology, 18*(sup3), S131–S148. https://doi.org/10.1207/s15327876mp1803s_10
- Bauer, M., Ahmed, S., Benedetti, A., Greenaway, C., Lalli, M., Leavens, A., ... Schwartzman, K. (2015). Health-related quality of life and tuberculosis: a longitudinal cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes, 13*(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0250-4>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica, 11*(3), 128.
- Benito, A., Oudda, L., Benito, G., Lahera, G., & Fernández, A. (2010). Los factores de resiliencia ante las situaciones traumáticas: análisis tras los atentados del 11 de marzo en una muestra de pacientes en el CSM de Alcalá de Henares. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría, 30*(107), 375–391. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352010000300002>
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(2), 349–61.
- Bonanno, G. A., & Diminich, E. D. (2013). Annual research review: Positive adjustment to adversity - Trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 54*(4), 378-401. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12021>
- Boulos, D., & Zamorski, M. A. (2013a). Deployment-related mental disorders among Canadian Forces personnel deployed in support of the mission in Afghanistan, 2001-2008. *Cmaj, 185*(11), E545-E552. <https://doi.org/10.1503/cmaj.122120>
- Bowles, S. V., & Bates, M. J. (2010). Military Organizations and Programs Contributing to Resilience Building. *Military Medicine, 175*(6), 382–385.

- Bowling Ann, B. J. (1995). quality of life in social science and medicine. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1337–1465.
- Broche, Y., Rodriguez, B.C., Pérez, S., Alonso, G., Hernández, A., & Blanco, Y. L. (2012). Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-Risc). En Feijóo. (Ed.), *Validación de Instrumentos Psicológicos Criterios Básicos* (pp.71-98). Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas.
- Brondolo, E. (2015). Racial and Ethnic Disparities in Health: examining the contexts that shape resilience and risk. *Psychosomatic Medicine*, 77(1), 2–5. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000149>
- Brooks. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health Policy*, 37(1), 53–72.
- Bruner, V., & Woll, P. (2011). The Battle Within: Understanding the Physiology of War-Zone Stress Exposure. *Social Work in Health Care*, 50(1), 19–33. <https://doi.org/10.1080/00981389.2010.513915>
- Burgos, P., Ruiz, T., Queipo, D., Rescalvo, F., Martínez, M., Merino, P., & Burgos, C. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores sanitarios. *Med Segur Trab (Internet)*, 58(226), 27-34.
- Buse, N. A., Burker, E. J., & Bernacchio, C. (2013). Cultural Variation in Resilience as a Response to Traumatic Experience. *The Journal of Rehabilitation*, 79(2), 15-23.
- Cacioppo, J. T., Adler, A. B., Lester, P. B., McGurk, D., Thomas, J. L., Chen, H.-Y., & Cacioppo, S. (2015). Building social resilience in soldiers: A double dissociative randomized controlled study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109(1), 90–105. <https://doi.org/10.1037/pspi0000022>
- Cacioppo, J. T., Reis, H. T., & Zautra, A. J. (2011). Social resilience: The value of social fitness with an application to the military. *American Psychologist*, 66(1), 43–51. <https://doi.org/10.1037/a0021419>

- Campbell-Sills, L., Kessler, R. C., Ursano, R. J., Sun, X., Taylor, C. T., Heeringa, S. G., ... Stein, M. B. (2017). Predictive validity and correlates of self-assessed resilience among U.S. Army soldiers. *Depression and Anxiety*, 35(2), 122-131. <https://doi.org/10.1002/da.22694>
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in america*. New York. McGraw-Hill, Ed..
- Caqueo-Urizar, A., Boyer, L., Baumstarck, K., & Gilman, S. E. (2015). Subjective perceptions of cognitive deficits and their influences on quality of life among patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 24(11), 2753–2760. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1019-2>
- Card, N. A., & Barnett, M. A. (2015). Methodological Considerations in Studying Individual and Family Resilience. *Family Relations*, 64(1), 120–133. <https://doi.org/10.1111/fare.12102>
- Careercast.com. (2014). The Worst Jobs of 2014. Consultado el 7 de febrero de 2015, en: <http://www.careercast.com/jobs-rated/worst-jobs-2014>
- Careercast.com. (2017). The Worst Jobs of 2017. Consultado el 10 de marzo de 2017, en: <http://www.careercast.com/jobs-rated/worst-jobs-2017?page=3>
- Carter-Visscher, R., Polusny, M. A., Murdoch, M., Thuras, P., Erbes, C. R., & Kehle, S. M. (2010). Predeployment gender differences in stressors and mental health among U.S. National Guard troops poised for Operation Iraqi Freedom deployment. *Journal of Traumatic Stress*, 23(1), 78–85. <https://doi.org/10.1002/jts.20481>
- Casey, G. W. (2011). Comprehensive soldier fitness: A vision for psychological resilience in the U.S. Army. *American Psychologist*, 66(1), 1–3. <https://doi.org/10.1037/a0021930>

- Castillo, A., Arocha, C., Castillo, I., Cueto, M. E., & Armas, N. B. (2009). Propuesta de un instrumento para medir calidad de vida relacionada con la salud en instituciones sanitarias cubanas. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, *28*(2), 1–9.
- Chew, B.-H., Sherina, M.-S., & Hassan, N.-H. (2015). Association of diabetes-related distress, depression, medication adherence, and health-related quality of life with glycated hemoglobin, blood pressure, and lipids in adult patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, *11*, 669–81. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S81623>
- Cigrang, J. A., Talcott, G. W., Tatum, J., Baker, M., Cassidy, D., Sonnek, S., ... Smith Slep, A. M. (2014). Impact of combat deployment on psychological and relationship health: a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, *27*(1), 58–65. <https://doi.org/10.1002/jts.21890>
- Conard, P. L., & Sauls, D. J. (2014). Deployment and PTSD in the Female Combat Veteran: A Systematic Review. *Nursing Forum*, *49*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/nuf.12049>
- Connell, M. a, Omole, O., Subramaney, U., & Olorunju, S. (2013). Post traumatic stress disorder and resilience in veterans who served in the South African border war. *African Journal of Psychiatry*, *16*(6), 430–436. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v16i6.55>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, *18*(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cornum, R., Matthews, M. D., & Seligman, M. E. P. (2011). Comprehensive soldier fitness: building resilience in a challenging institutional context. *The American Psychologist*, *66*(1), 4–9. <https://doi.org/10.1037/a0021420>

- Cotian, M. de S., Vilete, L., Volchan, E., & Figueira, I. (2014). Revisão sistemática dos aspectos psicossociais, neurobiológicos, preditores e promotores de resiliência em militares. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(1), 72–85. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000009>
- Crawford, M. J., Sharpe, D., Rutter, D., & Weaver, T. (2009). Prevention of suicidal behaviour among army personnel: a qualitative study. *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 155(3), 203–7.
- Crum-Cianflone, N. F., & Jacobson, I. (2014). Gender differences of postdeployment post-traumatic stress disorder among service members and veterans of the Iraq and Afghanistan conflicts. *Epidemiologic Reviews*, 36, 5–18. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxt005>
- Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699–706. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00738.x>
- da Silva, F., Hernandez, S. S., Arancibia, B. A., Castro, T. L. D. S., Filho, P. J. B., & da Silva, R. (2014). Health-related quality of life and related factors of military police officers. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 60. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-60>
- Daskalakis, N. P., Bagot, R. C., Parker, K. J., Vinkers, C. H., & de Kloet, E. R. (2013). The three-hit concept of vulnerability and resilience: Toward understanding adaptation to early-life adversity outcome. *Psychoneuroendocrinology*, 38(9), 1858-1873. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.06.008>
- Easterbrooks, M. A., Ginsburg, K., & Lerner, R. M. (2013). Resilience among military youth. *The Future of Children*, 23(2), 99–120.

