

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS**  
**DE LA COMUNICACIÓN**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**“LA ETAPA BÁSICA DE ADAPTACIÓN Y SU EFECTO EN LOS NIVELES DE  
AUTOESTIMA Y AGRESIVIDAD**

**(Estudio realizado con los reclutas que prestan servicio militar voluntario en las  
FF.AA., Arequipa -2015.)”**

Tesis presentada por los BACHILLERES:

**BARRIGA OVIEDO MILAGROS PAOLA**  
**GONZALES CHARA OMAR JUNIOR**

**Para optar el Título Profesional de PSICÓLOGOS**

**AREQUIPA-PERÚ**

**2016**

## **DEDICATORIA**

### **A mis padres**

*Bacilio y Paula, porque creyeron en mí,  
dándome ejemplos dignos de superación y  
entrega donde estuvieron impulsándome en  
los momentos más difíciles de mi carrera.*

### **A mis hermanos**

*Por haber fomentado en mí el deseo de  
superación y el anhelo de triunfo en la vida.*

*Milagros Paola.*

### **A mis padres**

*Cristóbal quien desde el cielo ilumina mis  
pasos para lograr mis objetivos y Elva quien  
me impulso y motivo en los momentos más  
difíciles de mi vida.*

### **A mis hermanos**

*En especial a Ximena por el gran apoyo y  
comprensión para cumplir este sueño.*

*Omar Junior.*

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, nuestra Alma Mater, institución que nos cobijó.

A nuestros catedráticos de la Escuela Profesional de Psicología por sus enseñanzas y por su apoyo académico brindado durante todos estos años.

Al Comandante General de las FFAA, por permitirnos el acceso a esta institución y realizar cada una de nuestras actividades para culminar nuestro trabajo.

A los reclutas quienes con su participación y colaboración hicieron posible la realización de esta investigación.

A todas las personas que, directa e indirectamente, colaboraron y apoyaron al desarrollo de esta investigación destinada a mejorar.

A todos Gracias.

# **PRESENTACIÓN**

Señor Rector de la Universidad Nacional San Agustín de Arequipa.

Señor Decano de la Facultad de Psicología, RR. II. y Cs. de la Comunicación.

Señor Director de la Escuela Profesional de Psicología.

Señor Presidente del Jurado Dictaminador.

Señores Catedráticos Miembros del Jurado Dictaminador.

Tenemos el honor de dirigirnos a ustedes con el propósito de poner a su consideración el presente trabajo de tesis titulado: “LA ETAPA BÁSICA DE ADAPTACIÓN Y SU EFECTO EN LOS NIVELES DE AUTOESTIMA Y AGRESIVIDAD”, estudio realizado con los reclutas que prestan servicio militar voluntario en las FF.AA. Arequipa, el mismo que tras su revisión y dictamen favorable, nos permitirá optar el título profesional de Psicólogos.

Cumpliendo con los requerimientos del reglamento vigente, esperamos que vuestra apreciación evalúe el esfuerzo realizado y que la presente investigación sirva de aporte al conocimiento psicológico y sea un incentivo para que se realicen otras investigaciones.

Bachilleres

BARRIGA OVIEDO, MILAGROS PAOLA

GONZALES CHARA, OMAR JUNIOR

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar si se presentan diferencias significativas en los niveles de autoestima y agresividad durante la etapa básica de adaptación en el personal que presta servicio militar voluntario en las FF.AA., Arequipa 2015. Se trata de una investigación cuantitativa de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico, ya que pretendemos conocer la etapa básica de adaptación y su efecto en los niveles de autoestima y agresividad antes y después de culminada dicha etapa en el personal que presta servicio militar voluntario en las FF.AA.

Para ello se ha utilizado los siguientes instrumentos: “Inventario de Autoestima Original Versión para adultos adaptado a nuestro medio por M.I.Panizo y el inventario modificado de agresividad de Buss-Durke de Arnold Buss y Durke, adaptado a nuestro medio por Carlos Reyes Romero, para evaluar las variables.

Para el procesamiento de información se utilizó los paquetes estadísticos SPSS, prueba para dos muestras relacionadas Wilcoxon. Entre los hallazgos, se obtuvieron cambios significativos en los niveles de autoestima y agresividad culminada la etapa básica de adaptación en el personal que presta servicio militar voluntario, así mismo confirmamos nuestra hipótesis “Existen cambios significativos en los niveles de autoestima y agresividad en el personal que presta servicio militar voluntario durante la etapa básica de adaptación en las FF.AA., Arequipa 2015”.

**PALABRAS CLAVES:** *Autoestima y agresividad.*

## **ABSTRACT**

This research aims to determine if significant differences in levels of self-esteem and aggression occur during the basic stage adaptation personnel providing voluntary military service in the Armed Forces, 2015. Arequipa is a research quantitative observational, prospective, transversal and analytical type, and we want to know the basic stage of adaptation and its effect on the levels of self-esteem and aggressiveness before and after said step culminated personnel providing voluntary military service in the Armed Forces

For this we have used the following instruments: "Original Self-Esteem Inventory adult version adapted to our setting by Panizo and modified inventory aggressive Buss-Durke Arnold Buss and Durke, adapted to our environment by Carlos Reyes Romero, for evaluating variables.

For information processing SPSS statistical packages, test for two related samples Wilcoxon was used. Among the findings, significant changes were obtained in the levels of self-esteem and aggression culminated the basic stage adaptation personnel providing voluntary military service, also we confirm our hypothesis "There are significant changes in the levels of self-esteem and aggressive staff provides voluntary military service during basic stage adaptation in the armed forces, Arequipa 2015"

**KEYWORDS:** Self-esteem and aggression.

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
PRESENTACIÓN.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INDICE DE TABLAS.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1

### CAPITULO I

1. Planteamiento de problema.....	6
2. Hipótesis.....	9
3. Objetivo General.....	9
Objetivos específicos.....	10
4. Importancia del estudio.....	10
5. Limitaciones del estudio.....	12
6. Definición de términos.....	12
7. Variables e indicadores.....	14

### CAPITULO II

MARCO TEORICO.....	15
1. Autoestima.....	15
1.2. Teorías de la autoestima .....	17
1.2.1 Teoría Humanista de la autoestima.....	17
1.2.2 Teoría de la autoestima según Coopersmith.....	18
1.3. Componentes de la Autoestima.....	19
1.3.1 Componente cognitivo.....	19
1.3.2 Componente afectivo.....	20

1.3.3 Componente conductual.....	21
1.4 Factores de la autoestima.....	21
1.5 Áreas de la autoestima.....	22
1.6 Niveles de autoestima.....	24
1.6.1 Autoestima alta.....	24
1.6.2 Autoestima promedio.....	26
1.6.3 Autoestima baja.....	26
1.7 Importancia de la autoestima.....	28
1.8 Bases de una adecuada autoestima.....	29
1.9 La autoestima como una necesidad.....	30
1.10 La autoestima en el ejército.....	31
1.11 El asesoramiento psicológico en el ejército.....	33
2. Agresividad.....	33
2.1 Tipos de agresividad.....	36
2.1.1 Según su dirección.....	36
2.1.2 Según su origen.....	36
2.1.3 Según su forma operativa.....	37
2.1.4 Según su forma finalidad.....	37
2.2 Constructos psicológicos relacionados con la agresión.....	37
2.2.1 Agresividad versus violencia.....	38
2.2.2 Agresividad física versus agresividad verbal.....	38
2.2.3 Hostilidad versus ira.....	39
2.2.4 Agresividad directa versus agresividad indirecta.....	41
2.2.5 Aspectos de agresión conscientemente controlados versus aspectos impulsivos.....	42



2.3 Niveles de integración de la agresividad.....	43
2.3.1 Nivel biológico .....	43
2.3.2 Nivel psicológico.....	44
2.3.3 Nivel sociológico.....	44
2.4 Factores de la agresividad.....	45
2.4.1 Agresividad e intención.....	45
2.4.2 Frustración y agresividad .....	46
2.4.3 Tolerancia a la frustración.....	46
2.5 Funciones y formas en la conducta agresiva.....	47
2.6 Tipos de agresión en función de la motivación.....	47
2.7 Agresión en relación a su naturaleza y dirección.....	50
2.8 Desarrollo y evolución de la agresividad a lo largo del ciclo vital.....	55
2.9 Teoría comportamental de Buss.....	62
3 Etapa básica de adaptación al servicio militar en las FF.AA.....	63
3.1 El servicio militar.....	65
3.2 Definiciones básicas.....	66
3.3 Las fuerzas armadas en la formación cívica.....	67
3.4. Clasificación y selección del personal de las FF.AA.....	67
3.5 El soldado peruano.....	68
3.6 El recluta .....	69
3.7.Perfil del soldado.....	69

### CAPITULO III

METODOLOGÍA.....	71
1. Tipo y diseño .....	71
A. Tipo de investigación.....	71

B. Diseño.....	72
2. Población.....	72
A. Población de estudio.....	72
3. Instrumentos.....	73
Ficha técnica n° 1.....	73
Ficha técnica n° 2.....	75
4. Procedimiento.....	80

#### CAPITULO IV

RESULTADOS.....	81
-----------------	----

#### CAPITULO V

DISCUSIÓN.....	98
CONCLUSIONES.....	102
RECOMENDACIONES.....	104
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
ANEXOS.....	111

## LISTA DE TABLAS

### TABLA N° 1

NIVELES DE AUTOESTIMA ANTES DE INICIAR LA ETAPA BÁSICA DE ADAPTACIÓN EN EL PERSONAL QUE PRESTA SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO .....	82
--	----

### TABLA N° 2

NIVELES DE AUTOESTIMA EN EL ÁREA SÍ MISMO.....	83
--	----

### TABLA N° 3

NIVELES DE AUTOESTIMA EN EL ÁREA SOCIAL.....	84
--	----

### TABLA N° 4

NIVELES DE AUTOESTIMA EN EL ÁREA LABORAL.....	85
---	----

### TABLA N° 5

NIVELES DE AUTOESTIMA EN EL ÁREA HOGAR.....	86
---	----

### TABLA N° 6

NIVELES DE AUTOESTIMA FINALIZADA LA ETAPA BÁSICA DE ADAPTACIÓN.....	87
---	----

### TABLA N° 7

NIVELES DE AUTOESTIMA ANTES - DESPUÉS DE LA ETAPA BÁSICA DE ADAPTACIÓN.....	88
---	----

### TABLA N° 8

NIVELES DE AGRESIVIDAD ANTES DE INICIAR LA ETAPA BÁSICA DE ADAPTACIÓN.....	89
--	----

### TABLA N° 9

NIVELES DE AGRESIVIDAD DE LA SUBESCALA IRRITABILIDAD.....	90
---	----

### TABLA N° 10

NIVELES DE AGRESIVIDAD DE LA SUBESCALA AGRESIÓN VERBAL.....	91
---	----

TABLA N° 11

NIVELES DE AGRESIVIDAD DE LA SUBESCALA AGRESIÓN INDIRECTA.....92

TABLA N°12

NIVELES DE AGRESIVIDAD DE LA SUBESCALA AGRESIÓN FISICA.....93

TABLA N°13

NIVELES DE AGRESIVIDAD DE LA SUBESCALA RESENTIMIENTO.....94

TABLA N°14

NIVELES DE AGRESIVIDAD DE LA SUBESCALA SOSPECHA.....95

TABLA N°15

NIVELES DE AGRESIVIDAD DESPUÉS DE LA ETAPA BÁSICA DE ADAPTACIÓN.....96

TABLA N°16

NIVELES DE AGRESIVIDAD ANTES-DESPUÉS DE LA ETAPA BÁSICA DE ADAPTACIÓN.....97

# **CAPITULO I**

## **PROBLEMA DE ESTUDIO**

### **INTRODUCCIÓN**

La personalidad del hombre es una unidad organizada e integrada, constituida por muchos elementos que actúan conjuntamente. La autoestima forma parte importante del desarrollo de la personalidad de un individuo y, por lo tanto, es un factor determinante en la conducta y forma de comportarse que esté presente ante la sociedad.

La autoestima es un sentimiento valorativo de nuestro ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y se puede mejorar.

Está relacionada con el desarrollo integral de la personalidad en los niveles: ideológico, psicológico, social y económico (Acosta Padrón & Hernández, 2004).

La autoestima es inherente a todos los seres humanos, es un producto social que se desarrolla en la interacción hombre y mundo, en el proceso de la actividad y la experiencia social y canaliza la actividad del cuerpo y la mente de todas las personas. Su carácter social y desarrollador la provee de una extraordinaria significación para la educación de los niños, adolescentes, jóvenes y adultos. La autoestima es de naturaleza dinámica, multi-dimensional y multi-causal, es decir, diversidad de

influencias que la forman en interacción continua, (Acosta Padrón & Hernández, 2004).

La autoestima fluctúa, en función de las circunstancias específicas que experimenta el individuo, y afecta de forma importante a su motivación. Al depender su autoestima principalmente de los resultados que se producen en ciertas áreas específicas, los jóvenes están motivados por obtener éxito y no fallar en su consecución, experimentando las emociones positivas intensas y elevada autoestima que resultan del éxito, y evitando las emociones dolorosas y baja autoestima que resultan del fracaso (Crocker, 2006, citado por Rodríguez & Caño, 2012).

Así mismo el ser humano se ha preocupado por explicar su actuación agresiva y violenta frente a su prójimo y su entorno social afirmando que el comportamiento agresivo ha sido parte integrante del proceso evolutivo, dándose este comportamiento tanto en animales como en él mismo. La agresión tiene muchos determinantes y diversos propósitos, a la cual expone concluyentes que habitúan a la conducta agresiva como la “facilitación social”. Este determinante se ve ampliado con el enfoque del aprendizaje social, el análisis recae en los grupos instituciones y agentes sociales, que en la aplicación de sus normas están generando, instigando y manteniendo la agresión (Bandura, 1974).

Así también Battegay (1981, citado por Rodríguez & Gregorio, 2006), considera que la agresión significa “ comportamiento de ataque”, acción de atacar; mientras que agresividad designa, más bien, como la disposición a atacar, la necesidad de atacar, el placer de atacar”, de la misma manera para Buss (1961, citado por Serrano, 2006), la agresividad es una respuesta que consiste en proporcionar un estímulo nocivo a otro organismo, así también podemos entender a la agresión como cualquier forma

de conducta que pretende herir, física o psicológicamente a alguien, según Berkowits (1996, citado por Trujillo, 2006), siendo una conducta que provoca desagrado, disgusto, enfado o contrariedad y que es censurable.

En la Escuela profesional de Psicología de la UNSA, no existen trabajos del mismo tema, sin embargo se han encontrado investigaciones similares, algunas de ellas sobre agresividad y otras sobre autoestima, de las cuales mencionaremos las siguientes:

En 1999, se realiza una investigación por Erika Natalia Delgado Serna y Gloria Yuritza Gallegos Quispe, titulada “Niveles de autoestima en reclutas que realizan su fase básica de adaptación al servicio militar” (Investigación realizada en las unidades de Mariano Bustamante y General Salaverry, Arequipa-1999) en la que concluyen que no existe diferencias significativas probadas estadísticamente entre la primera y la segunda pero se concluye que existe una ligera disminución en la segunda aplicación del inventario de autoestima, los pocos reclutas que disminuyeron su autoestima desde el punto de vista porcentual si fueron afectados por las diversas situaciones presentadas en este periodo, entre ellas la disciplina inadecuada, rivalidad entre promociones y probablemente el tipo de personalidad, este grupo de evaluados con autoestima disminuida podrían estar presentando características tales como poco rendimiento en el trabajo, desconfianza de sus propias capacidades y valía personal, menospreciado por los demás, indiferencia hacia sí mismo y los demás, en ellos el temor aumentará generándoles aislamiento, desconfianza, este temor lo cegará y evitará que se arriesguen en la búsqueda de soluciones a sus problemas entre otros, lo que dificulta grandemente la satisfacción de sus necesidades superiores.

Lourdes Betty Cisneros Figueroa y Héctor Antonio Vara Cereceda, en el año 2000, realizaron la investigación “Influencia del factor socioeconómico en las dimensiones de personalidad y la presencia de niveles de depresión en conscriptos del servicio militar voluntario, Arequipa 2000”, en la que se llega a la conclusión: La relación entre las características de la personalidad, el factor socioeconómico y los niveles de depresión que presentan los soldados de la fase básica, están relacionadas en diferente grado de significancia, llegando a determinar que sus patrones conductuales no les permitan una adecuada adaptación a diferentes situaciones, y por lo tanto son más susceptibles y propensos a caer en estados depresivos.

En el año 2000, Eva Anahua Quispe y Juana Canana Miranda, realizaron un trabajo titulado “Existencia del resentimiento en las conductas agresivas de los alumnos del bachillerato de la G.U.E. Mariano Melgar”, dicho estudio fue aplicado a una población conformada por los alumnos del primer año del bachillerato de 16 y 17 años de edad y de condición media y baja, concluida la investigación se arribó a la siguiente conclusión: Existe en la población investigada un conjunto de tendencias que pueden llegar a concretarse en conductas reales cuyo fin será la destrucción total o parcial, literal o figurada de una persona u objeto.

En el 2001 Silvia Paola Riveros Obregón y Luis Enrique Lovón Moscoso realizaron una investigación titulada “Relación entre el maltrato recibido en la familia y la agresividad manifestada por el personal militar de tropa” en la que llegaron a las siguientes conclusiones: El maltrato familiar y la agresividad se encuentran relacionadas, existiendo una dependencia de asociación significativa entre ellas. Así mismo a medida que aumenta el maltrato físico familiar, existe un aumento significativo de la agresión física y verbal y autoagresión en el personal militar subalterno.



En 1999 Arnulfo Segura Zegarra y Roberto Melquiades Vilca Turpo realizaron una investigación titulada “Influencia de las actitudes y de la ansiedad en la adaptación de los reclutas en la fase básica del servicio militar obligatorio, Arequipa – 1999”, en la que concluyen que: La adaptación general es altamente significativa. La adaptación a la fase básica militar del recluta se da en forma favorable y siendo esta etapa la más exigente por el tipo de instrucción recibida y su reciente incorporación al servicio militar y a la consideración de las costumbres militares como el “bautizo” o recluta.

En las fuerzas armadas existe una población de jóvenes que se encuentran realizando el servicio militar voluntario, llamado personal de tropa, llevado en el Perú de forma voluntaria. En su mayoría son jóvenes de 18 a 25 años, procedentes de zonas urbano-marginales y rurales de diferentes lugares de nuestro país. Realizan entrenamiento militar acuartelado por un máximo de dos años, con salidas a la calle solo los fines de semana (Apolaya, Quijandria & Soto, 2011).

Este personal adopta fácilmente diversos comportamientos durante el periodo de entrenamiento militar, los cuales tienen más tendencia hacia comportamientos muchas veces de índole agresivo y a su vez con problemas de autoestima (Larico & Mendoza, 2001).

A partir de las investigaciones mencionadas y ante la posible restauración del servicio militar obligatorio e interesados en dicha problemática, principalmente en cómo se lleva a cabo este y tomando a la etapa básica de adaptación como parte inherente de ello y sus posibles efectos futuros, y teniendo en cuenta que esta se basa generalmente en la disciplina, jerarquía y la unidad, y que dichas características son las que generan toda una serie de normas que regirán la vida del soldado en el cuartel, las cuales se

justifican dada la necesidad de mantener el orden y la eficacia en el ejército por ello su aplicación es continua, repetitiva e inflexible y muchas veces punitiva, pudiendo esta generar cambios emocionales y rutinarios en el personal que lleva a cabo esta etapa, por ello es que nos centramos en conocer los efectos que traería consigo la etapa básica de adaptación en los niveles de autoestima y la agresividad de este grupo que presta dicho servicio, tomando en cuenta que ambas variables son parte importante de la formación de la personalidad del hombre, como punto de partida para nuestra investigación.