- Eisen, S. A., Kang, H. K., Murphy, F. M., Blanchard, M. S., Reda, D. J., Henderson, W. G., ... Gulf War Study Participating Investigators. (2005). Gulf War veterans' health: medical evaluation of a U.S. cohort. *Annals of Internal Medicine*, *142*(11), 881–90.
- Eisen, S. V., Schultz, M. R., Glickman, M. E., Vogt, D., Martin, J. A., Osei-Bonsu, P. E., ... Elwy, A. R. (2014). Postdeployment resilience as a predictor of mental health in operation enduring freedom/operation iraqi freedom returnees. *American Journal of Preventive Medicine*, *47*(6), 754–61. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.07.049>
- Erbes, C. R., Arbisi, P. A., Kehle, S. M., Ferrier-Auerbach, A. G., Barry, R. A., & Polusny, M. A. (2011). The distinctiveness of hardiness, positive emotionality, and negative emotionality in National Guard soldiers. *Journal of Research in Personality*, *45*(5), 508–512. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2011.07.001>
- Erbes, C. R., Kramer, M., Arbisi, P. A., DeGarmo, D., & Polusny, M. A. (2017). Characterizing spouse/partner depression and alcohol problems over the course of military deployment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *85*(4), 297–308. <https://doi.org/10.1037/ccp0000190>
- EuroQol Group. (1990). EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, *16*(3), 199–208.
- Everly, G. S., Welzant, V., & Jacobson, J. M. (2008). Resistance and resilience: the final frontier in traumatic stress management. *International Journal of Emergency Mental Health*, *10*(4), 261–70.
- Falvo, M. J., Serrador, J. M., McAndrew, L. M., Chandler, H. K., Lu, S.-E., & Quigley, K. S. (2012). A retrospective cohort study of U.S. service members returning from Afghanistan and Iraq: is physical health worsening over time?. *BMC Public Health*, *12*(1), 1124. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1124>

- Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Soc. Sci. Med*, 41(10), 1439–1446.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51–74.
- Fernández-lansac, V., Crespo, M., Cáceres, R., & Rodríguez-poyo, M. (2012). Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: estudio preliminar. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 47(3), 102–109. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2011.11.004>
- Fernández-Mayoralas, G., & Rojo, F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris*, (5), 117–135.
- Fernández, A., Santa Clotilde, E., & Casado, M. (2007). “ Calidad De Vida Profesional de Los Profesionales de Enfermería en Atención Primaria de Soria .” *Biblioteca Lascasas*, 3(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0213.php>
- Fiedler, N., Ozakinci, G., Hallman, W., Wartenberg, D., Brewer, N. T., Barrett, D. H., & Kipen, H. M. (2006). Military deployment to the Gulf War as a risk factor for psychiatric illness among US troops. *British Journal of Psychiatry*, 188(MAY), 453–459. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.5.453>
- Fikretoglu, D., Brunet, A., Poundja, J., Guay, S., & Pedlar, D. (2006). Validation of the deployment risk and resilience inventory in French-Canadian veterans: findings on the relation between deployment experiences and postdeployment health. *Canadian Journal of Psychiatry / Revue Canadienne de Psychiatrie*, 51(12), 755–63.
- Finnegan, A., Finnegan, S., McGee, P., Srinivasan, M., & Simpson, R. (2015). Predisposing factors leading to depression in the British Army. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 19(21), 1355–62. <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.21.80000>

- Fontes, A. P., & Neri, A. L. (2015). Resilience in aging: literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1475–95. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.00502014>
- Forman-Hoffman, V. L., Carney, C. P., Sampson, T. R., Peloso, P. M., Woolson, R. F., Black, D. W., & Doebbeling, B. N. (2005). Mental health comorbidity patterns and impact on quality of life among veterans serving during the first Gulf War. *Quality of Life Research*, 14(10), 2303–2314. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-6540-2>
- Forman-Hoffman, V. L., Peloso, P. M., Black, D. W., Woolson, R. F., Letuchy, E. M., Doebbeling, B. N., ... Lyons, M. J. (2007). Chronic widespread pain in veterans of the first Gulf War: impact of deployment status and associated health effects. *The Journal of Pain*, 8(12), 954–61. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.07.003>
- Freiria, H., Viviane, T., Pinho, D. S., Rubens, C., Junior, S., Garcia, G., ... Fernandes, P. (2015). Effectiveness of a Vestibular Rehabilitation Protocol to Improve the Health-Related Quality of Life and Postural Balance in Patients with Vertigo. *International Archives of Otorhinolaryngology*, 19(3), 238–247.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment?. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65–76.
- Galatzer-Levy, I. R., Brown, A. D., Henn-Haase, C., Metzler, T. J., Neylan, T. C., & Marmar, C. R. (2013). Positive and negative emotion prospectively predict trajectories of resilience and distress among high-exposure police officers. *Emotion*, 13(3), 545–553. <https://doi.org/10.1037/a0031314>

- García-Portilla M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., Parellada, M., Bousoño, M., Bobes, G. J. (2015). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Majadahonda (España). S. L. Comunicaciones y Ediciones Sanitarias, Ed. 7ª.
- García, M. (2013). Revisión de programas de resiliencia basados en la evidencia en los ejércitos. *Sanidad Militar*, 69(3), 182–194. <https://doi.org/10.4321/S1887-85712013000300005>
- García, M., & Bardera, M.P. (2013a). Preparación psicológica y variables organizacionales. *Revista Ejército*, 863, 49–54.
- García, M., & Bardera, M.P. (2013b). Programación de la Preparación Psicológica. *Revista Ejército*, 863, 42–48.
- García, M., & Bardera, M. P. (2013). Introducción a la resiliencia. *Revista Ejército*, (863), 36–41.
- Gill, J., Lee, H., Barr, T., Baxter, T., Heinzemann, M., Rak, H., & Mysliwiec, V. (2014). Lower health related quality of life in U.S. military personnel is associated with service-related disorders and inflammation. *Psychiatry Research*, 216(1), 116–122. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.046>
- Gómez-Vela, M., Sabeh, E. N. (2000). Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Consultado el 3 de mayo de 2015, en: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- González-Quevedo, L. A., Sanabria-Ferrand, P. A., & Zuluaga, H. (2010). Percepción de La Calidad De Vida Y La Salud Mental En Oficiales De La Fuerza Aérea Colombiana. *Revista Med*, 18(1), 115–122.
- Gonzalo, L. (2015). El drama de los suicidios – Un paso al frente. *Público*.