Por esta razón el propósito de nuestra investigación es determinar si se presentan diferencias significativas en los niveles de autoestima y agresividad durante la etapa básica de adaptación en los reclutas que prestan servicio militar voluntario en las FF.AA., Arequipa 2015.

A través de esta investigación pretendemos responder a la pregunta de investigación utilizando un diseño de investigación, no experimental, transversal, descriptivo.

Por último, nuestro trabajo se compone de cinco capítulos los cuales serán descritos en el siguiente orden: el capítulo uno está constituido por los aspectos preliminares; en el capítulo dos está referido al marco teórico, que considera el abordaje de las variables autoestima y agresividad; en el capítulo tres está compuesto por la metodología de nuestro estudio; en el capítulo cuatro se mencionan los resultados; y en el capítulo cinco se considera la discusión, conclusiones y recomendaciones.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El servicio militar voluntario juega un papel muy importante en la formación tanto de la identidad personal como de la autoestima, la cual se ve muy expuesta a sufrir

cambios, por el propio ambiente y el rigor con que se imparte la formación castrense, la que determina en muchos casos una pérdida de ésta.

La autoestima está referida a la opinión valorativa que tenemos acerca de nosotros mismos, se forma fundamentalmente por la influencia del entorno social y es el fruto de una larga y permanente secuencia de acciones y estilos, que empieza en la niñez, en el núcleo familiar, es influido por la sociedad, el status social, la ocupación, la educación de los padres, etc. La autoestima tiene una función muy importante en el desarrollo del campo biopsicosocial de las personas (Coopersmith, 1978).

La agresividad en la actualidad es un problema latente en nuestro medio, se da entre los adolescentes y adultos, quienes tratan de arreglar sus diferencias a través de agresiones que van de lo verbal a lo físico. Existiendo a su vez instituciones facilitadoras de la agresión y es el cuartel una de ellas, allí el sujeto encuentra un clima propicio para la manifestación de la fuerza física al solucionar conflictos (Riveros & Lovón, 2001).

Durante nuestro periodo de internado en el hospital militar de Arequipa hemos observado que la formación castrense que se imparte en las distintas unidades de formación militar es rigurosa, pegada a las reglas y normas castrenses, la comunicación es vertical con el personal que se desempeña en estas instituciones; siendo los reclutas los más expuestos por contraste en el nivel más bajo de rango en el ámbito militar, quienes reciben en ocasiones malos tratos de parte del personal superior razón por la cual muchas veces estos jóvenes tienden a reaccionar de forma agresiva frente a determinadas situaciones; así mismo el personal que presta el servicio militar voluntario generalmente proviene de diversas zonas del Perú, de distinta formación cultural, social y educativa.

La agresividad es una variable de personalidad, una clase de respuesta constante y penetrante. El comportamiento de la agresión juega un papel muy importante en el hábito de atacar, es un sistema de hábitos que mantiene en su interior componentes tales como la agresión física, verbal, etc. Dichos sub – hábitos son agrupados de acuerdo a las características y formas en las cuales los individuos pueden expresar agresión; siendo estas: físico – verbal, directo – indirecto (Buss, 1969).

El servicio militar tiene como finalidad formación de valores tales como la lealtad, el respeto, la honestidad y amor a la patria, viéndose así que muchos de los reclutas que reciben este entrenamiento muestran cambios relativos en la personalidad, notándose en ellos nuevos comportamientos con tendencia a la agresividad hacia otros compañeros y posteriormente a otras personas ajenas al ámbito militar, siendo este un problema latente en estas instituciones.

En la actualidad los jóvenes que se inclinan a prestar servicio militar voluntario muchas veces suelen tener muy bajos recursos económicos, tal razón hace que tengan la necesidad de realizarlo, por los beneficios sociales principalmente educativos. Es así que muchos de estos jóvenes al finalizar su etapa preparatoria revelan cambios, principalmente en dos aspectos que son la autoestima y la agresividad.

Es por ello que con la realización de este proyecto se pretende ejecutar una investigación que nos dé a conocer el efecto que trae consigo la etapa básica de adaptación en los niveles de autoestima y agresividad en los reclutas que prestan servicio militar voluntario en las FF.AA. Arequipa, para ello es fundamental conocer los niveles de autoestima y agresividad tanto antes como después de culminada dicha etapa.

Obteniendo de ello beneficios, para los encargados de impartir la formación militar castrense y para los propios jóvenes que prestan servicio militar, para que tomen en

cuenta la vulnerabilidad emocional del personal expuesto ya que su personalidad aún está en formación, puesto que actualmente no se ha investigado sobre este tema en las fuerzas armadas, habiendo allí un vacío en el conocimiento del mismo, el cual intentamos que se tomen en cuenta las acciones necesarias para poder moderar el impacto que esta etapa genera en ellos.

Por las consideraciones mencionadas anteriormente se intenta determinar si se presentan diferencias significativas en los niveles de autoestima y agresividad durante la etapa básica de adaptación en el personal, lo que nos permitirá entender como esta etapa origina cambios en los niveles de autoestima y agresividad en los reclutas que prestan servicio militar voluntario en las FF.AA., Arequipa 2015.

Por ello nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Existirán cambios en los niveles de autoestima y agresividad durante la etapa básica de adaptación en los reclutas que prestan servicio militar voluntario en las FF.AA., Arequipa 2015?

## **2. HIPÓTESIS**

**H1:** Existen cambios significativos en los niveles de autoestima y agresividad en los reclutas que prestan servicio militar voluntario durante la etapa básica de adaptación en las FF.AA., Arequipa 2015.

## **3. OBJETIVOS**

### **A. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar si se presentan diferencias significativas en los niveles de autoestima y agresividad durante la etapa básica de adaptación en los reclutas que prestan servicio militar voluntario en las FF.AA., Arequipa 2015.

## **B. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Establecer los niveles de autoestima antes de iniciar la etapa básica de adaptación en los reclutas que prestan servicio militar voluntario en las FF.AA., Arequipa 2015.
- Precisar los niveles de autoestima al finalizar la etapa básica de adaptación en los reclutas que prestan servicio militar voluntario en las FF.AA., Arequipa 2015.
- Determinar los niveles de agresividad antes de iniciar la etapa básica de adaptación en los reclutas que prestan servicio militar voluntario en las FF.AA., Arequipa 2015.
- Precisar los niveles de agresividad al finalizar la etapa básica de adaptación en los reclutas que prestan servicio militar voluntario en las FF.AA., Arequipa 2015.

## **4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO**

La presente investigación, ha sido motivada por la alta incidencia de problemas emocionales que se dan en los reclutas que prestan servicio militar en las diferentes unidades de formación militar, a su vez durante nuestra permanencia en el hospital militar de Arequipa, hemos observado que es así, a través de esta experiencia vivida durante nuestro internado es que hemos notado que existe una tendencia por parte del personal superior o encargado de la formación de los nuevos reclutas a impartir la formación militar de manera agresiva, principalmente durante la etapa básica de adaptación, este actuar se pone en práctica durante esta etapa la cual muchas veces es lesiva y punitiva para el recluta, tanto para su integridad física como emocional, lo que probablemente traerá como consecuencia cambios en los niveles de autoestima

y agresividad, incrementando así los problemas y los conflictos emocionales en nuestro medio.

Esta investigación presenta una relevancia científica ya que con los resultados estaremos aportando nuevos conocimientos a la psicología y a las instituciones pertinentes, sobre la realidad que viven jóvenes que prestan servicio militar y que pasan por la etapa básica de adaptación, y suele estar caracterizada por un clima de constante tensión e instigación que forma parte de la formación castrense las cuales podrían conllevar a cambios en el aspecto emocional de los jóvenes.

Interesados en dicha problemática decidimos iniciar su estudio el cual tiene relevancia humana porque a partir de esta investigación estaremos dando a conocer los efectos que trae consigo la etapa de adaptación al servicio militar voluntario.

Es importante conocer las implicancias futuras que trae consigo la etapa básica de adaptación al servicio militar, porque estamos seguros de que ello nos permitirá aportar información y conocimientos, para que se tomen en cuenta acciones y métodos efectivos que permitan evitar efectos perniciosos en el desarrollo psicológico del personal que presta servicio militar voluntario.

En el presente estudio se pretende determinar si se presentan diferencias significativas en los niveles de autoestima y agresividad durante la etapa básica de adaptación en los reclutas que prestan servicio militar voluntario.

Siendo de este modo la investigación de relevancia humana por que se pretende dar a conocer los cambios en los diferentes niveles de autoestima y agresividad que origina la etapa básica de adaptación, principalmente en los reclutas que prestan servicio militar voluntario, puesto que la investigación aportará elementos que lleven a la comprensión del problema estimulando así que se lleve a cabo un mejor y

adecuado manejo, que en lo posterior, estamos seguros ayudará a regular la formación impartida en dicha etapa.

## **5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Existe poca información de estudios investigativos fundamentalmente relacionados a la autoestima y la agresividad en las FF.AA.

Así mismo durante el proceso de recolección de datos, una limitación fue la deserción de algunos reclutas que prestaban servicio militar voluntario en las FF.AA., lo que generó una menor población de estudio.

## **6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

**a) Agresividad:** La agresividad es un acto real o amenazado de hostilidad, provocado por otra persona, se manifiesta mediante ataques físicos o verbales hacia otra persona, generalmente menor que el agresor; es decir, una persona en mejores condiciones que otra, trata de imponer sus reglas para lograr su propósito. Hurlock (2000).

**b) Autoestima:** Se define a la autoestima como “un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen y está representada por la conducta. Es la capacidad que tenemos con dignidad, amor y realidad”. Martin (2003)

**c) Etapa básica de adaptación:** Supone una necesidad de ajuste del recluta a nuevas normas, a un estilo de vida diferente y al acatamiento de órdenes. Durante la etapa básica de adaptación, el recluta recibe formación teórica como: el don de mando, higiene militar, servicio interno (que consiste en cumplir las guardias y el servicio nocturno), marchas de campaña, como preparar material de guerra y municiones, etc., la cual es bastante exigente.



Posteriormente su formación estará relacionada a la preparación contrasubversiva.

**d) Servicio militar:** Según la oficina de información del ejército (1999) el servicio militar es sin duda el mejor ejemplo de integración. A través del servicio militar voluntario, el ejército contribuye a la formación cívica del pueblo peruano, asimismo es el factor de cohesión. Es un honor y una de las formas de cumplir con la obligación patriótica que tienen todos los peruanos de participar en la defensa nacional y contribuir al desarrollo nacional, y tiene por finalidad capacitar a los peruanos.

## 7. VARIABLES E INDICADORES

VARIABLE	INDICADORES	NIVELES DE MEDICION
Autoestima	Sí Mismo	Alto  Medio  Bajo
	Social	
	Laboral	
	Hogar	
Agresividad	Irritabilidad	Bajo  Medio Bajo  Medio Alto  Alto
	Verbal	
	Indirecta	
	Física	
	Resentimiento	
	Sospecha	

### Variable Independiente

- Etapa Básica de Adaptación

### Variable Dependiente

- Autoestima
- Agresividad

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **1. AUTOESTIMA**

La autoestima es una necesidad humana profunda y poderosa esencial para la autorrealización. Durante muchos años la idea de autoestima despertó gran interés; cada vez fue mayor el número de artículos publicados en revistas especializadas, orientadas a establecer correlaciones entre la autoestima y algún aspecto del comportamiento.

Muchos estudiosos entendían fenómenos diferentes. En ocasiones, un conjunto de averiguaciones parecía invalidar a otras. Tras una tranquila elaboración durante décadas, cada vez más personas empezaron a comentar su importancia por el bienestar humano. En la actualidad no existe una definición de autoestima ampliamente compartida.

Es así que dentro de la bibliografía de autoestima, encontramos gran cantidad de definiciones, a continuación mencionaremos algunas, de modo que nos permitirá tener una visión general del concepto de autoestima.

Fischman (2000), comenta que la autoestima supone, primero, ser conscientes de nuestros actos. Implica conocerse a sí mismo. Porque en la vida siempre se nos presentará diversos problemas y situaciones en las que tenemos que tomar decisiones con la plena capacidad de decidir lo mejor para nosotros; entonces las personas que tienen una baja autoestima se

sienten poca valoradas, poco respetadas y poco competentes, siendo una sensación profunda que nos impide muchas veces avanzar en la vida.

Alcántara (1990), define la autoestima como una “Actitud hacia uno mismo, la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo, es la disposición permanente según la cual nos enfrentamos con nosotros mismos, es el sistema fundamental por el cual ordenamos nuestras experiencias refiriéndolas a nuestro “yo” personal”.

Ramírez y Almidón (2000), nos dicen: “La autoestima es la valoración que uno tiene de sí mismo, se desarrolla gradualmente desde el nacimiento, en función a la seguridad, cariño y amor que la persona recibe de su entorno. Está relacionada con el sentirse amado, capaz y valorado, lo que determina el autoconcepto, es decir, la imagen que uno tiene de sí mismo en lo corporal, intelectual, social, etc. Cuanto más se trate a una persona como ser importante y digno, y se siente amado y aceptado, mejor autoconcepto tendrá; también se encuentra vinculado con el sentido de pertenencia a un grupo, con la posibilidad de plantearse metas a corto y largo plazo, con el sentirse competente y capaz en las actividades que realiza”.

Coopersmith (1990), manifiesta que la autoestima es una serie de creencias de aptitudes y creencias que una persona trae consigo mismo cuando se enfrenta al mundo.

Incluye las creencias sobre si él o ella puede tener éxito o no, cuanto esfuerzo debe poner, si fallar en una tarea, o si él o ella llegarán a ser más capaces como resultado de diferentes experiencias.

En 1984 el estado de California (EE.UU.) nombró un equipo de expertos para el estudio de la autoestima. Este equipo de expertos como psicólogos, sociólogos y pedagogos, han puesto de relieve que la autoestima es algo que se puede aprender, que depende de la situación anímica general del individuo y esto se puede modificar. Según como este se siente que le perciben, aceptan y quieren, y según se haya desarrollado, desde la infancia, su

seguridad, autoconcepto, sentido de pertenencia, motivación y competencia, y los haya integrado en su personalidad, así se habrá formado su nivel de autoestima.

La autoestima proviene de nuestros semejantes. Ella se desarrolla a través de las experiencias de la niñez, pero solamente se puede nutrir, consolidar y perpetuar en las relaciones cotidianas con las demás personas. Necesitamos siempre de nuestros semejantes para evaluar nuestros actos y nuestras características personales, nuestra personalidad. Cuan necesarios son el reconocimiento y la valoración real que hacen los demás con respecto a nosotros, y resulta mejor si este reconocimiento y esta valoración es coherente con lo que nosotros mismos hacemos de nosotros (Portugal, 1996).

## **1.2. TEORÍAS DE LA AUTOESTIMA**

### **1.2.1. Humanista de la autoestima**

Mezerville (2004), menciona que Maslow ha sido uno de los representantes de la psicología humanista, que más ha difundido el papel que la autoestima desempeña en la vida de la persona, al incluirla dentro de su conocida jerarquía de las necesidades. Para Maslow existen dos tipos de necesidades de estimación, la del respeto de los demás y el respeto hacia sí mismo. La autoestima implica competencia, seguridad, dominio, logro, independencia y libertad.

El respeto hacia los demás incluye reconocimiento, aceptación, estatus y aprecio. Cuando las necesidades no son satisfechas un individuo se siente desalentado, débil e inferior. La autoestima saludable es una evaluación realista de las propias capacidades y tiene sus raíces en el respeto merecido de los demás. Para la mayoría de las personas, la necesidad de consideración de los demás disminuye con la edad, debido a que ha sido satisfecha; sin embargo, la de auto consideración se vuelve más importante.

Maslow (1988), la mayoría de las personas que no han desarrollado un alto nivel de autoestima, nunca llegan a autorrealizarse.

La autoestima como proceso es adquirida y es el resultado de cada persona, fruto de una larga y permanente secuencia de acciones que la van configurando en el transcurso de toda la existencia. La autoestima es esencial para hacer resaltar lo mejor que hay en uno, exige que conozcamos y gustemos tal como somos, es imprescindible para que pueda amar a otras personas en una manera sana, tiende a hacer que uno sea más popular, ya que las personas se sienten cómodas cerca de quienes se sienten bien.

Su naturaleza no es estática, sino dinámica, por lo tanto puede crecer e interconectarse con otras actitudes para debilitarse o fortalecerse

### **1.2.2. Teoría de la autoestima según Coopersmith**

El concepto, se centra en las perspectivas de la autoestima nivel general, más que sobre cambios específicos o transitorios en la evaluación que realiza el individuo. Sin embargo, a pesar de no considerarlos en su estudio, acepta el hecho que individualmente hay cambios momentáneos.

Coopersmith refiere que cuando el individuo se da cuenta que es una identidad separada, existiendo totalmente a parte de su medio ambiente, se origina el establecimiento de sí mismo.

El establecimiento de sí mismo da origen a la formulación del concepto de sí mismo. Este concepto está determinado por las interacciones sociales y las experiencias de este. A través de las relaciones con sus familias y coetáneos, el niño aprende lo que puede o no puede hacer. Estas relaciones proporcionan una idea de cómo el niño tiende a percibirse a sí mismo.

Una vez que el individuo ha establecido el concepto de sí mismo, a través de las experiencias del proceso de abstracción estará listo para determinar si está o no satisfecho con lo que ve de sí mismo.

Coopersmith refiere que para realizar una abstracción sobre sí mismo se debe descubrir, explorar y desarrollar sobre sí mismo, de manera que cada persona se conozca y utilice sus capacidades. Se trata de una abstracción que establecemos referida a nuestros atributos, capacidades y actividades.

Para Coopersmith la abstracción se forma y elabora sobre la base de los intercambios sociales, reacciones del individuo hacia sí mismo, su habilidad para resolver problemas relacionados a su desarrollo y en base a su capacidad para enfrentar situaciones de la vida diaria, cubriendo mayores atributos y experiencias tornándose al mismo tiempo más selectivo de tal manera que aspectos de estas experiencias son sumidos como referidos directamente a si mismo (Coopersmith, 1975).

### **1.3 COMPONENTES DE LA AUTOESTIMA**

Calero (2000), considera que la autoestima tiene tres componentes: Cognitivo, afectivo y conativo comportamental. Los tres operan íntimamente correlacionados, de manera que una modificación en uno de ellos comparte una alteración en los otros componentes. Es así que tenemos:

#### **1.3.1 Componente cognitivo**

Implica idea, opinión, creencias, percepción y procesamiento de la información. El autoconcepto es el componente cognitivo del sistema de sí mismo. Implica pensar en sí mismo, crear ideas, y mejorar su conocimiento respecto de sí.

Es como dice Markus, el conjunto de autoesquemas que organizan las experiencias pasadas y son usadas para reconocer e interpretar estímulos relevantes en el ambiente social.

El autoesquema es una creencia y opinión sobre sí mismo que determina el modo en que es organizada, codificada y usada la información que nos llega sobre nosotros mismos.

Es un marco de referencia por el cual damos un significado a los datos aprendidos sobre nosotros mismos. El autoconcepto ocupa un lugar privilegiado en el crecimiento y consolidación de la autoestima, las dimensiones afectiva y conductual, caminan bajo la luz que proyecta, a su vez se hace compañía por la autoimagen o representación mental que un sujeto tiene de sí mismo en el presente y en las aspiraciones y expectativas futuras. Es un determinante el valor de la autoimagen para la vitalidad de la autoestima.

En las personas con insuficiente autoconcepto se notan los siguientes rasgos:

- Deseo excesivo de complacer a los demás.
- Se incomoda en su apariencia física
- Utiliza excusas y mentiras para justificar un comportamiento determinado.
- Sentirse incomodo cuando le hacen cumplidos.
- Tiene dificultad para expresar sus sentimientos o emociones.
- Es hipersensitivo; se siente agobiado por cualquier cosa que pasa o se diga.
- Siente que el trabajo es demasiado y que él no puede con ello.
- Se percibe a sí mismo como inadecuado e insuficiente en la mayoría de los casos contextos y circunstancias, negando o enfatizando su responsabilidad al respecto.

### **1.3.2 Componente afectivo**

Conlleva a la valoración de lo que en nosotros hay de positivo, implica un sentimiento de lo favorable o desfavorable que vemos en nosotros. Es sentirse a gusto o disgusto consigo



mismo. Es admiración ante la propia valía, es un juicio de valor sobre nuestras cualidades afectivas.

### **1.3.3 Componente conductual**

Este componente significa tensión, intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente. Es el proceso final de toda dinámica interna. Es la autoafirmación dirigida hacia el propio yo y en busca de consideración y reconocimiento por parte de los demás.

## **1.4 FACTORES DE LA AUTOESTIMA**

Los factores actúan en forma interdependiente en la formación de la personalidad del individuo. Reforzando cada uno de ellos, se refuerza la autoestima, por lo tanto se refuerzan también de forma automática los otros y viceversa. Calero (2000), considera los siguientes factores:

**A. Seguridad:** Es el factor en el cual creemos reconocer más fácilmente nuestro nivel de autoestima. Si alguien se siente seguro de sí mismo y lo demuestra en su comportamiento y relaciones, da la impresión de que tiene todos los problemas resueltos.

**B. Identidad:** Sentido de autoconcepto, es la forma como nos percibimos a nosotros mismos como personas. La formación de nuestro autoconcepto empieza a delinearse desde el nacimiento en conformidad con la forma como nos perciban y nos trataban nuestros padres.

**C. Integración o pertenencia:** Implica sentirse cómodo y a gusto con los demás, sentir que formamos parte de un grupo familiar, de amigos de trabajo, de estudios, etc.; y que aportamos algo al mismo. La autoestima se desarrolla socialmente desde que vivimos en sociedad.

La persona con buen sentido de pertenencia, demuestra sensibilidad hacia los demás y habilidad en cooperar y compartir

**D. Finalidad o motivación:** Busca que nuestra actuación sea oportuna, necesaria e inevitable. Cuando se tiene motivaciones suficientes modificamos nuestro comportamiento, hacemos todo lo necesario por lograrlo. Desde esa perspectiva se desactivan preconceptos, miedos, vergüenzas u orgullos falsos.

**E. Competencias:** Implica tener conciencia de la propia valía de lo que sabemos, sentimos y podemos hacer. Acrecentar la competencia es una decisión personal en función de su propia autoestima. La persona con sentimientos de competencia busca colaborar y autosuperarse en vez de competir. Acepta la derrota como enseñanza para recuperarse, se siente motivado para actuar con éxito.

## **1.5 ÁREAS DE LA AUTOESTIMA**

Existe una valoración global acerca de sí mismo que puede traducirse en un nivel alto, medio, bajo de autoestima, existe también áreas específicas muy significativas:

### **Área Sí Mismo – Personal**

Se refiere a la valoración que cada uno de nosotros tiene de sí mismo. Al conocimiento y respeto que la persona siente por sus cualidades a los atributos que le hacen especial o diferente apoyado por la aprobación que se recibe de los demás por las cualidades que posee.

Haeussler y Milicic (1995), expresan. “la autoestima, es decir, el sentimiento del propio valor, de ser, querido y apreciado por uno mismo y por los demás, se basa en el conocimiento de sí mismo, el aprecio de los propios gustos, éxitos, habilidades y características. También, en conocer y ubicar lo que nos satisface de nosotros mismos, y en

saber lo que quisiéramos lograr. El primer paso para trabajar la autoestima es conocerse y apreciarse uno mismo

### **Área Social - Compañeros**

Incluye el sentimiento de sentirse aceptado o rechazado por los iguales y el sentimiento de pertenencia, es decir, el sentirse parte de un grupo.

Se relaciona también con el hecho de sentirse capaz de enfrentar con éxito diferentes situaciones sociales, por ejemplo ser capaz de tomar iniciativa, ser capaz de relacionarse con personas del sexo opuesto y solucionar conflictos interpersonales con facilidad, incluyendo el sentido de solidaridad, como nos dicen Haeussler y Milicic, “Una de las variables más significativas para una autoestima positiva es la experiencia de saberse competente en diferentes aspectos

### **Hogar – Padres**

Implica la situación o clima familiar, y que a su vez está determinado por los sentimientos, las actitudes, las normas y formas de comunicación que los caracteriza cuando sus miembros se encuentran reunidos. El clima familiar o emocional que existe en el hogar, la expresión de afecto, los espacios para poder pasar juntos momentos agradables, la forma en que se trate al adolescente va a tener una influencia decisiva en su autoestima.

### **Área Escolar – Académica**

Se relaciona con el hecho de sentirse capaz para enfrentar con éxito situaciones de la vida escolar y específicamente, a la capacidad de rendir bien y ajustarse a las exigencias académicas. Incluye también la valoración de las capacidades intelectuales, como sentirse inteligente, creativo, y constante, desde el punto de vista intelectual.

## **1.6 NIVELES DE AUTOESTIMA**

Según William James (1887), cuando se examina la autoestima de un individuo, se está preguntando si este se considera adecuado, una persona valiosa, no si se considera superior a los demás. En dicho sentimiento de adecuación se halla implícita la relación entre los propios estándares y logros personales.

Así una persona que tiene aspiraciones modestas y las realiza, puede considerarse perfectamente digna de la estima de los demás. No se creará superior a ellos.

Pero estará relativamente satisfecha consigo misma y la autosatisfacción podría reflejarse en un alto puntaje de autoestima.

Coopersmith (1967), estudia a las personas con diferentes niveles de autoestima describiendo ciertas características propias de personas con niveles bajos o altos de autoestima.

### **1.6.1 AUTOESTIMA ALTA**

Las personas que tienen nivel de autoestima alto se sienten que son importantes, se respetan a sí mismas, confían en sus capacidades y habilidades, deciden por sí solos. Esto no quiere decir que se sienta superior a los demás, sino que reconoce sus propias limitaciones y debilidades por lo que trata de superarlas. Los obstáculos que se les presente lo toman como un reto a los cuales deben enfrentar y superar. Por otro lado estas personas expresan espontáneamente sus sentimientos y aceptan las expresiones de sentimientos de los demás personas, respetando así no solo las características físicas y de género, en los demás sino también expresiones y comportamientos diferentes a ellas.

## **CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PERSONALIDAD CON AUTOESTIMA ALTA**

- Cree firmemente en ciertos valores y principios, está dispuesto a defenderlos aún cuando entre en oposición y se siente lo suficientemente seguro como para modificarlos, si sus nuevas experiencias indican que estaba equivocado.
- Es capaz de obrar según crea más acertado, confiando en su propio juicio, sin sentirse culpable cuando a otros les parece mal lo que haya hecho.
- No emplea demasiado el tiempo preocupándose por lo que haya ocurrido en el pasado, ni por lo que le pueda ocurrir en el futuro.
- Tiene confianza básica en la capacidad de resolver sus propios problemas sin dejarse acobardar por fracasos y dificultades.
- Se considera y se siente igual, a cualquier otra persona, ni inferior, ni superior, sencillamente igual, y reconoce diferencias en talentos específicos, prestigio profesional o posición económica.
- Se considera interesante y valioso para otros, por lo menos aquellos con quienes se asocia.
- No se deja manipular por los demás aunque está dispuesto a colaborar si le parece apropiado y conveniente.
- Reconoce y acepta en sí mismo una variedad de sentimientos y pulsiones tanto positivas como negativas, y está dispuesta a revelarlas a otra persona si le parece que vale la pena.
- Es capaz de disfrutar diversas actividades como trabajar, leer, jugar, holgazanear, caminar, charlar, etc.
- Es sensible a las necesidades de los demás respeta las normas de convivencia generalmente aceptadas y sabe que no tiene derecho a divertirse a costa de los demás.

- Las personas con alta autoestima, gustan más de sí mismos que los otros, quieren madurar, mejorar y superar sus deficiencias.

### **1.6.2 AUTOESTIMA PROMEDIO**

El individuo con autoestima promedio se caracteriza por la posibilidad de mantener una autoevaluación de sí mismo muy alta, pero en una situación dada, la evolución podría ser realmente baja, teniendo una buena probabilidad de lograr una adaptación social normal, manteniendo los niveles altos y bajos.

### **CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA AUTOESIMA PROMEDIO**

- En tiempos normales mantiene una actitud positiva hacia sí mismo, un aprecio genuino de sí mismo, aceptación tolerante y esperanzada de sus propias limitaciones, debilidades, errores, y fracasos, afecto hacia el mismo, atención y cuidado de sus necesidades reales tanto físicas como psíquicas e intelectuales.
- Sin embargo en tiempos de crisis, mantendrá actitudes de la connotación de la baja autoestima y le costara esfuerzo recuperarse.
- Si se tiene un grado de autoestima promedio entonces el individuo está llamado a pasar la vida en un nivel más bajo, inferior al que le permitirá recorrer su inteligencia.
- Un nivel promedio de autoestima puede influir negativamente en la actuación de sus habilidades, en la salud física y psíquica.

### **1.6.3 AUTOESTIMA BAJA**

El individuo con la autoestima baja se caracteriza por insatisfacción, rechazo y desprecio de sí mismo, este individuo no se respeta, su autorretrato es degradable y desearía ser distinto, piensa que no vale nada o muy poco, siente que todo lo peor le puede pasar, prefiere el aislamiento y se vuelve apático, es por eso que tiende a querer despreciar a los demás y está

lleno de desconfianza. También de acuerdo a la formación personal pueden encontrarse sujetos con autoestima baja que presenten actitudes de ansiedad, actividad excesiva, agresividad y rencor. Ellos se encuentran por el contrario en constante búsqueda de aprobación y actividad y pueden reaccionar violentamente para que no reconozcan su real estado de sufrimiento.

Muchos individuos con autoestima baja reprimen sus sentimientos o los deforman tratando de ocultarlos, además no aprueban la expresión de sentimientos de los demás, escapando de situaciones en las que estos se manifiestan. Por ejemplo no son capaces de reír ante un chiste o llorar ante una escena triste, por el contrario se muestran serios, inmutables o escapan de ellas.

### **CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA AUTOESTIMA BAJA**

- Autocrítica rigorista y desmesurada: Que mantiene al individuo en un estado de insatisfacción consigo mismo.
- Vulnerabilidad a la crítica: Por la que se siente exageradamente atacado, herido. Hecha la culpa de sus fracasos a los demás o la situación: cultiva resentimientos contra sus críticos.
- Indecisión: Crónica, no por falta de información sino por miedo exagerado a equivocarse.
- Deberes: Deseo excesivo de complacer por el que no se atreve a decir no por miedo a desgarrar y perder la benevolencia o buena opinión del peticionario.
- Perfeccionismo: Autoexigencia esclavizadora de hacer perfectamente todo lo que intenta, que conlleva a un desmoronamiento interior cuando las cosas no salen con la posición exigida.

- **Culpabilidad Neurótica:** Por la que se acusa y se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y delitos y/o los lamenta indefinidamente sin llegar nunca a perdonarse por completo.
- **Hostilidad Flotante:** Irritabilidad, a flor de piel; siempre a punto de estallar aún por cosas de poca monta, propia del supercrítico a quien todo le sienta mal, todo le disgusta, todo le decepciona, nada le satisface.
- **Tendencias Depresivas:** un negativismo generalizado (todo lo ve negro, su vida, su futuro y sobre todo su sí mismo) y una inapetencia generalizada del gozo de vivir y de la vida misma.

## 1.7 IMPORTANCIA DE LA AUTOESTIMA

Calero (2000), considera que la gran importancia de la autoestima puede sintetizarse en los siguientes criterios:

- A. Constituye el núcleo de la personalidad:** La fuerza del hombre es la tendencia a llegar a ser el mismo. El dinamismo básico del hombre es su autorrealización.
- B. Determina autonomía personal:** Es indispensable tener una autoestima positiva, ya que da lugar a formación de personas autónomas, seguras de sí mismas, que se aceptan a sí mismas, que sepan autorientarse en medio de una sociedad en mutación.
- C. Posibilita una relación social saludable:** El respeto y el aprecio hacia uno mismo es la plataforma adecuada para relacionarse con las demás personas, y que permite reconocer sus valores e infundirles un autoconcepto afirmativo, despertando confianza y seguridad en sus propias capacidades y actuando como modelo de la autoconfianza.



- D. Fundamenta la responsabilidad:** La persona con confianza en sí mismo se compromete, cree en su aptitud, ya que encuentra en su interés los recursos requeridos para superar las dificultades inherentes a su compromiso.
- E. Ayuda a superar las dificultades personales:** Cuando la persona goza de autoestima es capaz de enfrentar los problemas que le sobrevengan. Dispone dentro de sí la fuerza necesaria para reaccionar buscando la superación de obstáculos.
- F. Apoya la creatividad:** La persona creativa surge desde la confianza en sí mismo, en su capacidad, en su originalidad. “La fluidez, originalidad, ideas e investigativa se consiguen con una adecuada autovaloración”.
- G. Condiciona el aprendizaje:** La adquisición de nuevos aprendizajes está subordinado a nuestras actitudes básicas, que dificultan o favorecen la integración de la estructura mental, que genera energías más intensas de atención y concentración.
- H. Garantiza la proyección de la persona:** Desde sus cualidades las personas se proyectan hacia el futuro, se autoimponen aspiraciones y expectativas de realización y se sienten capaces de escoger y alcanzar sus metas.

Coopersmith refiere “La persona con alto nivel de autoestima, con menos problemas de miedos y ambivalencia, con menos dudas, y menos disturbios de la personalidad, aparentemente se dirige directamente y realísticamente hacia sus metas personales.

## **1.8 BASES DE UNA ADECUADA AUTOESTIMA**

Calero (2000), expone las siguientes bases de la autoestima como poder energizador de la persona y son:

### **A. La aceptación de sí mismo**

Implica conocer y valorar sus propias habilidades y limitaciones; sus logros y errores, aceptarse a sí mismo constituye una necesidad esencial en las personas para desarrollar la

autoafirmación. La aceptación de sí mismo afianza la identidad personal y ayuda a verse como sujeto con rasgos físicos, psicológicos, sociales y espirituales característicos, a sentirse satisfecho de su nombre, sexo, nacionalidad y demás peculiaridades.

### **B. La autonomía**

El desarrollo de la autonomía es posible y necesario a través de un proceso educativo ligado a la evolución del pensamiento y los afectos para expresarse en conductas. Esto se orienta a que la persona se valga por sí mismo en las diversas circunstancias de la vida, sin excluir la posibilidad de dar o pedir apoyo a los demás.

### **C. La experiencia afectiva**

Se manifiesta en la interrelación con los demás, como capacidad de dar y recibir afectividad, motivando a las personas a autoestimarse, ser respetuoso, ser solidario, generoso, receptivo, etc.

La finalidad de su desarrollo es acrecentar la moral y sensibilidad de la persona como energizador de su vida.

### **D. La consideración por otros**

Denota reconocer y respetar los derechos de los demás, considerándolos como iguales y aún en las diferencias viéndolos con necesidades iguales a uno.

Implica la dimensión social de la persona que se compromete a respetar a otros, tolerar, y ayudarlos.

## **1.9 LA AUTOESTIMA COMO NECESIDAD**

Todo ser humano, cualquiera que sea la red de costumbres y valores en que haya crecido, está obligado a actuar para satisfacer y cumplir las necesidades básicas. La raíz de la

necesidad de autoestima es biológica: se refiere a la supervivencia y a seguir operando con más eficiencia.

Nuestra necesidad de autoestima es el resultado de hechos básicos ambos intrínsecos a nuestra especie. El primer hecho es que dependemos, para sobrevivir y para dominar con éxito nuestro entorno, el uso apropiado de nuestra conciencia, nuestra vida y nuestro bienestar depende de nuestra habilidad para pensar. El segundo hecho es que el uso apropiado de nuestra conciencia no es automático, no está “instalado” de forma natural.

Branden nos dice “cuando la autoestima es baja, nuestra resistencia para afrontar las adversidades de la vida disminuye. Tenderemos a estar más influidos por el deseo de evitar el dolor que por el de experimentar la alegría. Los aspectos negativos tienen mayor poder en nosotros que los positivos. Sino creemos en nosotros mismos – ni en nuestra eficacia – el universo es un lugar temible”.

Por esta razón se ha llegado a la conclusión de que una autoestima es en realidad, como el “sistema inmunitario de la conciencia”, que proporciona resistencia, fuerza y capacidad para la regeneración.

Aunque un sistema inmunitario no nos garantice que no vayamos a enfermarnos, nos hace menos vulnerables a las enfermedades y mejor equipados para recuperarnos de ellas; por lo tanto una saludable autoestima no nos garantiza que no vayamos a sufrir ansiedades y depresiones ante dificultades de la vida, pero nos hace menos susceptibles y nos prepara mejor para afrontarlas, rechazarlas y superarlas”.

## **1.10 LA AUTOESTIMA EN EL EJÉRCITO**

El personal que está dentro del ámbito militar requiere y es necesario que tenga un adecuada autoestima, es así que Steve Simmons y John C. Simmons nos dicen: “Se puede observar el

modo en que las personas reaccionan ante las críticas o el rechazo. La persona muy humilde tiende a dolerse y a sufrir ante las críticas y los rechazos.

Las personas con nivel de autoestima entre moderado y alto son las que mejor llevan las críticas y los rechazos. Los que tienen una confianza excesiva en sí mismos tienden a reaccionar ante críticas o los rechazos con negaciones y actitudes defensivas.

### **La autoestima en el soldado**

En los primeros meses de su servicio, un nuevo soldado (recluta) necesita una recepción apropiada para una rápida y adecuada adaptación como miembro efectivo.

Las características del recluta en el proceso de transición de la vida civil al ambiente militar son:

- a) El nuevo soldado, encontrándose separado de sus familiares y amigos debe desarrollar un sentimiento de ser parte de un grupo. Puede encontrar que la vida militar tiene mucho menos primacía y que tiene que aprender su sentido de individualidad.
- b) Por otra parte el nuevo soldado puede hallar en la vida militar una mayor libertad personal que tenía en el ambiente civil. Las restricciones impuestas anteriormente por los padres, profesores, su comunidad no las siente directamente. Esta repentina liberación puede conducirlo hacia una conducta irreflexible.