- Green, K. T., Hayward, L. C., Williams, A. M., Dennis, P. A., Bryan, B. C., Taber, K. H., ... Calhoun, P. S. (2014). Examining the factor structure of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a post-9/11 U.S. military veteran sample. *Assessment*, 21(4), 443–51. <https://doi.org/10.1177/1073191114524014>
- Griffith, J., & West, C. (2013). Master Resilience Training and Its Relationship to Individual Well-Being and Stress Buffering Among Army National Guard Soldiers. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 40(2), 140–155. <https://doi.org/10.1007/s11414-013-9320-8>
- Group, T. W. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.5.12>
- Guerrero, E. (1996). Salud, estrés y factores psicológicos. *Campo abierto: Revista de educación*, 13, 49-70.
- Guevara, H., & Domínguez, A. (2011). Calidad De Vida Del Profesor Universitario. *Revista de Bioética Latinoamericana*, 8(1), 61–74.
- Gunia, B. C., Sipos, M. L., Lopresti, M., & Adler, A. B. (2015). Sleep Leadership in High-Risk Occupations: An Investigation of Soldiers on Peacekeeping and Combat Missions. *Military Psychology*, 27(4), 197–211. <https://doi.org/10.1037/mil0000078>
- Guyatt, G. H., Veldhuyzen Van Zanten, S. J., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1989). Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal / Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 140(12), 1441–8.
- Hasenoehrl, T., Keilani, M., Sedghi Komanadj, T., Mickel, M., Margreiter, M., Marhold, M., & Crevenna, R. (2015). The effects of resistance exercise on physical performance and health-related quality of life in prostate cancer patients: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 23(8), 2479–97. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2782-x>

- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience?. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue Canadienne de Psychiatrie*, *56*(5), 258–65.
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2015). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems and barriers to care. *U.S. Army Medical Department Journal*, *7*–17.
- Horn, S. R., Charney, D. S., & Feder, A. (2016). Understanding resilience: New approaches for preventing and treating PTSD. *Experimental Neurology*, *284*(Pt B), 119–132. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2016.07.002>
- Hourani, L., Bender, R. H., Weimer, B., Peeler, R., Bradshaw, M., Lane, M., & Larson, G. (2012). Longitudinal study of resilience and mental health in marines leaving military service. *Journal of Affective Disorders*, *139*(2), 154–165. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.008>
- Hourani, L., Tueller, S., Kizakevich, P., Lewis, G., Strange, L., Weimer, B., ... Spira, J. (2016). Toward Preventing Post-Traumatic Stress Disorder: Development and Testing of a Pilot Predeployment Stress Inoculation Training Program. *Military Medicine*, *181*(9), 1151–60. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00192>
- Hunt S, Mckema S, Mcewen J, William J, P. E. (1981). The Nottingham health profile: subjective health status and medical consultations. *Social Science & Medicine*, *15*(3), 221–229.
- Hutchinson, A. F., Graco, M., Rasekaba, T. M., Parikh, S., Berlowitz, D. J., & Lim, W. K. (2015). Relationship between health-related quality of life, comorbidities and acute health care utilisation, in adults with chronic conditions. *Health and Quality of Life Outcomes*, *13*(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0260-2>

- Ikin, J. F., Sim, M. R., McKenzie, D. P., Horsley, K. W. A., Wilson, E. J., Harrex, W. K., ... Henderson, S. (2009). Life satisfaction and quality in Korean War veterans five decades after the war. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(5), 359–65. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.061986>
- Isidoro, S. I., Salvaggio, A., Lo Bue, A., Romano, S., Marrone, O., & Insalaco, G. (2015). Effect of obstructive sleep apnea diagnosis on health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0253-1>
- Johnson, D. C., Thom, N. J., Stanley, E. A., Haase, L., Simmons, A. N., Shih, P.-A. B., ... Paulus, M. P. (2014). Modifying resilience mechanisms in at-risk individuals: a controlled study of mindfulness training in Marines preparing for deployment. *The American Journal of Psychiatry*, 171(8), 844–53. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13040502>
- Johnson, J. R., Emmons, H. C., Rivard, R. L., Griffin, K. H., Dusek, J. A., & Summers, J. (2015). Resilience Training: A Pilot Study of a Mindfulness-Based Program with Depressed Healthcare Professionals. *Explore*, 11(6), 433–444. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.08.002>
- Kalisch, R., Müller, M. B., & Tüscher, O. (2014). A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, e92. <https://doi.org/10.1017/S0140525X1400082X>
- Karatsoreos, I. N., Karatoreos, I. N., & McEwen, B. S. (2013). Annual Research Review: The neurobiology and physiology of resilience and adaptation across the life course. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 54(4), 337–47. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12054>
- Katona, M., Schmidt, R., Schupp, W., & Graessel, E. (2015). Predictors of health-related quality of life in stroke patients after neurological inpatient rehabilitation: a prospective study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0258-9>

- Kees, M., & Rosenblum, K. (2015). Evaluation of a psychological health and resilience intervention for military spouses: A pilot study. *Psychological Services, 12*(3), 222–30. <https://doi.org/10.1037/ser0000035>
- Khalil, M. (2015). Long-term health-related quality of life for patients with Hirschsprung's disease at 5 years after transanal endorectal pull-through operation. *Quality of Life Research, 24*(11), 2733-2738. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1012-9>
- Kim, P. Y., Britt, T. W., Klocko, R. P., Riviere, L. A., & Adler, A. B. (2011). Stigma, negative attitudes about treatment, and utilization of mental health care among soldiers. *Military Psychology, 23*(1), 65-81. <https://doi.org/10.1080/08995605.2011.534415>
- King, L. a., King, D. W., Vogt, D. S., Knight, J., & Samper, R. E. (2006). Deployment Risk and Resilience Inventory: A Collection of Measures for Studying Deployment-Related Experiences of Military Personnel and Veterans. *Military Psychology, 18*(2), 89–120. https://doi.org/10.1207/s15327876mp1802_1
- King, M. W., Street, A. E., Gradus, J. L., Vogt, D. S., & Resick, P. A. (2013). Gender differences in posttraumatic stress symptoms among OEF/OIF veterans: an item response theory analysis. *Journal of Traumatic Stress, 26*(2), 175–83. <https://doi.org/10.1002/jts.21802>
- Kolar, K. (2011). Resilience: Revisiting the Concept and its Utility for Social Research. *International Journal of Mental Health and Addiction, 9*(4), 421–433. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9329-2>
- La Policía Nacional contabiliza 140 muertes por suicidio y la Guardia Civil 186 desde el año 2000. (2017). *Epnacional.es*.
- Lee, H., Aldwin, C. M., Choun, S., & Spiro, A. (2017). Does Combat Exposure Affect Well-Being in Later Life? The VA Normative Aging Study. *Psychological Trauma, 9*(6), 672-678. <https://doi.org/10.1037/tra0000282>

- Lee, J. E. C., Sudom, K. A., & McCreary, D. R. (2011). Higher-order model of resilience in the Canadian forces. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 43(3), 222–234. <https://doi.org/10.1037/a0024473>
- Lee, J. S., Ahn, Y. S., Jeong, K. S., Chae, J. H., & Choi, K. S. (2014). Resilience buffers the impact of traumatic events on the development of PTSD symptoms in firefighters. *Journal of Affective Disorders*, 162, 128–133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.031>
- Leners, C., Sowers, R., Quinn Griffin, M. T., & Fitzpatrick, J. J. (2014). Resilience and Professional Quality of Life among Military Healthcare Providers. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(7), 497–502. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.887164>
- Liu, J. J. W., Reed, M., & Girard, T. A. (2017). Advancing resilience: An integrative, multi-system model of resilience. *Personality and Individual Differences*, 111, 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.02.007>
- Lohr, K. N. (1989). Conceptual Background and Issues in Quality of Life. *Quality of Life and Technology Assesment*. Washington (DC) (US). National Academies Press.
- López-García, E., Banegas, J. R., Graciani, A., Gutiérrez-Fisac, L.J., Alonso, J., & Rodríguez-Artalejo, F. (2003). Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Medicina Clínica*, 120(15), 568–573. <https://doi.org/10.1157/13046436>
- López Frías, D. (2017). ¿Por qué se suicidan los policías? Los agentes piden ayuda. *EL ESPAÑOL*.
- Losch, S., Traut-Mattausch, E., Mühlberger, M. D., & Jonas, E. (2016). Comparing the Effectiveness of Individual Coaching, Self-Coaching, and Group Training: How Leadership Makes the Difference. *Frontiers in Psychology*, 7, 629. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00629>

- Lucas-Carrasco, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of Life Research*, 21(1), 161–5. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9926-3>
- Lucero, J., Muñiz, J., & López, N. (2007). Factores que influyen en la calidad de vida de profesores universitarios. *Centro*, 18, 27–36.
- Luncheon, C., & Zack, M. (2012). Health-Related Quality of Life Among US Veterans and Civilians by Race and Ethnicity. *Preventing Chronic Disease*, 9, E108. <https://doi.org/10.5888/pcd9.110138>
- Lutha, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4), 857–85.
- Macedo, T., Wilhelm, L., Gonçalves, R., Coutinho, E., Vilete, L., Figueira, I., & Ventura, P. (2014). Building resilience for future adversity: a systematic review of interventions in non-clinical samples of adults. *BMC Psychiatry*, 14(1), 227. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0227-6>
- Macera, C. A., Aralis, H. J., Highfill-McRoy, R., & Rauh, M. J. (2014). Posttraumatic stress disorder after combat zone deployment among Navy and Marine Corps men and women. *Journal of Women's Health (2002)*, 23(6), 499–505. <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4302>
- Magerøy, N., Riise, T., Johnsen, B. H., & Moen, B. E. (2007). Health-related quality of life in the Royal Norwegian Navy: does officer rank matter?. *Military Medicine*, 172(8), 835–42.
- Maguen, S., Madden, E., Cohen, B. E., Bertenthal, D., Neylan, T. C., & Seal, K. H. (2015). Suicide risk in Iraq and Afghanistan veterans with mental health problems in VA care. *Journal of Psychiatric Research*, 68, 120-124. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.06.013>

- Manciaux, M., Manciaux, M., Vanistendael, S., & Lecomte, J. (2003). *La Resiliencia : resistir y rehacerse. La resiliencia : resistir y rehacerse, 2003, ISBN 84-7432-969-8, págs. 17-28*. Gedisa Editorial.
- Martínez-Donate, A., & Rubio, M. V. (1999). Concepto de salud. Enfoque biopsicosocial de la salud. pág.1–11. Madrid: UAM. Disponible en: http://www.uam.es/victor.rubio/SALUD/Bibliog/concepto_salud.PDF
- Masten, A. S. (2015). Pathways to Integrated Resilience Science. *Psychological Inquiry*, 26(2), 187-196. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1012041>
- McAndrew, L. M., D'Andrea, E., Lu, S.-E., Abbi, B., Yan, G. W., Engel, C., & Quigley, K. S. (2013). What pre-deployment and early post-deployment factors predict health function after combat deployment?: a prospective longitudinal study of Operation Enduring Freedom (OEF)/Operation Iraqi Freedom (OIF) soldiers. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 73. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-73>
- McHorney, C. A., Ware, J. E., Lu, J. F., & Sherbourne, C. D. (1994). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical Care*, 32(1), 40–66.
- McKibben, J. B. A., Fullerton, C. S., Gray, C. L., Kessler, R. C., Stein, M. B., & Ursano, R. J. (2013). Mental Health Service Utilization in the U.S. Army. *Psychiatric Services*, 64(4), 347–353. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.000602012>
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18(1), 32–8.
- Mesbach M, Cole, B.F., Mei-Ling,T.L. (2002). *Statistical Methods for quality of life studies. Design, measurements and Analysis*. K. A. Publishers, Ed..
- Ministerio de Defensa. (2015a). Ejército de tierra. Consultado el 12 de mayo de 2015, en: <http://www.ejercito.mde.es/unidades/Huesca/brczm/>

- Ministerio de Defensa. (2015b). Ejército de tierra - Fuerzas Ligeras. Consultado el 11 de julio de 2015, en: http://www.ejercito.mde.es/estructura/or_futer_fulig.html
- Ministerio de Defensa. (2016). Actuales Misiones. Consultado el 06 de junio de 2016, en: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/actuales/
- Ministerio de Defensa (2017). Fuerzas Armadas Españolas. Consultado el 15 de mayo de 2017, en: <http://www.reclutamiento.defensa.gob.es>.
- Miralles, F., & Cano, A. (2009). Suicidios en soldados de las fuerzas armadas de España en la última década del servicio militar obligatorio (1991-2001). *Clínica Y Salud*, 20(2), 189–196.
- Moore, T. M., Gur, R. C., Thomas, M. L., Brown, G. G., Nock, M. K., Savitt, A. P., ... Stein, M. B. (2017). Development, Administration, and Structural Validity of a Brief, Computerized Neurocognitive Battery. *Assessment*, 107319111668982. <https://doi.org/10.1177/1073191116689820>
- Morales-Manrique, C. C., & Valderrama-Zurián, J. C. (2012). Calidad de vida en policías: avances y propuestas. *Papeles Del Psicólogo*, 33(1), 60–67. Disponible en: <http://www.cop.es/papeles>
- Morgan, C. A., Rasmusson, A. M., Winters, B., Hauger, R. L., Morgan, J., Hazlett, G., & Southwick, S. (2003). Trauma exposure rather than posttraumatic stress disorder is associated with reduced baseline plasma neuropeptide-Y levels. *Biological Psychiatry*, 54(10), 1087–91.
- Morgan, C. A., Wang, S., Rasmusson, A., Hazlett, G., Anderson, G., & Charney, D. S. (2001). Relationship among plasma cortisol, catecholamines, neuropeptide Y, and human performance during exposure to uncontrollable stress. *Psychosomatic Medicine*, 63(3), 412–22.