En este proceso de adaptación es necesaria una autoestima alta, debido a que el recluta pasa de una vida civil a una vida de tipo militar. Asimismo el personal en general del ejército requiere una alta autoestima, esto se refleja en las características que demanda el perfil de un soldado.

## **1.11 EL ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL EJÉRCITO**

En el ejército es necesario una orientación adecuada y/o asesoramiento psicológico en primer lugar para un desenvolvimiento adecuado del recluta en sus tareas, con sus compañeros, esto debido a las características que presenta un recluta que acaba de ingresar como lo mencionamos en un punto anterior.

Del mismo modo la gama de problemas personales que presenta dentro de la unidad o grupo es amplia y variada. Los problemas que pueden requerir consejo, incluye motivos de quejas relacionados a compañeros, ascensos, asignación de tareas, discriminación, problemas económicos iniciadores de otro tipo de problemas familiares y muchos otros relacionados con el individuo, que requieren de un consejo psicológico para dar una o buscar una solución a sus problemas a fin de que la mente del soldado esté libre de preocupaciones, frustraciones y pueda concentrarse en la tarea designada.

## **2. LA AGRESIVIDAD**

Se entiende por agresividad la violencia sobre algo o alguien que impide, fuerza, altera, trastorna o destruye su propia estructura o dinamismo. Cualquier forma de conducta física o verbal destinada a dañar, ofender o destruir, al margen de que manifieste con hostilidad o como medio calculado para alcanzar un fin, se considera una conducta agresiva. La agresividad (física o verbal) puede ir dirigida contra uno mismo (autoagresión) o contra otros (heteroagresión), ya sean, animales u objetos.

Alonso Fernández, (1986, citado en Portugal, 2004). Señala lo siguiente para llegar al concepto de violencia: Si bien entre las palabras “agresión” y “agresividad” existen ciertas diferencias: la primera, incorporada en las lenguas románticas desde el siglo XIV para nombrar un acto afectivo y la segunda, de incorporación reciente como designación de una tendencia o una disposición, ambas toman la raíz del término “aggredi”, traducido

habitualmente por “avanzar o “acercarse”, en el sentido de ir hacia alguien” o “acercarse en busca de consejo”. De ello se infiere que la agresividad es una capacidad vital orientada hacia la interrelación personal. Una capacidad positiva para vivir y convivir, (Chappi, 1981). Un potencial de agresión puede ser puesto al servicio de varias funciones vitales”. La agresividad queda en este cauce precisada como una función vital y comunicante. Su contrapunto sería el retroceso y el alejamiento, es decir, la incomunicación y la ausencia de contacto.

Pero, “aggressi” dispone de una segunda opción: “ir contra alguien”, moverse contra alguien con la intención de producir un daño. “Aunque la acción contra otra persona constituye una forma especial de comunicación, el cauce de comunicación habitual toma otra orientación completamente distinta y su funcionamiento suficiente, sobre todo mediante la palabra, evita con frecuencia la aparición de ataques agresivos (Alonso-Fernández, 1986, citado en Portugal 2004).

La configuración perversa de la agresividad es la violencia. Por violencia puede entenderse una especie de agresividad distinguida por su malignidad, su falta de justificación, su justificación y/o su legitimidad. La violencia representa, sobre todo, la forma de agresividad maligna y ofensiva. También se ha equiparado la violencia con el ejercicio de la fuerza no legítima, es decir, carente de la aprobación o el consenso de las gentes, o no legal, por no contar con la aprobación de las leyes.

Hay investigaciones que incluyen dentro de este concepto todos los comportamientos agresivos que usan la fuerza para ocasionar, tratar de ocasionar o amenazar con ocasionar un daño o un trastorno en la integridad física o psicológica de otro ser viviente de la misma especie, con lo que la violencia y la agresividad se vuelven términos sinónimos, (Alonso-Fernández, 1986, citado en Portugal, 2004).

Las conductas agresivas forman parte del repertorio normal de las personas. No está claro el papel que juegan la herencia y el ambiente en su desarrollo. Pero se considera que la agresividad es una consecuencia conductual de la maduración biológica y social característica de la infancia. Por lo general, estas conductas se van reduciendo a medida que los adolescentes incorporan nuevas habilidades físicas y sociales con que enfrentarse a los estímulos aversivos que puedan encontrar en su exploración del entorno y en el ejercicio de su creciente autonomía.

Las conductas agresivas son susceptibles de adquirirse y mantenerse a través del aprendizaje social. Numerosos estudios confirman la importancia que tiene el refuerzo en el modelado y el mantenimiento de la conducta agresiva.

Desde el punto de vista social, la cultura regula el uso de la agresión en las relaciones sociales y aporta significados compartidos a estas acciones. En general, la conducta agresiva produce actitudes de rechazo, ya que el intento de producir cambio en una persona adulta, desde una postura de fuerza, atenta contra su libertad (viola su derecho a conducirse de acuerdo con sus criterios) y vulnera las reglas y normas sociales.

Dentro de nuestra investigación hemos encontrado que se han propuesto muchas definiciones, no del todo equivalentes, del concepto agresión. No hay una definición universalmente aceptada sobre este término, pero a menudo se ha definido la agresión como cualquier forma de conducta que pretenda herir física o psicológicamente a alguien, (Berkowitz, 1993). Esto implica una intencionalidad por parte del agresor de perjudicar a otra persona. Cuando hiere accidentalmente a alguien, sin tener la intención de herir al individuo, no se puede considerar un acto agresivo. Igualmente, no se considera agresividad el hecho de herir intencionalmente a alguien con el propósito de beneficiarle (sería el caso de un dentista, por ejemplo).

## 2.1 TIPOS DE AGRESIVIDAD

Atendiendo a su dirección, origen, forma, operatividad y finalidad, la agresividad se clasifica en diferentes tipos:

Según contra que o quien se dirija, la agresividad puede ser heteroagresividad o autoagresivas: En la heteroagresividad, la conducta violenta u hostil es dirigida hacia otros: personas, animales u objetos.

Engloba conductas muy diversas: actos verbales (insultos, comentarios sarcásticos) o acciones físicas lesivas (golpes, violaciones, torturas, asesinatos). En la auto agresividad, la agresión, en forma de auto reproches, autolesiones o incluso suicidio, se dirige hacia el mismo sujeto.

### 2.1.1 SEGUN SU DIRECCIÓN

- **Heteroagresividad:** Dirigida hacia otros: personas, animales u objetos.
- **Autoagresividad:** Dirigida hacia el mismo sujeto (auto reproches, autolesiones o suicidio).

### 2.1.2. SEGÚN SU ORIGEN

- **Agresividad espontánea o auto afirmativa:** Dirigida por el impulso individual de autoafirmación y dominio biopsicosocial.
- **Agresividad reactiva:** Secundaria a frustraciones: expresión de la impotencia para alcanzar una meta o realizar un deseo.
- **Agresividad expresiva o emocional:** Manifestación de emociones o sentimientos destructores: ira, cólera, odio, envidia, celos, venganza, etc.



### 2.1.3 SEGÚN SU FORMA OPERATIVA

- **Agresividad activa:** Se expresa mediante manifestaciones directas de hostilidad.
- **Agresividad pasiva:** Se manifiesta mediante actitudes de oposición y resistencia indirecta.

### 2.1.4 SEGÚN SU FINALIDAD

- **Agresividad primaria:** Su finalidad es exclusivamente causar daño.
- **Agresividad secundaria o instrumental:** Su propósito último es distinto a la intención de lesionar (por ejemplo, obtener dinero, aprobación social, emociones de superioridad, etc).

## 2.2 CONSTRUCTOS PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA AGRESIÓN

La agresión ha sido definido como un proceso conductual mediante el que se trata de dañar a un ser vivo. Para entender la complejidad de esta conducta, es necesario distinguir sus componentes psicológicos, tanto a nivel emocional (ira), como a nivel cognitivo (hostilidad). La ira se refiere al estado emocional subjetivo que varía en intensidad desde la irritación hasta la furia o cólera intensa, como consecuencia de una frustración o de amenazas percibidas, (Parrot & Giancola, 2007). La ira puede dirigir al individuo hacia la acción de un modo constructivo a través de la aserción o reivindicación o, con frecuencia, de un modo destructivo como la agresión, (Ramírez & Andreu, 2006).

La hostilidad es un constructo cognitivo que hace referencia a la interpretación y evaluación negativa de las personas, objetos y estímulos presentes en el contexto social, que en ocasiones, se acompañan de un deseo de hacerles daño, (Parrot & Giancola, 2007). Se trata de una actitud de desprecio y suspicacia, un juicio desfavorable hacia los otros, que son percibidos como antagonistas y amenazantes, (Berkowitz, 2000, citado en Ramírez y Andreu, 2006).

Ambos constructos tiene efectos psicológicos similares, relacionados con la predisposición hacia la conducta agresiva (destrucción de objetos, insultos e infligir algún daño), pero la vivencia de la ira o de la hostilidad no supone necesariamente que vaya a producirse la agresión, (Ramírez & Andreu, 2006).

### **2.2.1. AGRESIVIDAD VS VIOLENCIA**

En general se considera que la diferencia entre los dos términos radica en la intensidad de la conducta: La violencia es un acto agresivo de elevada intensidad y gravedad, que puede incluso implicar el asesinato de una persona, mientras que la agresividad implica una gravedad menor (pegar, insultar, etc.). Por lo tanto, toda conducta violenta es agresiva, pero no toda conducta agresiva es violenta.

Buvinic et al. (1999) concretamente definieron la violencia como la amenaza o el uso de la fuerza física psicológica con el propósito de hacer daño, excluyendo el uso de la agresión para resolver conflictos. Según estos autores, el robo, el homicidio, el secuestro, la violencia doméstica etc. son algunos ejemplos de violencia.

Gelles y Strauss (1979), manifiestan específicamente que se podría considerar como actos de violentos únicamente aquellos realizados con la intención de herir físicamente a otra persona.

### **2.2.2 AGRESIVIDAD FÍSICA VS AGRESIVIDAD VERBAL**

La agresividad física es aquella que se manifiesta a través de golpes, empujones y otras formas de maltrato físico, mientras que la agresividad verbal se manifiesta a través de insultos, amenazas, etc. La agresividad física se produce a partir del impacto directo de un cuerpo o de un instrumento contra los contrincantes. Por otra parte, según estos autores, la agresividad verbal se produce a través del lenguaje, e implica sarcasmo, burla, uso de

motores o sobrenombres para referirse a otras personas, extensión de rumores maliciosos, cotilleo, etc. (Berkowitz, 1993 & Bjorkvist, 1994).

Sin embargo, según otros autores, conducta tales como cotillear o extender rumores correspondería a una agresividad de tipo indirecta por que el agresor no se enfrenta directamente a la víctima, (Bjorkqvist et al. 1992).

En el caso de los adultos. Los estudios revelan mayores niveles de agresividad física en los hombres que en las mujeres, pero en el caso de la agresividad verbal, los resultados obtenidos a partir de muestras adultas son contradictorios, (Buss & Perry, 1992).

Respecto a la evolución de la agresividad con la edad, parece ser que la conducta agresiva se percibe mejor en el grupo de iguales durante la adolescencia que durante la edad madura. Quizá por este motivo, la expresión de la agresividad disminuye en la edad. De todas formas, otros tipos de agresividad, como la ira y la hostilidad también disminuyen con la edad (Archer, 2004).

### **2.2.3 HOSTILIDAD VS IRA**

En general, se ha descrito la hostilidad como característica actitudinal. Por ejemplo, (Buss, 1961). La definió como una actitud que implicaba el disgusto y la evaluación negativa hacia los demás.

Berkowitz (1993) definió a la hostilidad de forma parecida, describiéndola como una actitud negativa hacia otras personas, acompañada por juicios desfavorables hacia ellas.

Spielberger (1988) la definió como un complejo conjunto de sentimientos y actitudes negativas que implicaban tanto motivaciones agresivas como sentimientos de venganza.

Smith (1994) por el contrario, la hostilidad es una variable cognitiva caracterizada por la devaluación de la importancia y de las motivaciones ajenas, por la percepción de que las

otras personas son una fuente de conflicto y de que uno mismo está en oposición con los demás, y el deseo de infligir daño o ver a los demás perjudicados. No obstante, otros autores entienden la hostilidad como una variable mucho más compleja formada a su vez por múltiples facetas, que además de actitudes negativas implica también sentimientos y conducta expresiva, (Barefoot & Lipkus, 1994), tales como cinismo (la creencia de que los demás son potencialmente provocadores y dañinos) o denigración, caracterizada esta última por la percepción de que los demás son deshonestos, tacaños, etc. Sin embargo, la ira constituiría un sentimiento que aparecería como consecuencia de las actitudes hostiles previas.

De hecho diversos autores relaciona la ira con un sentimiento o un estado de ánimo, (Spielberger et al, 1983), definieron la ira como un estado emocional con sentimientos que varían en intensidad, que pueden comprender desde el disgusto o una irritación media hasta la furia intensa. Pero esta definición no es suficiente amplia, ya que no incluye detalles que también aparecen cuando una persona experimenta ira. Por este motivo, diversos autores han considerado la ira como un atributo multidimensional que implica variables fisiológicas relacionadas con el arousal simpático general y la función de los neurotransmisores y de las hormonas, así como variables cognitivas como creencias irracionales, pensamientos automáticos, etc, variables fenomenológicas tales como la conciencia subjetiva y el etiquetaje de los sentimientos de ira, y, finalmente, variables conductuales como las expresiones faciales y las estrategias de expresión de la ira a nivel conductual y verbal, (Berkowitz, 1993).

Por lo tanto, la ira es un estado transitorio que se refiere tanto a experiencias subjetivas como a pensamientos, y que se comunica o se exterioriza a través de reacciones faciales, verbales, corporales, etc.

Eckhardt y Deffenbacher (1995) propone que la hostilidad y la ira deben estar altamente relacionados, ya que el hecho de que una persona, manifieste una actitud hostil, percibiendo otras personas como amenazadoras, podría favorecer que reaccionara con sentimientos de ira.

#### **2.2.4. AGRESIVIDAD DIRECTA VS AGRESIVIDAD INDIRECTA**

La agresividad indirecta es aquella que el agresor realiza de forma encubierta (por ejemplo, criticar a una persona cuando no está presente) y la agresividad directa es aquella que se manifiesta de forma abierta (insultar, pegar, etc.) (Lagerspetz et al, 1988).

Bojorkqvist et al. (1992), definieron la agresividad indirecta como una conducta socialmente manipulativa cuyo objetivo era perjudicar a alguna persona del entorno. Concretamente, el agresor manipula a otras personas para dañar a la víctima o usa la estructura social para dañar a la persona pero sin implicarse personalmente en el ataque. De hecho, las principales características de la agresividad indirecta son la ausencia de confrontación directa y la importancia del entorno social como el elemento conductor de la agresión. Un ejemplo de agresividad indirecta consistirá en intentar persuadir a los miembros de un círculo social determinando que rechacen a alguna de las personas que forman parte de este grupo social.

La agresividad indirecta según Bukowski y Sippola, (2001), es característica del denominado Bullying la agresividad manifestada por los adolescentes hacia miembros del grupo de iguales normalmente caracterizado por tener pocos amigos o ser solitarios.

Algunos de los mecanismos que interviene en este tipo de conducta entre niños y adolescentes son la difusión de la responsabilidad y el contagio social; respecto a la difusión de la responsabilidad, cuando diversas personas están implicadas en una situación es probable que ninguna de ellas se sienta responsable de lo que está sucediendo; por su parte

el contagio social se refiere a que las emociones y las conductas se transmiten rápidamente entre los miembros del grupo, (Olweus, 1991).

Otros autores han propuesto términos referidos a tipos de agresión muy similares a la agresividad indirecta, como por ejemplo agresión relacional (Crick & Grotpeter, 1995) o agresión social, (Galen & Underwood, 1997; Xie et al, 2002).

### **2.2.5. ASPECTOS DE LA AGRESIÓN CONCIENTEMENTE CONTROLADOS VS ASPECTOS IMPULSIVOS (O EXPRESIVOS)**

En el caso de los animales se ha diferenciado entre la agresividad predatora y agresividad defensiva. Igualmente, en el caso del ser humano se ha propuesto la distinción entre agresividad controlada conscientemente (similar a la agresividad predatora) y agresividad emocional o impulsiva (relacionada con la agresividad defensiva). En el primer caso el agresor actúa de forma premeditada, habiendo calculado los riesgos de su acto. Por consiguiente, no es una agresividad de tipo emocional. Un caso específico de la agresividad controlada conscientemente es la agresividad instrumental, con la que el agresor pretende alcanzar un objetivo perseguido no es perjudicar ni herir a la víctima, al contrario que en la agresividad de tipo hostil o impulsivo de hecho, en la agresividad de tipo impulsivo el agresor actúa de forma irreflexiva, no premeditada y sin haber reflexionado sobre los riesgos implicados en la conducta, en respuesta a una situación que el individuo interpreta como una amenaza o una provocación. Es un tipo de agresividad muy emocional, caracterizado por la ira, (Berkowitz, 1993).

Según Bushman y Anderson, (2001) la agresividad instrumental y la agresividad impulsiva se diferencian en la finalidad última que persiguen; la finalidad próxima de dos tipos de agresividad es perjudicar el individuo, pero la finalidad última de la agresividad instrumental

es lograr un objetivo que va más allá de la agresividad (por ejemplo, la finalidad última de robar es lograr dinero u objetos), al contrario que en la agresividad impulsiva.

## **2.3 NIVELES DE INTEGRACIÓN DE LA AGRESIVIDAD**

Las bases biopsicosociales de la agresividad no son del todo conocidas pero existen ya una serie de evidencias científicas en cada uno de los niveles:

### **2.3.1 NIVEL BIOLÓGICO**

- **Sustrato anatómico:** Ciertas zonas encefálicas están relacionadas directamente con la agresividad. Existe una compleja red de conexiones que modula la conducta agresiva en función de un sistema dual excitatorio-inhibitorio que permanecen al servicio de procesos psíquicos superiores. Emociones de rabia y agresión pueden provocarse o activarse por estimulación de las amígdalas, del hipocampo, del hipotálamo lateral o por ablación de los bulbos olfatorios, de la corteza cingular y del septum. Una reducción o inhibición de la agresividad o conductas de huida se observan al estimular el núcleo caudado, zonas de la circunvalación cingular, el septum, el hipotálamo posterior o áreas del tálamo medial o por ablación del sector posteromedial de la corteza orbitomedial o por amigdalectomia bilateral.
- **Sustrato bioquímico:** Ciertos neurotransmisores y hormonas están relacionadas con variaciones de la agresividad:
  - ✓ Serotonina se ha comprobado la correlación de las tasas de serotonina con el índice de divorcios y se ha establecido una pauta estacional de suicidios con niveles máximos primavera-otoño, y una periodicidad mensual significativa un "ciclo lunar sidónico" para los homicidios, suicidios, accidentes graves de tráfico, incremento de la violencia y emergencias psiquiátricas.

- ✓ Catecolaminas: Con la administración de precursores (L-tiroxina y L-fenilalanina) en la dieta se incrementa la agresividad.
- ✓ Acetilcolina: La estimulación colinérgica de varias estructuras límbicas cerebrales suscita conductas agresivas.
- ✓ Testosterona: Los niveles altos de testosterona se correlacionan con la delincuencia, el uso de drogas duras y las reacciones agresivas y prepotentes a la provocación, (Archer, 1991).

### 2.3.2 NIVEL PSICOLÓGICO

- **Personalidad:** Las estructuración psicológica del sujeto fruto de condicionamientos bio-psico-sociales, participa a un nivel causal o modulando la actuación del sustrato biológico o del contexto social: ciertos desarrollos neuróticos de la personalidad con exagerada necesidad de afirmación por su complejo de inferioridad.
- **Ambiente familiar:** El entorno familiar, la educación y el estilo de relaciones interpersonales en la infancia constituyen la base de estructuraciones dinámicas psicológicas que explicarían, en parte la predisposición de la conducta agresiva de sujetos privados de afecto en la infancia o de sujetos sobreprotegidos con muy baja tolerancia a la frustración.
- **Psicopatología:** Trastornos de personalidad (asocial, explosivo, pasivo-agresivo, sádico, paranoide); depresiones disforias; trastornos maníacos e hipomaniacos; síndrome paranoide; trastornos orgánicos.

### 2.3.3 NIVEL SOCIOLÓGICO

- **Factores socioculturales:** La estructuración social de las necesidades vitales y existenciales del sujeto hacia el consumo y la competencia, dan lugar a un estado de frustración que favorece la conducta agresiva.



- **Los factores sociopolíticos y económicos son relevantes en el comportamiento agresivo de los grupos:** La violencia crece en ambientes y épocas de depresión económica.
- La agresión técnica, despersonalizada, deshumanizada y aséptica, favorece su propagación al no ser inhibido el acto violento por la relación humana y personal.

## **2.4 FACTORES DE LA AGRESIVIDAD**

### **2.4.1 AGRESIVIDAD E INTENCIÓN**

El término agresividad incluye un gran número de respuestas que varían en cuanto a topografía, gasto de energía y consecuencia. Todas las respuestas agresivas poseen dos características: 1) la descarga de estímulos nocivos y 2) un contexto interpersonal; de este modo la agresión se define como una reacción que descarga estímulos nocivos sobre otro organismo; el término ataque se utilizará como sinónimo.

En algunas definiciones de agresión el concepto central es la “intención” de hacer daño. Hay definiciones que aparecen utilizando este concepto sin emplear verdaderamente el término “intención”. Por ejemplo Dollard et al. (1939), define la agresión como “un acto en el cual el objetivo de la reacción es lesionar otro organismo”. En su contexto, el objetivo de la reacción parecería ser equivalente a propósito o intención, a pesar que estos autores evitan mencionar estas palabras.

Existen dos razones para excluir el concepto de intención de la definición de agresión. En primer lugar, implica teleología, un acto intencional dirigido hacia una meta futura, y este punto de vista es incompatible con el enfoque de comportamiento adoptado. En segundo lugar, y de mayor importancia, es la dificultad de aplicar este término a las contingencias del comportamiento. La intención es un evento privado que puede o no ser expresado verbalmente; puede o no reflejarse exactamente en una declaración verbal. Una persona

podría aceptar la intención como una interferencia procedente de la historia coadyuvante del organismo. Si una respuesta agresiva ha sido sistemáticamente apoyada por una consecuencia específica, tal como una huida por parte de la víctima, se podría decir que la repetición de la reacción involucra una “intención de causar la huida”. Sin embargo, esta clase de interferencia es superflua en el análisis del comportamiento; es más provechoso examinar directamente la relación entre la historia coadyuvante de una reacción agresiva y la situación inmediata que produce la reacción, (Dollard et al, 1939).

#### **2.4.2. FRUSTACIÓN Y AGRESIVIDAD**

Dollard et al. (1939), se entiende por frustración la tensión que sufre el organismo cuando el individuo encuentra un obstáculo (una obstrucción, una situación-estímulo que estresa o presiona) más o menos insuperable, para la satisfacción de una necesidad, de un deseo, de una expectativa. Dicha tensión se considera, junto a los factores constitucionales y predisposiciones aprendidas, uno de los factores implicados en la activación de la agresividad.

La tensión que produce la frustración posee dos dimensiones: Una primaria o de privación constituida por la tensión o insatisfacción de la necesidad no satisfecha; y otra secundaria o de estrés constituida por la presión del obstáculo que impide la satisfacción de la necesidad. La predominancia de una de ellas en la que el individuo puede determinar la dirección de la agresividad hacia la búsqueda directa de otras estrategias de satisfacción de la necesidad o bien hacia un previo enfrentamiento, más o menos improductivo, con el obstáculo, (Dollard et al, 1939).

#### **2.4.3. TOLERANCIA A LA FRUSTACIÓN**

Otro concepto relacionado con la conducta agresiva es el de tolerancia a la frustración. Se trata de la aptitud de la persona para soportar la frustración sin alteración de su adaptación

psicobiológica, es decir, sin recurrir a respuestas agresivas desadaptativas. La tolerancia a la frustración se manifiesta: a nivel conductual, como la capacidad del individuo para retrasar la respuesta (capacidad de no respuesta inmediata que se desarrolla con la maduración); a nivel emocional, como la capacidad de retardar la satisfacción, manteniendo la tensión y evitando una descarga inadecuada de la misma; y a nivel cognitivo, como la capacidad de tener en cuenta, también, las consecuencias más lejanas de su conducta, (Dollard et al, 1939).

## **2.5 FUNCIONES Y FORMAS EN LA CONDUCTA AGRESIVA**

La definición de la conducta agresiva implica su categorización en varios subtipos. Entendida la agresión como un fenómeno multidimensional, (Coie & Dodge, 1998), tanto los modelos teóricos, como los estudios empíricos establecen una división de acuerdo a criterios tales como su modo de expresión (naturaleza verbal o física de la agresión), su dirección (si esta se produce “cara a cara” entre agresor y víctima o se realiza de una forma más encubierta) y el motivo que la guía: agresión reactiva vs proactiva, (Kokko & Pulkkinen, 2005).

Esta división responde a criterios prácticos, ya que resulta útil para entender los múltiples niveles de funcionamiento social que influyen en la agresión y también la relación entre ésta y los diferentes hechos sociales, (Cohen et al. 2006). De forma global es necesario atender a la función de la agresión (propósitos o motivaciones que la promueven) y a la forma que esta se adopta (su naturaleza y dirección).

## **2.6 TIPOS DE AGRESIÓN EN FUNCIÓN DE LA MOTIVACIÓN**

Si se considera, en primer lugar, la motivación que guía el acto agresivo parece clara la distinción entre la agresión conducida por la ira y la impulsividad y aquella otra que se realiza de forma deliberada y que persigue un fin que va más allá del daño inicial provocado a la

víctima. Estos subtipos son conocidos como agresión hostil o instrumental, (Bandura, 1973) o agresión reactiva o proactiva, (Dodge, 1991).

La agresión reactiva, que deriva de la teoría de la frustración-agresión, (Berkowitz, 1962), es descrita como una respuesta ante algún tipo de amenaza o provocación percibida, por lo que en ocasiones va acompañada de la cólera o la ira, fruto de la frustración.

El segundo de los subtipos recibe el nombre de agresión proactiva que puede entenderse, como se señala en la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1984), como agresión despojada de emoción en la que predominan la planificación y la premeditación. En este caso, la conducta agresiva es un medio para obtener algo que el agresor valora por encima del daño a la víctima.

Sin embargo, discernir entre los dos tipos, en ocasiones es complicado. De hecho, muchos autores cuestionan la necesidad de realizar distinciones entre los tipos de agresión. Entre ellos, (Felson, 2002), considera que toda agresión, no importa lo impulsivo o espontánea que parezca, involucra una cadena de decisiones. Desde esta perspectiva resulta difícil entender que un acto agresivo haya podido ser producto de un impulso y no de un pensamiento reflexivo, lo que le lleva a concluir que toda agresión es instrumental.

Partiendo de dicha instrumentalidad, (Felson, 2002), establece diferencias entre lo proactivo y reactivo de la acción, aunque no utiliza estos mismos términos. La agresión reactiva es etiquetada como predatoria, mientras que la agresión proactiva está relacionada con las disputas. La agresión predatoria, sería aquella que se produce en respuesta a una amenaza o provocación, y en la que su ejecutor desea detener una conducta que percibe perjudicial para sí mismo, o bien está actuando como represalia ante la conducta previa de otro. En la agresión relacionada con las disputas, el actor no percibe ninguna provocación, pero se trata

de utilizar al blanco de la agresión para sus propios propósitos, obligándole a realizar una conducta que considera provechosa para sí mismo.

Básicamente, para Felson (2002) la agresión está guiada por tres motivos: controlar el comportamiento de la víctima (conformidad), obtener una recompensa o cambiar un comportamiento que se cree injusto (justicia) y para promover o defender la propia imagen (identidad social). Estas tres funciones guiarían tanto la agresión predatoria como la relacionada con las disputas, solo que atendiendo al tipo de agresión, la motivación subyacente se encuentra relacionada con el objetivo que persigue la conducta desplegada.

Probablemente, la oposición más fuerte a la distinción entre agresión reactiva y proactiva provenga de (Bushman & Anderson, 2001). Estos autores explican que, más allá de realizar una división entre uno y otro tipo de agresión, debe analizarse cada conducta de acuerdo a unas dimensiones que nos permitan establecer con más exactitud las características del acto agresivo. En concreto señalan:

1. La medida en que el daño que sufre la víctima posee un valor intrínseco para la persona que lo provoca, debiendo considerar si este es el objetivo último de la agresión, o bien existen otros fines.
2. El grado en que la cólera o la ira está presente durante la ejecución de la agresión y, en relación con ello, si se trata o no de una acción automática.
3. El nivel al que el agresor ha realizado un análisis de los costes y beneficios de su conducta y el modo en que este análisis ha influido en su activación.

Desde esta aproximación, se cree que estas dimensiones ofrecen un retraso más acertado de la agresión, sin necesidad de considerarla de forma exclusiva como reactiva o proactiva, (Bushman & Anderson, 2001). Del mismo modo, junto a la falta de presencia en la definición y el solapamiento de los subtipos, otro estudio ha informado de la

existencia de una fuerte conexión entre la conducta proactiva y reactiva, (Salmivalli & Nieminen, 2002).

No obstante, la investigación señalada apoya la necesidad de mantener la distinción entre ambas funciones de la agresión. De hecho, su diferenciación sigue recibiendo un considerable apoyo empírico. Análisis factoriales exploratorios y confirmatorios demuestran que un modelo de dos factores es más apropiado que el modelo de un único factor, a la hora de analizar las motivaciones de la conducta agresiva, igualmente, se ha demostrado que resulta más adecuado para establecer correlaciones con otras variables, (Dodge, 1991). En este sentido, las investigaciones han examinado los factores que contribuyen a la manifestación de uno y la evolución de sus trayectorias.

## **2.7 AGRESIÓN EN RELACIÓN A SU NATURALEZA Y DIRECCIÓN**

La diferenciación de las formas de agresión de acuerdo a su naturaleza (física o verbal) y a su dirección (directa o indirecta) es más reciente que la basada en la motivación que la conduce, (Feshbach, 1969).

Hasta los años 90, la agresión era definida como un acto físico observable, por lo que la mayoría de los estudios se realizaron a través de una metodología observacional, que hacía difícil examinar otras formas de agresión verbal. Además, la creencia de que la agresión era una respuesta casi exclusivamente masculina producto de diferencias biológicas, contribuyó a que las muestras de estudio fueran mayoritariamente masculinas; una vez que estas cuestiones fueron puestas en entredicho, comenzó el estudio de formas de agresión más sutiles y menos visibles, que las que provocan un daño físico en la víctima, incluyendo también al sexo femenino como grupo representativo en el estudio de la agresión, (Bjorkqvist & Niemela, 1992).

Concretamente, Lagerspetz et al. (1988) investigaron la noción de agresión indirecta en chicos y chicas de 11-12 años. Con la agresión indirecta se hace referencia a un tipo de manipulación social en la que el agresor utiliza el grupo de iguales para atacar a su víctima, tratando de que no le vea personalmente envuelto en el ataque, evitando posibles represalias. Son conductas de agresión indirecta: la exclusión de la víctima, los rumores o mentiras que atacan la reputación personal y social, o aquellas conductas que suponen una traición de la confianza de la víctima, al revelar sus secretos (Bjorkqvist et al. 1992). Otros investigadores han etiquetado estas conductas como agresión relacional, (Crick & Grotpeter, 1995) y agresión social, (Galen & Underwood, 1997).

Aunque los tres términos hacen referencia a aquellas conductas que dañan las relaciones y los sentimientos de inclusión en los grupos de iguales, existen ciertas diferencias entre unos y otros. La agresión indirecta es descrita como una forma encubierta de agresión mientras que la agresión relacional incluye tantos medios de confrontación directa (ej. Amenaza con excluir a alguien del grupo de amigos), como medios de no confrontación (ej. Rumores). De igual manera, la agresión social hace referencia a acciones que causan daño interpersonal, y al igual que la agresión relacional, adopta formas directas o encubiertas, incluyendo también la utilización de las conductas no verbales (ej. Gestos, etc.).

Sin embargo, y a pesar de las diferencias, los tres términos propuestos miden estrategias alternativas a la agresión física, y entre ellos aparecen existir más que diferencias, si son comparados con la agresión verbal y física, (Archer & Coyne, 2005). En este trabajo se utilizará el término agresión indirecta para hacer referencia a las estrategias agresivas que buscan la exclusión del grupo de iguales, o la manipulación de la reputación y del estatus grupal (Bjorkqvist, 2001).

Las investigaciones marcan la conveniencia de distinguir entre la agresión directa y la indirecta. Concretamente, los estudios que emplean tanto informaciones de los iguales, (Bjorkqvist et al, 1992), como informes maternos, (Vaillancourt et al, 2003), para conocer la prevalencia de ambas formas en niños y adolescentes, encuentran una estructura de dos factores y de una moderada correlación entre la agresión directa e indirecta, lo que apoya su distinción. La elección de una u otra estrategia agresiva depende de las habilidades sociales que posee el individuo, la densidad de su red social y el análisis de costes – beneficios realizado con anterioridad a la elección de una u otra forma, (Archer & Coyne, 2005).

Los estudios sobre la aparición y mantenimiento de la agresión física de (Tremblay, 2000), muestran que niños y niñas comienzan a utilizar la agresión física entre el final del primer y tercer año de vida, produciéndose un declive paulatino de esta forma de agresión entre 3 y 11 años.

Junto a ello, la investigación sobre la agresión indirecta señala que entre los 4 y los 8 años se produce un aumento de estas formas de agresión y, a partir de los 11 años, su uso es más frecuente, (Bjorkqvist et al, 1992), de forma que la agresión indirecta reemplaza a las formas directas de agresión, especialmente a la agresión física.

La motivación que guía el acto agresivo también es importante a la hora de entender la elección de una u otra forma de agresión. Diferentes estudios cualitativos concluyen que la utilización de estrategias de agresión indirecta están guiadas por fines manipulativos relacionados con la creación, mantenimiento o ruptura de amistades, (Owens, et al, 2005).

Considerando estos resultados, y dado que la agresión indirecta necesita de un conocimiento del grupo de iguales y una planificación previa que evite que el agresor



sea identificado, sería de esperar que esta forma de agresión esté relacionada con una motivación proactiva. Por otra parte, tal y como sugieren Vitaro et al. (2006), el uso de formas directas de agresión puede estar relacionado con un rápido y poco reflexivo análisis de la situación potencialmente agresiva, lo que llevaría al sujeto a responder con hostilidad y enfado ante las claves que interpreta como agresivas. Sin embargo, aunque algunos estudios han encontrado esta relación (Osterman et al, 1999), la investigación que ha analizado la vinculación entre las motivaciones y las formas de agresión ha encontrado que la motivación reactiva y proactiva tiende a ser estable entre los sujetos que la utilizan, mientras se utilizan formas directas e indirecta con independencia de la motivación que las ha guiado, (Little et al. 2003).

En la misma línea, otros estudios ha relacionado la agresión directa e indirecta con procesos específicos de atribución hostil (Crick et al, 2002). Sus resultados indican que ambas formas de agresión son empleadas tanto por una motivación reactiva como instrumental, aunque las situaciones que las provocan suelen ser distintas. La agresión física tiende a ser provocada por situaciones de naturaleza física (ej. Ser empujado a un charco por un compañero), mientras que la agresión relacional está frecuentemente asociada con provocaciones de tipo social (ej. no ser invitado a una fiesta de cumpleaños).

Un reciente estudio de naturaleza observacional concluye que una vez que el género se introduce en el análisis de formas y motivos, la dirección y naturaleza de la agresión predomina por encima del motivo que la guía, (Ostrov & Crick, 2007). Las chicas utilizan en mayor medida en sus conductas agresivas formas indirectas y los chicos formas directas, independientemente de la función predominante. Este resultado sigue alimentando el debate sobre las diferencias por sexo en la agresión, que han motivado gran parte de los estudios sobre ambas formas de agresión, (Benenson et al, 2006).

Además la motivación que antecede al uso de una u otra forma de agresión, las consecuencias para quienes la sufren han sido otro importante núcleo de investigación, (Crick & Grotpeter, 1995). La ansiedad, una baja autoestima global y social, junto a sentimientos de soledad y desánimo vinculados a tendencias que quienes son continuos blancos de cualquier tipo de agresión, (Hawker & Boulton, 2000). Los estudios que analizan de forma exclusiva las consecuencias de la agresión indirecta, (Owens et al, 2000); (Young et al, 2006), encuentran resultados similares, aunque advierten que son las víctimas de múltiples formas de agresión quienes presentan más dificultades de ajuste psicológico y social.

Los resultados sobre las repercusiones que la agresión produce en quienes la utilizan aparecen más claros en el caso de las formas directas. Estas se han relacionado con el alejamiento de las tareas escolares, el rechazo de los iguales, y un progresivo deterioro social vinculado al desarrollo de problemas de conducta, y también la posterior implicación en conductas delictivas (Ortega, 1997).

En lo que se refiere a la agresión indirecta, los resultados muestran dos posibles direcciones. Se ha informado tantos problemas internos (ansiedad, soledad, depresión), sobre todo en el caso de los chicos. Sin embargo, otros estudios muestran que al contrario que en el caso de la agresión física, la agresión indirecta no se encuentra fuertemente relacionada con la centralidad y popularidad dentro de los grupos de iguales. Asimismo, estas investigaciones señalan que la popularidad percibida puede incrementar el uso de la agresión indirecta, como un modo de mejorar la posición social en el grupo de iguales, (Young et al, 2006).

## **2.8 DESARROLLO Y EVOLUCIÓN DE LA AGRESIVIDAD A LO LARGO DEL CICLO VITAL**

La agresividad, en tanta disfunción social, es una conducta que ha suscitado mucho interés tomando como punto de partida la edad, entendido su importancia no circunstancia únicamente al periodo de la adolescencia.

Aquí es de resaltar la importancia de la edad de inicio como determinante importante en la magnitud de deterioro de sus adaptación social y el grado de asociación de ello la violencia física, destacando su asociación a actitudes favorables a la utilización de conductas violentas en el contexto y el fracaso de los padres a la hora de poner claras expectativas conductuales a los hijos, al controlarla o supervisarla, (Farrington, 1993); (Yoshikawa, 1994).