- Morgan, C. A., Wang, S., Southwick, S. M., Rasmusson, A., Hazlett, G., Hauger, R. L., & Charney, D. S. (2000). Plasma neuropeptide-Y concentrations in humans exposed to military survival training. *Biological Psychiatry*, 47(10), 902–9.
- Moss, S. A., & Wilson, S. G. The positive emotions that facilitate the fulfillment of needs may not be positive emotions at all: the role of ambivalence. *Explore*, 11(1), 40–50. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2014.10.006>
- Moura, A., Madureira, J., Alija, P., Fernandes, J. C., Oliveira, J. G., Lopez, M., ... Costa, E. (2015). Predictors of health-related quality of life perceived by end-stage renal disease patients under online hemodiafiltration. *Quality of Life Research*, 24(6), 1327–35. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0854-x>
- Naciones Unidas. (2017). Operaciones de paz. Mantenimiento de la Paz de las Naciones Unidas. Consultado el 7 de febrero de 2016, en: <http://www.un.org/es/peacekeeping/operations/peace.shtml>
- Neves, E. B. (2007). Gerenciamento do risco ocupacional no Exército Brasileiro: aspectos normativos e práticos. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2127–2133. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900020>
- Nho, S. M., Kim, E. A., Kim, J., Lee, R., Lee, K., & Zimet, G. (2017). Factors Influencing Post Traumatic Stress Disorder in Crime Scene Investigators. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 47(1), 39–48. <https://doi.org/10.4040/jkan.2017.47.1.39>
- Nock, M. K., Dempsey, C. L., Aliaga, P. A., Brent, D. A., Heeringa, S. G., Kessler, R. C., ... Benedek, D. (2017). Psychological autopsy study comparing suicide decedents, suicide ideators, and propensity score matched controls: results from the study to assess risk and resilience in service members (Army STARRS). *Psychological Medicine*, 47(15), 2663–2674. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001179>

- Noll, H.H. (2002). Towards a European System of Social Indicators: Theoretical Framework and System Architecture. *Social Indicators Research*, 58(1/3), 47–87. <https://doi.org/10.1023/A:1015775631413>
- Nussbaum, M., & Sen, A. (Eds.). (1993). *The Quality of Life*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/0198287976.001.0001>
- Oken, B. S., Chamine, I., & Wakeland, W. (2015). A systems approach to stress, stressors and resilience in humans. *Behavioural Brain Research*, 282, 144–154. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2014.12.047>
- Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S., & Nakaya, M. (2003). Construct Validity of the Adolescent Resilience Scale. *Psychological Reports*, 93(3_suppl), 1217–1222. <https://doi.org/10.2466/pr0.2003.93.3f.1217>
- Pangallo, A., Zibarras, L., Lewis, R., & Flaxman, P. (2015). Resilience through the lens of interactionism: a systematic review. *Psychological Assessment*, 27(1), 1–20. <https://doi.org/10.1037/pas0000024>
- Peng, L., Li, M., Zuo, X., Miao, Y., Chen, L., Yu, Y., ... Wang, T. (2014). Application of the Pennsylvania resilience training program on medical students. *Personality and Individual Differences*, 61, 47-51. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.01.006>
- Perić, D., Plancak, D., Bulj, M., Tudor, V., & Spalj, S. (2013). Health-related quality of life in soldiers in Croatia: relationship with combat readiness and psychological dimensions. *Central European Journal of Public Health*, 21(4), 207–12.
- Phongamwong, C., Mungkumpa, A., Pawapootanon, W., Saiyotha, D., & Duangtapha, C. (2014). The impact of musculoskeletal pain on health-related quality of life in Fort Prajaksilapakom Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 97 Suppl 2, S181-7.

- Pickering, M. A., Hammermeister, J., Ohlson, C., Holliday, B., & Ulmer, G. (2010). An exploratory investigation of relationships among mental skills and resilience in Warrior Transition Unit cadre members. *Military Medicine*, 175(4), 213–9.
- Polusny, M. A., Kumpula, M. J., Meis, L. A., Erbes, C. R., Arbisi, P. A., Murdoch, M., ... Johnson, A. K. (2014). Gender differences in the effects of deployment-related stressors and pre-deployment risk factors on the development of PTSD symptoms in National Guard Soldiers deployed to Iraq and Afghanistan. *Journal of Psychiatric Research*, 49, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.09.016>
- Price, J. H., & Murnan, J. (2004). Research Limitations and the Necessity of Reporting them. *American Journal of Health Education*, 35(2), 66–67. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/19325037.2004.10603611>
- Prieto, L., Alonso, J., Ferrer, M., & Antó, J. M. (1997). Are results of the SF-36 health survey and the nottingham health profile similar?: A comparison in COPD patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(4), 463–473. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(96\)00420-9](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(96)00420-9)
- Prigatano G, Wright E, L. D. (1984). Quality of life and predictors in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Archives of Internal Medicine*, 144(8), 1613–1619.
- Proctor, S. P., Harley, R., Wolfe, J., Heeren, T., & White, R. F. (2001). Health-related quality of life in Persian Gulf War Veterans. *Military Medicine*, 166(6), 510–519.
- Quiceno, J. M., & Alpi, S. V. (2012). Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psicología Desde El Caribe*, 29(1), 87–104.
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, (17), 69–82.

- Rachman, S. (2017). Points of light. *Behaviour Research and Therapy*, 88, 2–6.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.08.006>
- Ramey, S. L., Perkhounkova, Y., Hein, M., Bohr, N. L., & Anderson, A. A. (2017). Testing a Resilience Training Program in Police Recruits. *Biological Research For Nursing*, 109980041769987.
<https://doi.org/10.1177/1099800417699879>
- Ramírez, R. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Rev. Col. Cardiol.*, 14(4), 207–222.
- Ramirez, R. (2007). Calidad de vida y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista Ciencias de La Salud*, 5(1), 90–100.
- Reivich, K. J., Seligman, M. E. P., & McBride, S. (2011). Master resilience training in the U.S. Army. *The American Psychologist*, 66(1), 25–34.
<https://doi.org/10.1037/a0021897>
- Rice, V., & Liu, B. (2016). Personal resilience and coping Part II: Identifying resilience and coping among U.S. military service members and veterans with implications for work. *Work*, 54, 335–350.
<https://doi.org/10.3233/WOR-162301>
- Richardson, J. D., Long, M. E., Pedlar, D., & Elhai, J. D. (2008). Posttraumatic stress disorder and health-related quality of life among a sample of treatment- and pension-seeking deployed Canadian Forces peacekeeping veterans. *Canadian Journal of Psychiatry / Revue Canadienne de Psychiatrie*, 53(9), 594–600.
- Ríos, M. I., Carrillo, C., & Sabuco, E. (2012). Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 88–95.