Este comportamiento aparece frecuentemente asociado a conductas observadas en los primeros años de vida, incluyéndose entre los factores de riesgo las dificultades perinatales (partos prematuros , bajo de peso al nacer, anoxia o falta de oxígeno), trauma físico, anormalidades físicas menores y daño cerebral( enfermedades infecciosas, traumatismo craneal o exposición a toxinas tales como metales pesados, alcohol, tabaco u otras sustancias como cocaína, anfetamina, etc.), que van a afectar tanto al razonamiento como al control de impulsos en el desarrollo infantil, propiciando ello dificultades académicas y conductuales en la escuela y el incremento de aparición de conductas violentas en situaciones de estrés, (Farrington, 1993; Yoshikawa, 1994).

El patrón de agresividad física al inicio de nuestra vida va a declinar con el tiempo para ser sustituido por la utilización del lenguaje como instrumento de agresión, mantenimiento una relación social se convierte en un inhibidor de la aparición de la conducta agresiva. Parece evidente, pues, que la agresividad tiene manifestaciones

diferentes según el momento de desarrollo evolutivo, es decir, un comportamiento en un momento o edad puede ser agresivo/ violento en una etapa y en otra ser apropiado, incluso adaptativo.

Es difícil situar el momento preciso de aparición de la agresividad, sin embargo, podemos decir, que la agresión humana empieza a aparecer entre los dos y seis años, observándose que tanto su duración como su frecuencia se incrementa después de los cuatro años y que, aunque se identifique una inconsistencia en lo referido a los ataques físicos después de los seis años, esta varía en función de variables tales como el nivel de escolarización, grado de inteligencia. (Caprara & Pastorelli; Garrido, 1993).

Esta propuesta de desarrollo evolutivo y diferencial para la agresividad, además, ha de tener en cuenta que, como mencionamos anteriormente, existen dos aproximaciones: la agresión instrumental y hostil o emocional. Así entre los dos y los cinco años hay un declive gradual en la agresión instrumental, que postulamos en tanto el escolar incorpora nuevos modelos que le explicitan lo que es aceptable socialmente para adquirir sus objetivos y /o aquello que él considera que es una necesidad propia .De esta manera, aunque se observe cuantitativamente un decremento de la agresión instrumental, lo que realmente sucede es que el niño ha aprendido a utilizarla de una forma selectiva. Por otra parte, esta etapa se caracteriza también por darse un incremento en la agresión hostil, observándose, al mismo tiempo, un control volitivo y emocional progresivo a medida que aumente la edad. Por el contrario, entre los seis y los ocho años parece darse una gran reproducción en la agresión total, aunque la agresión hostil seguirá siendo más elevada que la instrumental, orientación a formas de agresión verbal, (Olweus, 1991).

En ciertas ocasiones, con todo, es posible que nos encontremos con comportamientos agresivos mixtos, es decir, una respuesta agresiva puede ser activada en determinados

momentos por el deseo de herir y en otros por el deseo de obtener algo. En palabras de Cerezo (1998): en general, a los niños pequeños no le es difícil actuar con cortesía, ser generosos, ser considerados o sacrificados; todas estas características del comportamiento socializado deben ir las aprendiendo, asumiendo e incorporando a su propia conducta.

La expresión manifiesta la agresividad en su vertiente destructiva y/o de disfunción social va a estar mediada por la socialización, en lo que implica el desarrollo de controles internos y formas más competentes de resolver los “conflictos”, es decir, incorporación de reglas que rigen el derecho de los otros y de propiedad ajena. En otras palabras, el desarrollo de la “empatía” y/o la sensibilidad social va a favorecer la aparición de la conducta pro social competente, que interpretamos desde el Modelo de Desarrollo Social presentado por (Catalano & Hawkins, 1996).

Así en el periodo de desarrollo, principalmente entre los seis y los dieciocho años, es cuando la conducta violenta versus pro social tiene su apego y cuando se va a configurar, conformar la agresividad a manifestar en la edad adulta. Cerezo, (1998), expuso que los comportamientos agresivos y rabietas cumplen diferentes objetivos según su edad. El niño comienza desde muy temprano a reaccionar contra toda fuente de frustración, restricción o irritación; utiliza prioritariamente un repertorio de conductas agresivas como forma de expresar su enojo que alcanza su punto culminante hacia el año y medio, a partir de esta edad se produce una disminución de los arranques de enojo incontrolado y sin dirección. Las primeras manifestaciones agresivas tienen mucho de azarosas y están poco dirigidas, pero a medida que el niño va creciendo se va focalizando en objetivos concretos y se orientan hacia la hostilidad y la venganza. En los niños que tienen menos de seis años suelen ser provocadas por falta de cuidados y actúan como modos de llamar la atención para satisfacer las necesidades y reducir la tensión. A los

dos años aparecen rabietas causadas por conflictos con la autoridad, su finalidad es el control del objetivo frustrante, tanto en su relación con los adultos como con sus iguales.

Entre los 3 y 4 años, cuando está en pleno apogeo la autoafirmación y el negativismo, las manifestaciones agresivas se agravan y constituyen una forma de interacción casi habitual, con gestos desproporcionados. La agresividad pasa a ser un comportamiento reactivo. A partir de los cuatro años será una reacción ante la frustración cuando no puede satisfacer sus deseos. En general se orienta a los padres y su finalidad es dar salida al conflicto amor-odio que genera la internalización de las normas morales, (Cerezo, 1998).

Estos tipos de agresividad cumplen una función adaptativa, vinculada al crecimiento, a la lucha que entabla el niño con las circunstancias o las personas en la difícil tarea de la integración en el grupo. Estas reacciones suponen la exteriorización de un conflicto y conducen a una progresiva independencia del yo autoafirmando la propia personalidad. Entre los cuatro y los siete años es el paso de esta agresividad manipulativa hacia otra de carácter hostil.

Entre los seis y los catorce años van apareciendo diversas formas de agresión, como el enojo, el fastidio, disgusto, envidia celos, censura, etc. El objeto de las agresiones se amplía de los padres a los hermanos, e incluso hacia el propio sujeto. La finalidad ahora es ganar, competir, asegurar la justicia, dominar los sentimientos, la racionalidad y autocontrol cobran cada vez mayor importancia y son típicas la situación y la competencia.

A partir de la adolescencia se va configurando la agresividad que conformara la edad adulta y que incluye toda gama de sentimientos modificados de agresión que se experimentan sobre todo en relación con las actividades, el trabajo y los deportes. El

objeto recurrente en esta etapa es uno mismo, y la finalidad es mantener el equilibrio emocional, en especial con la relación a la autoestima, (Cerezo, 1998).

Una de las principales quejas de los padres y educadores y uno de los principales problemas: su elevada correlación con el trasfondo de conducta antisocial adulta, (Farrington & Garrido, 1993). Además, cualquier víctima o testigo de un hecho violento no solo padece las consecuencias inmediatas de este sino que además, incorpora a su desarrollo personal una experiencia negativa de consecuencias en el futuro.

De acuerdo con los resultados de Farrington (1993) y Olweus (1991) es posible postular una cierta consistencia longitudinal para la conducta violenta, la cual en cierta medida resulta ficticia. El proceso, apoyando nuestra afirmación en los presupuestos de Patterson (1992), no es inmóvil, en tanto se dan cambios en la forma y la intensidad de dicha conducta.

Los estudios que Olweus (1991), realizó demostraron que los estudiantes que en un momento dado son agresivos con sus compañeros tienden a serlo también en otro momento muy posterior y a manifestar problemas de inadaptación y fracaso escolar, esto mismo sucede con los niños que son víctimas. Si entendemos la agresividad entre escolares como un componente de un modelo de comportamiento antisocial opuesto a las normas más generales, es natural predecir que los jóvenes que son agresivos corren un riesgo claramente mayor de caer más tarde en problemas de conducta, como la delincuencia o el alcoholismo. Toda una serie de estudios confirman esta predicción general, (Garrido, 1993; Olweus, 1991). En los estudios realizados se encontró que quienes eran agresivos en la escuela y acosaban a sus compañeros multiplicaban por cuatro el grado de delincuencia relativamente seria y reiterada según constaba en los informes oficiales correspondientes. Asumiendo que la violencia consiste, pero no

estacionaria, se ha podido verificar que los niños altamente agresivos cuando tenían nueve años un 40 % siguen siendo los a los 17 años, e incluso el 14% habría sido acusado de algún delito a los 21 años. La agresión, en sus distintas manifestaciones, puede por tanto predecir la futura delincuencia y , en particular, también los crímenes violentos y el nivel de cronicidad, (Farrington, 1993; Garrido, 1993), asumiendo que se trata de una conducta consistente como un producto de internalizar modelos falsos basados en interacciones primarias que llevan a distorsiones cognitivas que afectan a la memoria, la atención y las relaciones interpersonales y atribuciones a realizar (negativas frente a los demás).

La consistencia comportamental que se viene observando entorno a la conducta agresiva ha llevado a un síndrome del comportamiento antisocial, frente a lo cual defenderemos, al igual que Farrington (1993), que una constelación de conductas desviadas entre las cuales son de resaltar el robo, el consumo de alcohol y otras drogas, la inestabilidad laboral, la promiscuidad sexual, la búsqueda de sensaciones. Son el reflejo de que nos encontramos ante un constructo más simple, es decir, la tendencia antisocial, que nos posibilitaría explicar cambios comportamentales con la edad, (Rodríguez & Paino, 1994).

En lo que se refiere al contexto escolar, el estudio longitudinal más completo lo realizó Olweus (1991), las conclusiones que el autor obtuvo del análisis de los datos de las respuestas de un cuestionario al que contestaban los propios alumnos fueron las siguientes: si dibujamos un gráfico del porcentaje de alumnos de los diferentes grados que son objeto de agresiones en la escuela, obtendremos una curva suave descendente, tanto para chicos como para chicas.



En las chicas decrece el nivel de victimización del que son objeto a partir de los 13-14 años, mientras que en los chicos, a los 14-15 años hay más víctimas que en cursos anteriores. El porcentaje de alumnos que se declaran víctimas en la escuela primaria (46%) desciende significativamente en secundaria (30%), el descenso es más acentuado en grados de educación primaria (entre 7 y 13 años). En los centros de educación secundaria (edades comprendida entre los 13 y los 16 años) las curvas descienden de forma menos pronunciada. El porcentaje de alumnos que sufrieron acoso en los grados inferiores de Enseñanza secundaria era prácticamente el doble del que lo sufrieron en los grados superiores. En España, el estudio realizado por Ortega (1997) habla de un porcentaje de 25% de víctimas en el primer curso de ESO, que desciende al 18 % en el último curso, (Mooij, 1997).

Sin embargo, la tendencia a acosar a otros, no es tan clara como la de sufrir acoso. El porcentaje, referido a chicos de educación secundaria era un poco superior que el referido a chicos de grados inferiores, mientras que en el caso que ocurría lo contrario. Los autores explican la caída relativamente pronunciada en el grado 7 por el hecho de que es el curso en el que se produce el traslado a centros de educación secundaria, pasando estos alumnos a ser los ,los pequeños del colegio, por lo que no tendrían acceso a “víctimas apropiadas”, (Olweus, 1991).

Ortega, (1997) relata el decrecimiento de los niños espectadores de situaciones de intimidación con la edad, así como de la tipología intimidadores victimizados. Este estudio reconocía también que hay una tendencia, en lo que se refiere a la forma de agresión, hacia un uso menor de los medios físicos en los grados superiores.

De esto no se deduce que sea imposible disminuir la cantidad de agresión en la escuela, ni que los alumnos les sea imposible cambiar su situación o comportamiento. Otra

interpretación de los resultados es que un alumno que sufra intimidación se encontrara muchas veces en una situación difícil durante un largo periodo de tiempo. Además, las posibilidades que en un niño tiene de escapar de esta situación son muy escasas a menos que se produzcan esfuerzos que hagan efectivos los cambios.

Estudios longitudinales, como los de Kagan y Moss, (1962) ponen de manifiesto que la conducta agresiva tiene mayor duración en los varones que en las mujeres. Quizá la explicación de este hecho haya que buscarla en factores culturales, que conceden mayor aprobación a la agresividad en el hombre.

## **2.9 TEORIA COMPORTAMENTAL DE BUSS**

Para Buss (1989), la agresividad es una variable de personalidad, una clase de respuesta y penetrante. La agresividad es el hábito de atacar. Un hábito o sistema de hábitos, se agrupan de acuerdo a las características y estilos como físico- verbal. Activo- pasivo, directo- indirecto, siendo estas las formas como se puede expresar la agresión. Para el autor la agresión no es una forma general sino que representa la particularidad del individuo. Este posee diversas formas de utilizar la agresión. Esta forma de expresión varía de acuerdo, con el momento o circunstancia. Cuando el individuo contraria esta situación y adopta un estilo perdurable y característico entonces es posible denominarla como variable de personalidad.

Buss (1989) muestra diversos ejemplos de las subclases de agresión, por ejemplo, en la dicotomía físico – verbal, el sujeto que se caracteriza por ser tranquilo y no verbalmente agresivo, puede atacar y quizá llegue a asesinar.

Por el contrario se encuentra con más frecuencia aquel individuo que critica, regaña y quizá amenaza, pero no ataca físicamente (tal vez, ya que socialmente la agresión física es más perniciosa, más dañina y mucho más reprobada aunque no totalmente anulada).

Con respecto a la dicotomía activo – pasivo, los dos individuos mostrados en el ejemplo, expresan formas de agresión activa. El aspecto pasivo de agresión lo representan aquellos individuos que resisten pasivamente y no inician la agresión, ejemplo obstruir el paso o rehusar a hablar.

En la dicotomía directo – indirecto todos los tipos procedentes de personalidad ejemplificados agreden directamente. El aspecto indirecto de la agresión lo encontramos en aquellos individuos que típicamente son astutos y prudentes en su comportamiento agresivo, y su agresión esta interpuesta por objetos, acontecimientos y persona. Ejemplos de estos comportamientos lo encontramos en la murmuración maliciosa o daño a las pertenencias materiales de la víctima. Las personas son en extremo agresivas, al mostrar persistentemente una de estas formas de agresión, evidencian también este estilo en otros aspectos del comportamiento.

### **3. LA ETAPA BÁSICA DE ADAPTACIÓN AL SERVICIO MILITAR EN LAS FUERZAS ARMADAS**

La vida militar supone una necesidad de ajuste del recluta a nuevas normas, su estilo de vida es diferente y al acatamiento de órdenes, siendo muy frecuente que las dificultades de adaptación a este cambio se traduzcan en la aparición del fenómeno neurótico que requiere intervención especializada.

Durante la etapa básica de adaptación, el recluta recibe formación teórica de como el don de mando, higiene militar, servicio interno (que consiste en cumplir las guardias y el servicio nocturno), marchas de campaña, como preparar material de guerra y municiones, etc, esto paralelamente con una preparación física, entrenamiento e instrucción, la cual es bastante exigente. Posteriormente su formación estará relacionada a la preparación contrasubversiva.

Hasta aproximadamente 1985, la disciplina de la etapa básica de adaptación al servicio militar, era muy vertical e inflexible, es decir, muy pocas veces consentía algún tipo de indisciplina, la cual era sancionada de manera efectiva, esta disciplina se caracterizaba también por ser excesivamente rígida, por ejemplo. Un recluta se encontraba en la etapa básica en 1980. No podía salir de su unidad hasta terminar este periodo; actualmente esto ha cambiado puesto que los reclutas no pueden salir pero si pueden recibir visitas (lo cual no se les permitía) los fines de semana, además de acceder a permisos hasta por ocho días en circunstancias que lo ameriten. Entre otras cosas la disciplina actual es menos rígida en comparación con años anteriores.

No obstante encontramos que la tradición militar se mantiene, es decir el excesivo uso de autoridad de algunos de sus superiores, y el especial recibimiento del nuevo contingente por parte de sus compañeros antiguos, o la extrema exigencia física, lo cual denominamos Disciplina Inadecuada; todas estas situaciones en conjunto hace de la etapa básica, una fase muy difícil de sobrellevar como una prueba para quien realmente desea ser militar, mostrar su valentía y servir a su patria.

#### **a) Medidas de disciplina para el personal de tropa**

La medida disciplinaria para los sargentos 1ro, 2do, y soldados son:

- Amonestación
- Consigna en el cuartel
- Castigo simple
- Castigo de rigor
- Disposición de clase baja por medida disciplinaria.

Debemos considerar que el derecho de reclamo es permitido a todo militar para recurrir al superior cuando el castigo es irregular, cuando menoscaba sus derechos y cuando la disposición administrativa que se le aplica es injusta (Reglamento Interno, 1987).

### **3.1 EL SERVICIO MILITAR**

El servicio militar de todos los jóvenes, hombres y mujeres, es sin duda el mejor ejemplo de integración. A través del servicio militar voluntario, las fuerzas armadas contribuyen a la formación cívica del pueblo peruano, así mismo es el factor de cohesión (oficina de formación del ejército, 1999).

En lo referente al servicio militar en las normas legales tenemos los siguientes artículos.

#### **Artículo 3°.- El servicio militar como honor**

El servicio militar es un honor y una de las formas de cumplir con la obligación patriótica que tienen todos los peruanos de participar en la defensa nacional y contribuir al desarrollo nacional.

#### **Artículo 4°.-Finalidad del servicio militar**

El servicio militar tiene por finalidad capacitar a los peruanos en edad militar en los institutos de las fuerzas armadas, en aspectos de adiestramiento militar y formación técnico-laboral, para su eficiencia y participación en la defensa nacional y en el desarrollo nacional, así como disponer de reservas instruidas y entrenadas para la movilización.

#### **Artículo 5°.-cese de la incapacidad civil**

Para efectos de la presente ley, la incapacidad civil relativa de los menores de edad sea a partir del primer día útil de año en que cumplen diecisiete años de edad teniendo la obligación de inscribirse en el registro militar.

## **Artículo 6°.- de la prohibición del reclutamiento forzoso**

Queda prohibido el reclutamiento forzoso como procedimiento de captación de personal para ser incorporado al servicio en el activo.

### **3.2 DEFINICIONES BÁSICAS**

Para un mejor entendimiento del tema a continuación definiremos algunos términos.

#### **a) RECLUTA**

- Soldado que acaba de ingresar a filas, no posee la marcialidad, ni los conocimientos necesarios.
- Por extensión se denomina así a cualquier miembro de las Fuerzas Armadas, que se descuida en el desempeño de sus funciones.

#### **b) CONSCRIPTO**

- Individuo que presta servicio militar en las altas fuerzas armadas de acuerdo a la ley del servicio militar.
- Conscripto que corresponde a una circunscripción territorial.

#### **c) SOLDADO**

- Individuo que presta servicio en las fuerzas armadas.
- Primer grado entre los individuos de tropa.
- En sentido figurado, miembros de las fuerzas armadas, por lo general de la graduación que destaca, por excelsas virtudes militares o civiles.

#### **d) CUARTEL**

- Edificio destinado al alojamiento de las tropas en sus guarniciones permanentes.

#### **e) FUERZAS ARMADAS**

- Institución de una nación responsable de la concepción, preparación y conducción de las operaciones terrestres.

### **3.3 LAS FUERZAS ARMADAS EN LA FORMACIÓN CÍVICA**

La enseñanza de la formación civil para la juventud es de vital importancia para el progreso de país; por ello la responsabilidad es no solo del estado, sino también de todas las instituciones y elementos representativos de las fuerzas vivas de la nación.