- Risstad, H., Søvik, T. T., Hewitt, S., Kristinsson, J. A., Fagerland, M. W., Bernklev, T., & Mala, T. (2015). Changes in Health-Related Quality of Life After Gastric Bypass in Patients With and Without Obesity-Related Disease. *Obesity Surgery*, 25(12), 2408-16. <https://doi.org/10.1007/s11695-015-1717-4>
- Rodríguez, M., Pereyra, M. G., Gil, E., Jofré, M., Bortoli, M. De, & Labiano, L. M. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Revista Evaluar*, 9(0), 72–82.
- Roque, M. P., & Acle, G. (2009). Escala de resiliencia materna : un estudio de validación en una muestra de madres con niños especiales. *Revista Iberoamericana de Evaluación Y Diagnóstico*, 1(27), 107–132.
- Roth, E., & Lacoa, D. (2009). Análisis Psicológico del Emprendimiento en Estudiantes Universitarios. *Órgano de Difusión Científica Del Departamento de Psicología de La Universidad Católica Boliviana "San Pablo,"* 7(1), 2–38.
- Ruiz, G. T., & López, A. E. (2012). Resiliencia psicológica y dolor crónico. *Escritos de Psicología*, 5(2), 1–11. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2012.1001>
- Runnals, J. J., Van Voorhees, E., Robbins, A. T., Brancu, M., Straits-Troster, K., Beckham, J. C., & Calhoun, P. S. (2013). Self-reported pain complaints among Afghanistan/Iraq era men and women veterans with comorbid posttraumatic stress disorder and major depressive disorder. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 14(10), 1529–33. <https://doi.org/10.1111/pme.12208>
- Rutten, B. P. F., Hammels, C., Geschwind, N., Menne-Lothmann, C., Pishva, E., Schruers, K., ... Wichers, M. (2013). Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(1), 3–20. <https://doi.org/10.1111/acps.12095>

- Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M.A. (2014). Personalidad y resiliencia en un cuerpo especial de la Policía Nacional de España. *Revista de Psicología del Trabajo y de Las Organizaciones*, 30(2), 75–81. <https://doi.org/10.1016/j.rpto.2014.06.003>
- Santos, V., Paes, F., Pereira, V., Arias-Carrión, O., Silva, A. C., Carta, M. G., ... Machado, S. (2013). The role of positive emotion and contributions of positive psychology in depression treatment: systematic review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9, 221–37. <https://doi.org/10.2174/1745017901309010221>
- Schaubroeck, J. M., Riolli, L. T., Peng, A. C., & Spain, E. S. (2011). Resilience to traumatic exposure among soldiers deployed in combat. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(1), 18–37. <https://doi.org/10.1037/a0021006>
- Schneider, T. R., Lyons, J. B., & Khazon, S. (2013). Emotional intelligence and resilience. *Personality and Individual Differences*, 55(8), 909–914. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.07.460>
- Serrano-Parra, M. D., Garrido-Abejar, M., Notario-Pacheco, B., Bartolomé-Gutiérrez, R., Solera-Martínez, M., & Martínez-Vizcaino, V. (2012). Validez de la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. *International Journal of Psychological Research*, 5(2), 49–57.
- Sharma, V., Marin, D. B., Koenig, H. K., Feder, A., Iacoviello, B. M., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2017). Religion, spirituality, and mental health of U.S. military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal of Affective Disorders*, 217, 197–204. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.071>
- Shen, S. M., & Lai, Y. L. (1998). Optimally Scaled Quality-of-Life Indicators. *Social Indicators Research*, 44(2), 225–254. <https://doi.org/10.1023/A:1006824827723>

- Simmons, A., & Yoder, L. (2013). Military resilience: a concept analysis. *Nursing Forum*, 48(1), 17–25. <https://doi.org/10.1111/nuf.12007>
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94–101.
- Singer, J. P., Chen, J., Katz, P. P., Blanc, P. D., Kagawa-Singer, M., & Stewart, A. L. (2015). Defining novel health-related quality of life domains in lung transplantation: a qualitative analysis. *Quality of Life Research*, 24(6), 1521–33. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0875-5>
- Sirgy, J. (2001). *Handbook of Quality-of-Life Research : an Ethical Marketing Perspective*. Springer Netherlands.
- Skomorovsky, A., & Stevens, S. (2013). Testing a resilience model among Canadian Forces recruits. *Military Medicine*, 178(8), 829–37. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-12-00389>
- Slottje, P., Slottje, P. L., Twisk, J. W. R., Smidt, N., Huizink, A. C., Witteveen, A. B., ... Smid, T. (2007). Health-related quality of life of firefighters and police officers 8.5 years after the air disaster in Amsterdam. *Quality of Life Research*, 16(2), 239–52. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-9006-2>
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194–200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Smith, D. M. (1974). Who Gets What Where, and How: A Welfare Focus for Human Geography. *Geography*, 289-297. <https://doi.org/10.2307/40568285>
- Smith, K. W., Avis, N. E., & Assmann, S. F. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis. *Quality of Life Research*, 8(5), 447–59.

- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Spalj, S., Peric, D., Mlacovic Zrinski, M., Bulj, M., & Plancak, D. (2012). Predictive value of dental readiness and psychological dimensions for oral health-related quality of life in Croatian soldiers: a cross-sectional study. *Croatian Medical Journal*, 53(5), 461–9. <https://doi.org/10.3325/cmj.2012.53.461>
- Staugaard, S. R., Johannessen, K. B., Thomsen, Y. D., Bertelsen, M., & Berntsen, D. (2015). Centrality of positive and negative deployment memories predicts posttraumatic growth in danish veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 71(4), 362-77. <https://doi.org/10.1002/jclp.22142>
- Steenkamp, M. M., Nash, W. P., & Litz, B. T. (2013). Post-traumatic stress disorder: review of the Comprehensive Soldier Fitness program. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(5), 507–12. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.01.013>
- Stewart, D. E., & Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, 52(3), 199–209. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2011.01.036>
- Sudom, K. A., Lee, J. E. C., & Zamorski, M. A. (2014). A longitudinal pilot study of resilience in Canadian military personnel. *Stress and Health*, 30(5), 377–85. <https://doi.org/10.1002/smi.2614>
- Termes, M.C. (2013). La resiliencia en profesionales de enfermería: estudio fenomenológico hermenéutico. *Paraninfo Digital*, año VII, N, 10. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/091d.php>