La educación cívica está orientada a contribuir a la formación integral del joven. En tal sentido, su aporte incide primordialmente en su formación moral cívica. La enseñanza de educación no debe limitarse a la transmisión de conocimientos y la adquisición de habilidades, sino debe dirigirse esencialmente a la población para la práctica de valores sociales que le permitan participar en la búsqueda del mejoramiento y perfeccionamiento de la sociedad, así como contribuir a la defensa y desarrollo nacional.

### **3.4 CLASIFICACIÓN Y SELECCIÓN DEL PERSONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS**

Para la selección del personal, existen normas y procedimientos como la determinación psicosomática, que permiten establecer las causas de inaptitud para el reclutamiento, permanencia en el servicio y/o reingreso a la situación de actividad.

La selección psicosomática, es seleccionar según el estado de normalidad orgánica, psíquica y funcional resultante del buen funcionamiento del organismo humano y que los capacita para servir en el las fuerzas armadas. La finalidad es determinar el personal que ingresa a servir en las fuerzas armadas y clasificarlo para su permanencia durante el servicio militar.

De acuerdo a la clasificación psicosomática que presenten serán destinados a empleos que permiten obtener el máximo de su rendimiento (Reglamento, Clasificación y selección de personal, 1999).

Estas disposiciones son aplicadas a siguiente personal:

**a) Personal militar**

- **Oficiales:** categoría superior del personal que sirve en las Fuerzas Armadas. Comprende desde subteniente hasta general de división. En esta categoría se encuentra también los asimilados con alguna profesión.
- **Técnicos y suboficiales:** el grado de técnico es mayor al de los suboficiales, estos a su vez son de mayor rango que el personal de tropa.
- **Personal de Tropa:** comprende al personal de tropa reenganchado, es aquel contingente que después de haber terminado su periodo de Servicio Militar opta por reingresar mediante una solicitud por un periodo de dos años o cinco periodos. También en esta categoría el personal de Servicio Militar Voluntario, se incluye los sargentos, cabos y soldados, todos esto son contingentes (promoción). Aquí a la vez está incluido el conscripto y el recluta. Este recluta cuando ya paso el visto bueno o apto, mientras no haya pasado la revisión médica y permanece en el cuartel es un depositado civil.

**b) Personal civil**

Es el personal contratado por el ejército, ingresan como empleados civiles del ministerio de defensa, podrían incluir a secretarias, contadores, etc.

### **3.5 EL SOLDADO PERUANO**

Hablar de soldado en nuestro país es hablar de consolidación de los diferentes estados que históricamente se desarrollaron en nuestro suelo, es hablar de civilización desarrollada en los diversos espacios de nuestra geografía.



El soldado peruano es sin duda el principal elemento en la integración social, en el cuartel que es el hogar del soldado, se funden todas las sangres en una sola; la del soldado peruano y la idea de servir y estar dispuesto a dar la vida a la patria.

Con la incorporación de la mujer a las Fuerzas Armadas, la institución responde acertadamente a los desafíos sociales de los tiempos y reconoce, en la dimensión que le corresponde el verdadero papel a la mujer peruana a lo largo de nuestra historia. (Oficina de informe del ejército, 1999)

### **3.6 EL RECLUTA**

Es aquella persona que desea servir a la patria para lo cual inicialmente se inscribe al estar en el cuartel pasa por un proceso de adaptación, ya que tiene que adquirir conocimientos militares como reglas, disposiciones, manejo del armamento, respeto a grados superiores. La persona desde que pasa a ser apto en la revisión médica y si su decisión es servir ya es un recluta a pesar de no tener ningún conocimiento de la vida militar, además de ser alguien que acaba de ingresar a las filas militares, será recluta hasta que, en un corto periodo aprenda el manejo del armamento militar y tenga una ceremonia denominada “entrega de armas”, desde ese momento pasa a ser un soldado.

### **3.7 PERFIL DEL SOLDADO**

El personal que ingresa a las Fuerzas Armadas debe reunir ciertas características para un adecuado cumplimiento de su rol. Estas características son:

- Hábitos de disciplina, que implica una subordinación consciente de su voluntad en el provecho de un conjunto. Estado mental que inspira la posesión de los más puros ideales de culto a la patria, las Fuerzas Armadas y el cumplimiento voluntario del deber.

- Puntualidad, debe ser cuidadoso y realizar las actividades designadas dentro de tiempo establecido.
- Respetuoso, en el subordinamiento ante sus superiores, esto establecido dentro de sus reglamentos.
- Valor para proceder con calma ante situaciones de peligro o crítica y aceptar responsabilidades y actuar apropiadamente.
- Confianza, es decir la confianza del cumplimiento correcto del deber, desplegando su mayor esfuerzo para lograr el más elevado nivel en su desempeño.
- Resistencia, tener vigor mental o físico para soportar el dolor, la fatiga, la tensión, también es la capacidad de preservar en un atarea y no ceder haberla terminado.
- Entusiasmo, interés, magnitud animosa y optimista, determinada a realizar buena tarea. El entusiasmo es particularmente importante en el entrenamiento y en la institución.
- Iniciativa al ver ausencia de órdenes, ver que puede hacerse y dar comienzo de inmediato.
- Integridad, tener fuerza en sus principios morales es actuar con rectitud.
- Lealtad, es decir fidelidad a la patria.
- Eficiencia, tener la capacidad técnica, táctica y física para cumplir una misión o tarea.
- Compañerismo dentro de cuartel deben considerarse todos como de la misma familia.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

##### **A. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Tomando en cuenta el libro de Seminarios de investigación científica de Supo (2014) el presente estudio corresponde al tipo observacional porque no existe ningún tipo de intervención de manera que los datos observados y la información consignada refleja la evolución natural de los eventos.

Prospectivo porque se caracteriza por utilizar datos que provienen de mediciones realizadas a propósito de la investigación.

Transversal, porque las variables de estudio son medidas una sola vez en un momento dado

Analítico se considera así porque en el enunciado deben aparecer dos o más variables.

Descriptivo, porque el estudio cuenta con una sola población, la cual se pretende describir lo que se investiga (Ortiz, 2007).

## **B. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Esta investigación corresponde al diseño no experimental, transversal descriptivo, porque no se han manipulado las variables y los datos se han recolectado en un solo momento. Hernández, Fernández y Batista (2008).

### **2. Población**

La población para la presente investigación está conformada por todos los reclutas que iniciaron su etapa básica de adaptación al servicio militar, siendo en total 77 en las FF.AA., Arequipa 2015.

Nuestra población de estudio tuvo las siguientes características:

- Sexo: 41 mujeres, 36 varones
- Edades: Comprendidas entre 18 y 25 años de edad.
- Grado de instrucción: Secundaria completa 71, Técnico 6.
- Lugares de procedencia: Arequipa, Cusco, Lima, Puno, Tacna.

### **A. Población de estudio**

Para nuestra investigación no fue necesario extraer una muestra de estudio pues se trabajó con toda la población que reúnan los siguientes criterios de inclusión y los criterios de exclusión:

#### **Criterios de inclusión**

Se trabajó con 77 reclutas varones y mujeres con edades comprendidas de 18 a 25 años de edad, pertenecientes a las FF.AA., inscritos en el mes de noviembre del 2015. Así mismo se trabajó con los reclutas que provenían de las zonas sur del Perú (Arequipa, Tacna, Moquegua, Madre de Dios Apurímac, Puno y Cusco).

### **Criterios de exclusión**

No se trabaja con reclutas varones y mujeres, con edades mayores a los 25 años; y que no hayan culminado sus estudios secundarios completos.

### **3. MATERIALES E INSTRUMENTOS**

De acuerdo a las variables de nuestra investigación se aplicaron los siguientes instrumentos:

- Inventario de autoestima original versión adultos.
- Cuestionario modificado de agresividad.

#### **FICHA TÉCNICA N°1**

##### **a) Inventario De Autoestima**

<b>Nombre</b>	: Inventario de Autoestima Original Versión para adultos.
<b>Autor</b>	: Stanley Coopersmith.
<b>Traducida</b>	: M.I. Panizo (1988) Lima.
<b>Forma de aplicación</b>	: Individual y colectiva.
<b>Duración de la prueba</b>	: No hay tiempo límite, aproximadamente 15 minutos, incluyendo el periodo de instrucciones.
<b>Corrección</b>	: De acuerdo a la clave de respuestas.
<b>Puntuación</b>	: Cada respuesta correcta se puntúa con un punto de acuerdo a la clave de respuesta por cada una de las escalas. El puntaje total es el doble de los puntajes parciales. Puntuación máxima 50 puntos. El resultado proporciona un puntaje que es transformado en norma, percentil mediante un baremo que nos indica el nivel de autoestima del examinado.

Área Nivel	Autoestima General	Área Sí Mismo	Hogar	Social	Laboral
Bajo	0 – 16	1 – 8	1 – 4	1 - 3	1 – 2
Medio	17 – 33	9 – 16	5 – 8	4 - 6	3 – 4
Alto	34 – 50	17 – 24	9 – 12	7 - 8	5 – 6

**Ámbito de aplicación:** A partir de los 16 años en adelante con cierto nivel formativo (secundaria).

**Estandarización:** Ayde Chahuayo y Betty Díaz en 5852 escolares de Arequipa metropolitana en 1995.

**Significación:** La versión para a adultos del inventario de autoestima de Coopersmith (IAC) consta de 25 ítems de respuesta dicotómica, verbal, homogénea y de potencia. Elaborado con la técnica del análisis factorial y como un cuestionario de elección forzada (V) ó (F). El inventario permite medir la autoestima de una persona a través de la evaluación de las siguientes 4 subescalas.

### **Confiabilidad**

Al respecto se sabe que Stanley Copersmith (1967) reportó la confiabilidad de su inventario a través del test –retest (0.88). Los primeros trabajos que se realizaron sobre la confiabilidad de la prueba se conocieron por la investigación realizada con la prueba de niños. Se obtuvo un rango entre 0.87 y 0.92 de coeficiente Kr-20s para la confiabilidad interna de la prueba. Así como un  $r = 0.93$  para la escala sí mismo general. En nuestro medio, Panizo utilizó el coeficiente de confiabilidad por mitades al azar, obteniendo luego de este procedimiento que la correlación entre ambas

mitades fue de 0.78. Hasta el momento las investigaciones que se han realizado con esta prueba, arrojan un nivel de confiabilidad necesario.

### **Validez**

Alegre (2001) trabajó la validez del contenido del instrumento en una muestra conformada de 159 adolescentes varones cuyas edades fluctuaban entre 16 y 18 años de edad en la ciudad de Lima. Para realizar la validez del contenido de la prueba se empleó el coeficiente V de Aiken, por medio de 10 jueces, quienes encontraron que el instrumento tiene una adecuada validez en todos los ítems, por lo que ninguno tuvo que ser modificado.

### **FICHA TECNICA N°2**

#### **b) El inventario de Hostilidad Agresividad de Buss-Durkee**

**Nombre** : El inventario de hostilidad agresividad de Buss-Durkee

**Autor** : Arnold Buss y Durkee

**Año** : 1957

**Adaptado** : En nuestro medio por Carlos Reyes Romero, URP en 1987.

#### **RESEÑA HISTORICA.**

El inventario de hostilidad agresividad de Buss-Durkee, fue adaptado en nuestro medio por el psicólogo Carlos Reyes Romero, de la Universidad Ricardo Palma en 1987, quien en su interés por encontrar un cuestionario que mida sólo la agresividad, halló una versión de la traducción del inventario de hostilidad de Buss-Durkee (1957) en el texto “Psicología de la agresión” de Arnold Buss. Sin embargo prefirió la versión original, ya que en dicha obra no constaban todos los datos disponibles del inventario. Para ello, se logró establecer una comunicación personal con uno de los autores A. H. Buss, a quien se le solicitó el envío del inventario original.

El inventario de hostilidad de Buss-Durkee fue un proyecto que culminó con la elaboración de normas por parte de los colaboradores de Buss (Buss, 1969). Para los efectos de nuestra investigación se consideró como un cuestionario de agresividad, tomando en cuenta las divisiones de los comportamientos de agresión realizados por A. H. Buss (1957,1969, 1978).

En la elaboración del cuestionario se tomaron prestados la mayoría de los reactivos del inventario de hostilidad de Buss-Durkee; es decir 61 reactivos, el cual constaba originalmente de 75 reactivos divididos de la siguiente manera.

SUBESCALAS	Nº DE REACTIVOS
1. Sub test de asalto o ataque	10
2. Sub test de agresión Indirecta	9
3. Sub test de irritabilidad	11
4. Sub test de negativismo	5
5. Sub test de resentimiento	8
6. Sub test de sospecha	10
7. Sub test de agresividad verbal	13
8. Sub test de sentimientos de culpa	9

Los 61 reactivos fueron tomados inicialmente del texto de A.H. Buss, traducidos al español por Martha Ortiz de Biolet; luego se constataron con el artículo original enviado, del cual se hicieron la traducción y adaptación; se obviaron las subescalas de negativismo y culpa, quedando los 61 reactivos señalados.



Esta selección se hizo utilizando los siguientes criterios:

- a. Respecto a la escala de negativismo, pues constaba de un número pequeño de reactivos.
- b. Respecto a la escala de culpa, según los autores es una subescala accesorio, y en nuestro caso no era necesaria para la investigación directa de la agresión.
- c. Respecto a la prueba completa de 75 reactivos, ha sido estandarizada en una población norteamericana. Disponiendo de varios conjuntos de normas tanto en estudiantes universitarios como en pacientes psiquiátricos (Buss y Durkee, 1987; 1969), así también, cuenta con normas para adolescentes de colegios y adolescentes hospitalizados por problemas de desadaptación y manejo de impulsos agresivos (Morrison Chaffin y Chase, 1975). Por todo esto se ha evitado las comparaciones de los puntajes de nuestros sujetos con las muestras norteamericanas, dadas las implicancias culturales.

Se esperaba obtener una muestra de reactivos proporcional para cada escala. Cada subescala tiene 15 reactivos, excepto la subescala de irritabilidad que cuenta con 16 reactivos. El resultado final es un cuestionario de 91 reactivos, cuya distribución consistió en colocar los reactivos en este orden: Irritabilidad, agresión verbal, agresión indirecta, agresión física, resentimiento y sospecha. Volviéndose a repetir la secuencia en cada bloque de 6 reactivos.

El criterio para la clasificación de los sujetos ha sido establecido de la siguiente manera:

<b>De</b>	<b>A</b>	<b>Categoría Ptje. Por Escalas</b>
0	4	Nivel Bajo
5	9	Nivel Medio
10	15	Nivel Alto

<b>De</b>	<b>A</b>	<b>Categorías Ptje. Total</b>
15	33.5	Nivel Bajo
34	52.5	Nivel Medio Bajo
53	71.5	Nivel Medio Alto
72	91	Nivel Alto

## **VALIDEZ**

El Inventario original de Buss-Durkee verificó a través del análisis factorial su validez, y por test-retest su fiabilidad (Buss-Durkee, 1957, Buss 1969). El cuestionario modificado mantiene los criterios de validez de contenido ya que su elaboración tuvo como marco referencial teórico los supuestos e hipótesis de la clasificación de la agresión-hostilidad sostenidos por Buss. Respecto a la validez y fiabilidad del cuestionario, requería de algunas tentativas pruebas piloto, las cuales se llevó a cabo con sujetos de las fuerzas policiales que iban a realizar un curso de resguardo presidencial y con estudiantes universitarios hombres y mujeres. Estas tentativas permitieron eliminar y confirmar algunos reactivos.

Asimismo el autor del cuestionario modificado obtuvo un índice de validez empírica

del instrumento realizando un estudio en una muestra piloto, dividiendo los resultados totales del grupo en dos: alta y baja agresividad (de acuerdo al puntaje total) y aplicando la técnica de Edward y Kilpatrick, realizó cálculos estadísticos que le permitió seleccionar los reactivos más discriminativos entre ambos grupos, los cuales pasaron a formar parte de la versión definitiva del cuestionario. La muestra piloto fueron 54 sujetos universitarios, que determinaron el 25% de puntajes altos y el 25% de puntajes bajos; quedando en ambos extremos 13 y 15 sujetos respectivamente. Una vez establecidos los grupos extremos se calculó la media aritmética, la desviación standard y la varianza de cada grupo de sujetos, de cada grupo para cada reactivo con el estadístico “t” de Student, para establecer diferencias significativas. Se rechaza la hipótesis de no existencia de diferencias significativas entre los medios de ambos grupos extremos al 0,05 (G.l. 26; 2,056).

## **CONFIABILIDAD**

Respecto a su confiabilidad, el inventario original de BUSS-DURKEE se utilizó el método de división por mitades, correlacionando en cada subescala reactivos impares con reactivos pares, con el procedimiento estadístico de Correlación producto momento de Pearson. Los coeficientes de correlación obtenidos para cada subescala, son los siguientes:

- |                                 |        |
|---------------------------------|--------|
| a. Escala de irritabilidad      | = 0.76 |
| b. Escala de agresión verbal    | = 0.58 |
| c. Escala de agresión indirecta | = 0.64 |
| d. Escala de agresión física    | = 0.78 |
| e. Escala de resentimiento      | = 0.62 |
| f. Escala de sospecha           | = 0.41 |

#### **4. PROCEDIMIENTO**

Los procedimientos que se siguieron para la realización de la presente investigación son los siguientes:

- Se identificó el centro de investigación y se obtuvo el permiso necesario por la autoridad de la institución.
- Se determinó la población de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión y a la inscripción de los nuevos reclutas para prestar servicio militar voluntario a partir del mes de noviembre del 2015 en las FF.AA.
- Se seleccionó los instrumentos a utilizar los cuales se encuentran vigentes y son aplicados en investigaciones actuales.
- Antes de iniciar la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario se aplicaron los cuestionarios de autoestima y agresividad, los cuales tuvieron una duración de 15 minutos y 30 minutos respectivamente, que se llevó a cabo en el auditorio principal de dicha institución castrense.
- Posteriormente se procedió a la calificación, interpretación y tabulación de los resultados obtenidos en ambas pruebas.
- Después de tres meses, se volvieron a aplicar ambas pruebas a la misma población que inicio la etapa básica de adaptación.
- Posteriormente se procedió nuevamente a la calificación, interpretación y tabulación de los resultados obtenidos en ambas pruebas.
- Al finalizar la recolección de datos se procedió a armar la matriz de datos, la cual fue procesada en el paquete estadístico SPSS versión 18.0. Para procesar los datos estadísticos se empleó la prueba estadística Wilcoxon, para encontrar los niveles de las variables de estudio y finalmente se procedió a la interpretación de los resultados para fines de la investigación.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

A continuación presentaremos y analizaremos los resultados obtenidos en la presente investigación en relación a las variables estudiadas.

Seguidamente se procedió a desarrollar un análisis de niveles de nuestras variables de estudio, antes y después de pasada la etapa básica de adaptación, para conocer los incrementos y modificaciones que causó dicha preparación de la etapa básica, para dicho análisis se utilizó la prueba estadística Wilcoxon.

**TABLA N°1**  
**NIVELES DE AUTOESTIMA ANTES DE INICIAR LA ETAPA BÁSICA DE**  
**ADAPTACIÓN EN LOS RECLUTAS QUE PRESTAN SERVICIO MILITAR**  
**VOLUNTARIO**

NIVELES	Nº	%
BAJO	4	5,2%
MEDIO	27	35,1%
ALTO	46	59,7%
TOTAL	77	100%

En la presente tabla se observa que los evaluados antes de iniciar la etapa básica de adaptación, obtuvieron un porcentaje de 59,7 % que los ubica en un nivel alto de autoestima, 35,1% en nivel medio y 5,2% en nivel bajo.