- Trivedi, K. H., Schlett, C. D., Tribble, D. R., Monteville, M. R., Sanders, J. W., & Riddle, M. S. (2011). The Impact of Post-Infectious Functional Gastrointestinal Disorders and Symptoms on the Health-Related Quality of Life of US Military Personnel Returning from Deployment to the Middle East. *Digestive Diseases and Sciences*, *56*(12), 3602–3609. <https://doi.org/10.1007/s10620-011-1766-z>
- Ursano, R. J., Colpe, L. J., Heeringa, S. G., Kessler, R. C., Schoenbaum, M., Stein, M. B., & Army STARRS collaborators. (2014). The Army study to assess risk and resilience in servicemembers (Army STARRS). *Psychiatry*, *77*(2), 107–19. <https://doi.org/10.1521/psyc.2014.77.2.107>
- Ursano, R. J., Heeringa, S. G., Stein, M. B., Jain, S., Raman, R., Sun, X., ... Kessler, R. C. (2015). Prevalence and correlates of suicidal behavior among new soldiers in the U.S. Army: results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *Depression and Anxiety*, *32*(1), 3–12. <https://doi.org/10.1002/da.22317>
- Ursano, R. J., Kessler, R. C., Naifeh, J. A., Mash, H. H., Fullerton, C. S., Ng, T. H. H., ... Army STARRS collaborators, on behalf of the A. S. (2017). Suicide attempts in U.S. Army combat arms, special forces and combat medics. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 194. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1350-y>
- Urzúa, A. M., & Caqueo-urizar, A. (2012). Calidad de vida : Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, *30*(1), 61–71. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Urzúa, A. M. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, *138*(3), 358–365. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>

- van der Werff, S. J. A., Elzinga, B. M., Smit, A. S., & van der Wee, N. J. A. (2017). Structural brain correlates of resilience to traumatic stress in Dutch police officers. *Psychoneuroendocrinology*, *85*, 172–178. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.08.019>
- van der Werff, S. J. A., van den Berg, S. M., Pannekoek, J. N., Elzinga, B. M., & van der Wee, N. J. A. (2013). Neuroimaging resilience to stress: a review. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *7*, 39. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2013.00039>
- Vera, B., Carbelo, B., & Vecina, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles Del Psicólogo*, *27*(1), 40–49. Disponible en: <http://www.cop.es/papeles>
- Vermetten, E., Greenberg, N., Boeschoten, M. A., Delahaije, R., Jetly, R., Castro, C. A., & McFarlane, A. C. (2014). Deployment-related mental health support: Comparative analysis of NATO and allied ISAF partners. *European Journal of Psychotraumatology*, *5*. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23732>
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., ... Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, *19*(2), 135–150. <https://doi.org/10.1157/13074369>
- Voelker, M. D., Saag, K. G., Schwartz, D. a, Chrischilles, E., Clarke, W. R., Woolson, R. F., & Doebbeling, B. N. (2002). Health-related quality of life in Gulf War era military personnel. *American Journal of Epidemiology*, *155*(10), 899–907.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, *1*(2), 165–178. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.05.001>

- Wallace, A. E., Lee, R., Mackenzie, T. a, West, A. N., Wright, S., Booth, B. M., ... Weeks, W. B. (2010). A longitudinal analysis of rural and urban veterans' health-related quality of life. *The Journal of Rural Health, 26*(2), 156–163. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2010.00277.x>
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care, 30*(6), 473–83.
- Weltman, G., Lamon, J., Freedy, E., & Chartrand, D. (2014). Police department personnel stress resilience training: an institutional case study. *Global Advances in Health and Medicine: Improving Healthcare Outcomes Worldwide, 3*(2), 72–9. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2014.015>
- Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S., & Mathé, A. A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 7*, 10. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2013.00010>
- Wulff, K., Donato, D., & Lurie, N. (2015). What Is Health Resilience and How Can We Build It?. *Annual Review of Public Health, 36*(1), 361–374. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122829>
- Xvi, E. (2010). La Resiliencia: Una Mirada Desde La Enfermería. *Ciencia y Enfermería, 16*(3), (3), 27–32.
- Yehuda, R., Brand, S., & Yang, R.-K. (2006). Plasma neuropeptide Y concentrations in combat exposed veterans: relationship to trauma exposure, recovery from PTSD, and coping. *Biological Psychiatry, 59*(7), 660–3. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.08.027>
- Zimmermann, P., Firnkes, S., Kowalski, J., Backus, J., Alliger-Horn, C., Willmund, G., ... Maercker, A. (2015). [Mental disorders in German soldiers after deployment - impact of personal values and resilience]. *Psychiatrische Praxis, 42*(8), 436–42. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1370242>

ANEXOS

ANEXO I

CUESTIONARIO SF-36**Su Salud y Bienestar**

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor marque con una la casilla que mejor corresponda a su respuesta.

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c Coger o llevar la bolsa de la compra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e Subir <u>un solo</u> piso por la escalera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f Agacharse o arrodillarse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g Caminar <u>un kilómetro o más</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h Caminar <u>varios centenares de metros</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i Caminar <u>unos 100 metros</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j Bañarse o vestirse por sí mismo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades cotidianas a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo u otras actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Estuvo limitado en el <u>tipo</u> de trabajo u otras actividades?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo u otras actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Hizo su trabajo u otras actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de <u>costumbre</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Muchísimo
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Muchísimo
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor, diga si le parece **CIERTA** o **FALSA** cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
	▼	▼	▼	▼	▼
a	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.....				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b	Estoy tan sano como cualquiera.....				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c	Creo que mi salud va a empeorar.....				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d	Mi salud es excelente.....				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

ANEXO II

ESCALA DE RESILIENCIA DE CONNOR & DAVIDSON
(CD-RISC)

En este cuestionario encontrará usted una serie de afirmaciones relacionadas con algunos aspectos relevantes de tu vida. Por favor, lee cada frase y contesta pensando en qué grado estás de acuerdo o no, con respecto a cómo te has sentido durante el último mes con cada afirmación. De acuerdo con la escala marca en un círculo el número que exprese mejor su respuesta:

0	1	2	3	4
Nada de acuerdo	Raramente de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Por favor, responda a todas las afirmaciones, no deje ninguna sin contestar.

1. Tengo personas en las que puedo confiar y con las que me siento seguro.	0...1...2...3...4
2. Soy capaz de adaptarme a los cambios.	0...1...2...3...4
3. Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude.	0...1...2...3...4
4. Puedo resolver cualquier acontecimiento que se me presente.	0...1...2...3...4
5. Los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza.	0...1...2...3...4
6. Veo el lado divertido de las cosas.	0...1...2...3...4
7. Afrontar el estrés, me fortalece.	0...1...2...3...4
8. Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades.	0...1...2...3...4
9. Pienso que las cosas ocurren por alguna razón.	0...1...2...3...4
10. Me esfuerzo al máximo en cada ocasión.	0...1...2...3...4
11. Puedo conseguir mis metas.	0...1...2...3...4
12. Cuando parece que irremediamente algo no tiene solución, no abandono.	0...1...2...3...4
13. Sé dónde acudir a por ayuda.	0...1...2...3...4
14. Bajo presión, me concentro y pienso claramente.	0...1...2...3...4
15. Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema.	0...1...2...3...4
16. No me desanimo fácilmente por el fracaso.	0...1...2...3...4
17. Pienso que soy una persona fuerte.	0...1...2...3...4
18. Tomo decisiones difíciles o impopulares.	0...1...2...3...4
19. Puedo manejar sentimientos desagradables.	0...1...2...3...4
20. Sigo los pensamientos que tengo.	0...1...2...3...4
21. Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida.	0...1...2...3...4
22. Siento que controlo mi vida.	0...1...2...3...4
23. Me gustan los desafíos.	0...1...2...3...4
24. Trabajo para conseguir mis metas.	0...1...2...3...4
25. Me siento orgulloso de mis logros.	0...1...2...3...4

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

ANEXO III

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1-EDAD:.....AÑOS

2-GÉNERO: HOMBRE MUJER 3-ESTADO CIVIL: VIVE EN PAREJA NO VIVE EN PAREJA 4-NÚMERO DE HIJOS: NINGUNO 1 2 3 MÁS DE 3 5-NIVEL DE ESTUDIO: CERTIFICADO ESCOLAR / ESO F.P. BACHILLERATO UNIVERSITARIO

OTROS:.....

6-EMPLEO MILITAR: OFICIAL SUBOFICIAL SOLDADO

7-TIEMPO QUE LLEVA EN LAS FAS:

MENOS DE 1 AÑO - 3 AÑOS ENTRE 4 Y 8 AÑOS MÁS DE 8 AÑOS

8-¿HA REALIZADO USTED MISIONES INTERNACIONALES?

SI NO

9-¿DONDE HA REALIZADO USTED MISIONES INTERNACIONALES (SE PUEDEN MARCAR VARIAS CASILLAS)?

BOSNIA KOSOVO LIBANO AFGANISTAN

OTROS:.....

10-TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ÚLTIMA MISIÓN:

1 AÑO 2 AÑOS 3 AÑOS > 3 AÑOS

11-¿PORQUÉ HA ELEGIDO USTED SER MILITAR? (PUEDES CONTESTAR MÁS DE UNA OPCIÓN)

VOCACIÓN POR TENER UN TRABAJO POR AVENTURA
OTROS

12-¿SE HA PLANTEADO USTED CAMBIAR DE UNIDAD? SI NO

13-¿QUÉ HACE USTED EN SU TIEMPO LIBRE? (PUEDES CONTESTAR MÁS DE UNA OPCIÓN)

DEPORTE ESTUDIAR NADA OTROS

14-¿HA ESTUDIADO O ESTÁ ESTUDIANDO USTED DURANTE SU ESTANCIA EN LAS FAS?

SI NO

15-SI HA CONTESTADO USTED NO EN LA ANTERIOR PREGUNTA, ¿CUÁL ES EL MOTIVO POR EL QUE USTED NO HA ESTUDIADO O NO ESTÁ ESTUDIANDO? (PUEDE CONTESTAR MÁS DE UNA OPCIÓN)

NO ME LO HE PLANTEADO NO TENGO TIEMPO OTROS

16-¿CÓMO DIRIA USTED QUE ES SU CONCILIACIÓN VIDA -FAMILIAR Y LA MILITAR?

BUENA REGULAR MALA

17-LA RELACIÓN CON SUS COMPAÑEROS ES:

BUENA REGULAR MALA

18-LA RELACIÓN CON SUS JEFES ES:

BUENA REGULAR MALA

19-SI TUVIERA USTED QUE VALORAR LA SATISFACCIÓN CON SU TRABAJO, DIRIA QUE ES:

BUENA REGULAR MALA

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

ANEXO IV

SOLICITUD DE PERMISOS

D. MANUEL FÚNEZ ÑACLE con D.N.I. nº 39675898R

EXPONE: Que encontrándome matriculado como doctorando en la Universidad de Lleida, realizando la tesis doctoral con el título “LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y RESILIENCIA EN MILITARES ESPAÑOLES”.

Dichos estudios comporta la realización obligatoria de un trabajo de investigación que en este caso es necesario la realización de unos test o cuestionarios y entrevistas a los miembros de las FAS en activo.

Por todo ello,

SOLICITA: Que se me autorice a realizar dicho trabajo de investigación en el RCZM “ARAPILES” 62 que se encuentra bajo su mando.

Barcelona, 10 de enero de 2015

SR. CORONEL JEFE DEL RCZM “ARAPILES” 62.

-SANT CLIMENT DE SESCEBES (GIRONA)-

D. MANUEL FÚNEZ ÑACLE con D.N.I. nº 39675898R

EXPONE: Que encontrándome matriculado como doctorando en la Universidad de Lleida, realizando la tesis doctoral con el título "LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y RESILIENCIA EN MILITARES ESPAÑOLES".

Dichos estudios comporta la realización obligatoria de un trabajo de investigación que en este caso es necesario la realización de unos test o cuestionarios y entrevistas a los miembros de las FAS en activo.

Por todo ello,

SOLICITA: Que se me autorice a realizar dicho trabajo de investigación en la USAC "EL BRUCH" que se encuentra bajo su mando.

Barcelona, 10 de enero de 2015

SR. TENIENTE CORONEL JEFE DE LA USAC "EL BRUCH".

-BARCELONA-

ANEXO V

CARTA DE INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES

Sr/a:

Me dirijo a Vd. Para informarle sobre un estudio de investigación que se va a realizar en su Acuartelamiento y al cual se le invita a participar.

Esta carta no tiene otra intención que es la de informarle de forma correcta y suficiente para que pueda evaluar si quiere o no participar en este estudio. Para ello le solicito que lea esta carta con atención y si tuviera alguna duda al término de esta, no dude en preguntar qué muy gustosamente le aclararemos todas las dudas.

El investigador es el Sr. D. Manuel Fúnez Ñacle, y el título de dicho estudio es “LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y LA RESILIENCIA EN MILITARES ESPAÑOLES”.

Su aportación al estudio consistirá en la realización de dos test.

Se le proporciona un número de teléfono de contacto con el responsable del estudio para resolver dudas e incluso retirar su participación.

Su participación es voluntaria. El beneficio que se espera de este estudio es poder mejorar en un futuro la calidad de vida relacionada con la salud y la resiliencia de los soldados.

El tratamiento de la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos se ajustará a lo dispuesto en la ley de protección de datos en vigor, Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE número 298 de 14 de diciembre de 1999).

Además los datos recogidos para el estudio estarán identificados con un código y sólo el responsable del estudio podrá relacionarle a VD. Con sus datos.

Su participación en este estudio es importante ya que sin ella es imposible realizarlo.

Gracias por su atención. Un cordial saludo.

Barcelona a, 31 de mayo de 2015.

ANEXO VI

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....con DNI.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He habado con el Sr. Manuel Fúnez Ñacle.

Comprendo que la participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º cuando quiera

2º sin tener que dar explicaciones

Y presto mi conformidad para participar en el estudio "Calidad de Vida Relacionada con la salud y Resiliencia en militares españoles"

Fecha.....

Firma participante.

Firma del investigador.