**TABLA N° 2****NIVELES DE AUTOESTIMA EN EL ÁREA SÍ MISMO**

NIVELES	ANTES		DESPUES	
	Nº	%	Nº	%
BAJO	4	5,2%	29	37,7%
MEDIO	31	40,3%	42	54,5%
ALTO	42	54,5%	6	7,8%
TOTAL	77	100%	77	100%

En la presente tabla se observa que los evaluados antes de iniciar la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario, en el área sí mismo, obtuvieron un porcentaje de 54,5% que los ubica en un nivel alto y finalizada la etapa básica de adaptación obtuvieron 54,5% que los ubica en un nivel medio. Lo que indica que su nivel obtenido en el área sí mismo disminuyó en vez de aumentar.

**TABLA N° 3**  
**NIVELES DE AUTOESTIMA EN EL ÁREA SOCIAL**

NIVELES	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
BAJO	8	10,4%	42	54,5%
MEDIO	42	54,5%	31	40,3%
ALTO	27	35,1%	4	5,2%
TOTAL	77	100%	77	100%

En la presente tabla se observa que los evaluados antes de iniciar la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario, en el área social, obtuvieron un porcentaje de 54,5% que los ubica en un nivel medio y finalizada la etapa básica de adaptación obtuvieron 54,5% que los ubica en un nivel bajo. Lo que indica que su nivel obtenido en el área social disminuyo en vez de aumentar.



**TABLA N° 4****NIVELES DE AUTOESTIMA EN EL ÁREA LABORAL**

NIVELES	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
BAJO	22	28,2%	0	0,0%
MEDIO	23	29,9%	26	33,8%
ALTO	32	41,6%	51	66,2%
TOTAL	77	100%	77	100%

En la presente tabla se observa que los evaluados antes de iniciar la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario, en el área laboral, obtuvieron un porcentaje de 41,6% que los ubica en un nivel alto y finalizada la etapa básica de adaptación obtuvieron 66,2% que los ubica en un nivel alto. Lo que indica que su nivel obtenido en el área laboral aumento en vez de disminuir.

**TABLA N° 5****NIVELES DE AUTOESTIMA EN EL ÁREA HOGAR**

NIVELES	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
BAJO	22	28,6%	53	68,8%
MEDIO	49	63,6%	23	29,9%
ALTO	6	7,8%	1	1,3%
TOTAL	77	100%	77	100%

En la presente tabla se observa que los evaluados antes de iniciar la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario, en el área hogar, obtuvieron un porcentaje de 63,6% que los ubica en un nivel medio y finalizada la etapa básica de adaptación obtuvieron 68,8% que los ubica en un nivel bajo. Lo que indica que su nivel obtenido en el área hogar disminuyó en vez de aumentar.

**TABLA N° 6**

**NIVELES DE AUTOESTIMA FINALIZADA LA ETAPA BÁSICA DE  
ADAPTACIÓN**

NIVELES	N°	%
BAJO	17	22,1%
MEDIO	57	74%
ALTO	3	3,9%
TOTAL	77	100%

En la presente tabla se observa que los evaluados finalizada la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario, obtuvieron un porcentaje de 74 % que los ubica en un nivel medio de autoestima, 22,1% en nivel bajo y 3,9% en nivel alto.

**TABLA N° 7****NIVELES DE AUTOESTIMA ANTES-DESPUÉS DE LA ETAPA BÁSICA DE ADAPTACIÓN**

NIVELES	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
BAJO	4	5,2%	17	22,1%
MEDIO	27	35,1%	57	74%
ALTO	46	59,7%	3	3,9%
TOTAL	77	100%	77	100%

En la presente tabla se observa que los evaluados antes de iniciar la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario, obtuvieron un porcentaje de 59,7% que los ubica en un nivel alto de autoestima y finalizada la etapa básica de adaptación obtuvieron 74% que los ubica en un nivel medio. Lo que indica que su nivel de autoestima obtenido disminuyó durante esta etapa.

Según la prueba estadística wilcoxon usada en nuestra investigación, existen cambios significativos en los niveles de autoestima en el personal que presta servicio militar voluntario durante la etapa básica de adaptación. Siendo  $p = 0,000 (< 0,05)$ . Se concluye que hubo una disminución estadísticamente significativa de los niveles de autoestima después de la etapa básica de adaptación ( $p = 0,000$ ).

**TABLA N° 8****NIVELES DE AGRESIVIDAD ANTES DE INICIAR LA ETAPA BÁSICA DE  
ADAPTACIÓN**

NIVELES	N°	%
BAJO	37	48,1%
MEDIO BAJO	30	39%
MEDIO ALTO	9	11,7%
ALTO	1	1,3%
TOTAL	77	100%

En la presente tabla se observa que los evaluados antes de iniciar la etapa básica de adaptación, obtuvieron un porcentaje de 48,1 % que los ubica en un nivel bajo de agresividad, 39 % en nivel medio bajo, 11,7% en nivel medio alto y 1,3% en nivel alto.

**TABLA N° 9****NIVELES DE AGRESIVIDAD DE LA SUBESCALA IRRITABILIDAD**

NIVELES	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
BAJO	32	41,6%	9	11,7%
MEDIO	27	35,1%	35	45,5%
ALTO	18	23,4%	33	42,9%
TOTAL	77	100%	77	100%

En la presente tabla se observa que los evaluados antes de iniciar la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario, en la subescala irritabilidad, obtuvieron un porcentaje de 41,6% que los ubica en un nivel bajo y finalizada la etapa básica de adaptación obtuvieron 45,5% que los ubica en un nivel medio. Lo que indica que su nivel obtenido en la subescala irritabilidad aumento en vez de disminuir.

**TABLA N° 10****NIVELES DE AGRESIVIDAD DE LA SUBESCALA AGRESIÓN VERBAL**

NIVELES	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
BAJO	8	10,4%	3	3,9%
MEDIO	58	75,3%	24	31,2%
ALTO	11	14,3%	50	64,9%
TOTAL	77	100%	77	100%

En la presente tabla se observa que los evaluados antes de iniciar la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario, en la subescala agresión verbal, obtuvieron un porcentaje de 75,3% que los ubica en un nivel medio y finalizada la etapa básica de adaptación obtuvieron 64,9% que los ubica en un nivel alto. Lo que indica que su nivel obtenido en la subescala agresión aumento en vez de disminuir.

**TABLA N° 11****NIVELES DE AGRESIVIDAD DE LA SUBESCALA AGRESIÓN INDIRECTA**

NIVELES	ANTES		DESPUÉS	
	N°	%	N°	%
BAJO	36	46,8%	11	14,3%
MEDIO	31	40,3%	50	64,9%
ALTO	10	13,0%	16	20,8%
TOTAL	77	100%	77	100%

En la presente tabla se observa que los evaluados antes de iniciar la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario, en la subescala agresión indirecta, obtuvieron un porcentaje de 46,8% que los ubica en un nivel bajo y finalizada la etapa básica de adaptación obtuvieron 64,9% que los ubica en un nivel medio. Lo que indica que su nivel obtenido en la subescala agresión indirecta aumento en vez de disminuir.



**TABLA N° 12**  
**NIVELES DE AGRESIVIDAD DE LA SUBESCALA AGRESIÓN FÍSICA**

NIVELES	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
BAJO	49	63,6%	13	16,9%
MEDIO	19	24,7%	42	54,5%
ALTO	9	11,7%	22	28,6%
TOTAL	77	100%	77	100%

En la presente tabla se observa que los evaluados antes de iniciar la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario, en la subescala agresión física, obtuvieron un porcentaje de 63,6% que los ubica en un nivel bajo y finalizada la etapa básica de adaptación obtuvieron 54,5% que los ubica en un nivel medio. Lo que indica que su nivel obtenido en la subescala agresión física aumento en vez de disminuir.

**TABLA N° 13****NIVELES DE AGRESIVIDAD DE LA SUBESCALA RESENTIMIENTO**

NIVELES	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
BAJO	32	41,6%	9	11,7%
MEDIO	31	40,3%	27	35,1%
ALTO	14	18,2%	41	53,2%
TOTAL	77	100%	77	100%

En la presente tabla se observa que los evaluados antes de iniciar la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario, en la subescala resentimiento, obtuvieron un porcentaje de 41,6% que los ubica en un nivel bajo y finalizada la etapa básica de adaptación obtuvieron 53,2% que los ubica en un nivel alto. Lo que indica que su nivel obtenido en la subescala resentimiento aumento en vez de disminuir.

**TABLA N° 14****NIVELES DE AGRESIVIDAD DE LA SUBESCALA SOSPECHA**

NIVELES	ANTES		DESPUÉS	
	N°	%	N°	%
BAJO	8	10,4%	5	6,5%
MEDIO	43	55,8%	39	50,6%
ALTO	26	33,8%	33	42,9%
TOTAL	77	100%	77	100%

En la presente tabla se observa que los evaluados antes de iniciar la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario, en la subescala sospecha, obtuvieron un porcentaje de 55,8% que los ubica en un nivel medio y finalizada la etapa básica de adaptación obtuvieron 50,6% que los ubica en un nivel medio. Lo que indica que su nivel obtenido en la subescala sospecha no se modificó.

**TABLA N° 15**

**NIVELES DE AGRESIVIDAD DESPUÉS DE LA ETAPA BÁSICA DE  
ADAPTACIÓN**

NIVELES	N°	%
BAJO	0	0%
MEDIO BAJO	28	36,4%
MEDIO ALTO	41	53,2%
ALTO	8	10,4%
TOTAL	77	100%

En la presente tabla se observa que los evaluados finalizada la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario, obtuvieron un porcentaje de 53,2 % que los ubica en un nivel medio alto de agresividad, 36,4% en nivel medio bajo y 10,4% en nivel alto.

**TABLA N° 16****NIVELES DE AGRESIVIDAD ANTES - DESPUÉS DE LA ETAPA BÁSICA DE ADAPTACIÓN**

NIVELES	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
BAJO	37	48,1%	0	0%
MEDIO BAJO	30	39%	28	36,4%
MEDIO ALTO	9	11,7%	41	53,2%
ALTO	1	1,3%	8	10,4%
TOTAL	77	100%	77	100%

En la presente tabla se observa que los evaluados antes de iniciar la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario, obtuvieron un porcentaje de 48,1% que los ubica en un nivel bajo de agresividad y finalizada la etapa básica de adaptación obtuvieron 53,2% que los ubica en un nivel medio alto. Lo que indica que su nivel de agresividad obtenido aumento durante esta etapa.

Según la prueba estadística wilcoxon usada en nuestra investigación, existen cambios significativos en los niveles de agresividad en el personal que presta servicio militar voluntario durante la etapa básica de adaptación. Siendo  $p = 0,000 (< 0,05)$ . Se concluye que hubo un aumento estadísticamente significativo de los niveles de agresividad después de la etapa básica de adaptación ( $p = 0,000$ )

## DISCUSIÓN

El propósito de la investigación fue determinar la implicancia de la etapa básica de adaptación en la autoestima y la agresividad en el personal que presta servicio militar voluntario en las FF.AA .Arequipa 2015.

Los resultados de nuestro estudio evidencian que los jóvenes que prestan servicio militar voluntario y los cuales pasan la etapa básica de adaptación presentan diferencias significativas con respecto a los niveles de autoestima, siendo estos, que antes de iniciar la etapa básica de adaptación, los jóvenes presentaban niveles altos con un 59,7%, niveles medios con 35,1% y bajos con 5,2% y culminada la etapa básica de adaptación se vieron cambios significativos puesto que los niveles predominantes son niveles medios con un 74% , bajos con 22,1% y alto con 3,9% , en otras palabras la etapa básica de adaptación generó cambios significativos en los niveles de autoestima de los jóvenes que prestan servicio militar voluntario.

Asímismo en nuestros resultados en el área “si mismo” encontramos que antes de iniciar la etapa básica de adaptación los evaluados en un mayor porcentaje (54,5%) obtuvieron un nivel alto en esta área, y finalizada la etapa básica de adaptación fueron de un nivel medio (54,5%). En el área “social” encontramos que antes de iniciar la etapa básica de adaptación los evaluados en un mayor porcentaje (54,5%) obtuvieron un nivel medio en esta área, y finalizada la etapa básica de adaptación fueron de un nivel bajo (54,5%). En el área “laboral” encontramos que antes de iniciar la etapa básica de adaptación los evaluados en un mayor porcentaje (41,6%) obtuvieron un nivel alto en esta área, y finalizada la etapa básica de adaptación fueron de un nivel alto (66,2%).

Finalmente en el área “hogar” encontramos que antes de iniciar la etapa básica de adaptación los evaluados en un mayor porcentaje 63,6% obtuvieron un nivel medio en esta área, y

finalizada la etapa básica de adaptación fueron de un nivel bajo 68,8%. Lo cual significa que la etapa básica de adaptación generó cambios en dichas áreas evaluadas.

A su vez en las sub escalas de agresividad los resultados fueron los siguientes, en subescala “irritabilidad” encontramos que antes de iniciar la etapa básica de adaptación los evaluados en un mayor porcentaje (41,6 %) obtuvieron un nivel bajo en esta subescala, y finalizada la etapa básica de adaptación fueron de un nivel medio (45,5%). En la subescala “agresión verbal” encontramos que antes de iniciar la etapa básica de adaptación los evaluados en un mayor porcentaje (75,3%) obtuvieron un nivel medio en esta subescala, y finalizada la etapa básica de adaptación fueron de un nivel alto (64,9%). En la subescala “agresión indirecta” encontramos que antes de iniciar la etapa básica de adaptación los evaluados en un mayor porcentaje (46,8%) obtuvieron un nivel bajo en esta subescala, y finalizada la etapa básica de adaptación fueron de un nivel alto (64,9%). En la subescala “agresión física” encontramos que antes de iniciar la etapa básica de adaptación, los evaluados en un mayor porcentaje (63,6%) obtuvieron un nivel bajo en esta subescala, y finalizada la etapa básica de adaptación fueron de un nivel medio (54,5%). En la subescala “resentimiento” encontramos que antes de iniciar la etapa básica de adaptación, los evaluados en un mayor porcentaje (41,6%) obtuvieron un nivel bajo en esta subescala, y finalizada la etapa básica de adaptación fueron de un nivel alto (53,2 %). En la sub escala “sospecha” encontramos que antes de iniciar la etapa básica de adaptación los evaluados en un mayor porcentaje (55,8 %) obtuvieron un nivel medio en esta subescala, y finalizada la etapa básica de adaptación fueron de un nivel medio (50,6%).

En nuestra investigación, haciendo una comparación entre los resultados encontrados antes y después de la etapa básica de adaptación hallamos que existen cambios estadísticamente significativos, ya que de tener un nivel alto de 59,7 %, pasaron a tener niveles medios (74%) siendo estos resultados encontrados en nuestra investigación que están relacionados con la

autoestima, distintos a los resultados de Delgado y Gallegos (1999) en la que concluyen que no existen diferencias significativas, en los niveles de autoestima en los reclutas que realizan su fase básica de adaptación al servicio militar, esto podría deberse a que el instrumento utilizado por Delgado y Gallegos fue el inventario de autoestima de Barksdale, así mismo la muestra usada en su investigación fue personal que prestó servicio militar de manera obligatoria. Asimismo Cisneros y Vara (2000), encuentran que el factor económico y los niveles de depresión que presentan los soldados de la fase básica están relacionados en diferente grado de significancia llegando a determinar que sus patrones conductuales no les permiten una adecuada adaptación a diferentes situaciones, y por lo tanto son más susceptibles y propensos a caer en estados depresivos y presentar baja autoestima. Esta investigación tiene relación con la nuestra en el aspecto que señala que después de culminada la fase de adaptación al servicio militar, el personal evaluado presenta niveles bajos de autoestima.

Por otro lado para Riveros y Lovon (2001), en su estudio “Maltrato familiar y la agresividad manifestada por el personal de tropa” concluyen que a medida que aumenta el maltrato físico familiar, existe un aumento de la agresión física, verbal y auto agresión en el personal militar, asimismo dan a conocer que existe una dependencia de asociación significativa entre el maltrato familiar y la agresividad manifestada en el personal militar, dicha investigación concuerda con nuestra investigación, en donde nuestros resultados obtenidos dan a conocer que el personal que presta servicio militar voluntario antes de iniciar la etapa básica de adaptación, presentan niveles bajos de agresividad con un porcentaje de 48,1%, los cuales se ven influidos por la realización de la etapa básica de adaptación puesto que , encontramos cambios significativos en los niveles de agresividad con un 53,2 % en nivel medio alto.



Segura y Melquiades (1999) concluyen que la etapa básica de adaptación al ser muy exigente, trajo consigo cambios favorables en sus actitudes y en su ansiedad, lo que contrastamos con nuestra investigación, en la cual se observan cambios en sus niveles de autoestima y agresividad, los cuales no precisamente serán favorables para el ámbito de la vida civil, pero si para la vida militar.

## CONCLUSIONES

El análisis y la discusión de los resultados nos permiten llegar a las siguientes conclusiones:

**PRIMERA:** El nivel de autoestima que predomina en los reclutas varones y mujeres antes de iniciar la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario en las FF. AA. es el nivel alto y medio y en menor porcentaje el nivel bajo.

**SEGUNDA:** El nivel de autoestima que predomina en los reclutas varones y mujeres culminada la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario en las FF. AA. es el nivel medio, siendo los menores porcentajes bajo y alto.

**TERCERA:** El nivel de agresividad que predomina en los reclutas varones y mujeres antes de iniciar la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario en las FF. AA. es el nivel bajo y medio bajo, por lo que los menores porcentajes son medio alto y alto.

**CUARTA:** El nivel de agresividad que predomina en los reclutas varones y mujeres culminada la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario en las FF. AA. es el nivel medio alto, siendo los menores porcentajes medio bajo y alto.

**QUINTA:** Al iniciar y al culminar la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario en las FF. AA. Se percibe un cambio significativo en los niveles de autoestima que presentan los reclutas, ya que de obtener niveles altos pasaron a obtener niveles medios de autoestima. Es decir sus niveles de autoestima disminuyeron.

**SEXTA:** Al iniciar y al culminar la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario en las FF. AA. Se percibe un cambio significativo en los niveles de agresividad que presentan los reclutas, ya que de obtener niveles bajos y medios bajos pasaron a obtener niveles medios altos de agresividad, es decir sus niveles de agresividad se incrementaron.

**SEPTIMA:** Confirmamos nuestra hipótesis de investigación, existen cambios significativos en los niveles de autoestima y agresividad en los reclutas que prestan servicio militar voluntario durante la etapa básica de adaptación en las FF. AA., Arequipa 2015, razón por la cual la etapa básica de adaptación incide en el cambio en los niveles de autoestima y agresividad, y a su vez la prevalencia de estos niveles aumentan en porcentajes significativos.

## **RECOMENDACIONES**

**PRIMERA:** Implementar talleres de habilidades sociales, fortalecimiento de autoestima, etc, considerando que en las instituciones militares no cuentan con estos programas por ser de carácter militar y los cuales son necesarios para una mejor adaptación al servicio militar voluntario.

**SEGUNDA:** Que el personal castrense tenga conocimiento de la investigación realizada, de los resultados obtenidos, para que puedan elaborar estrategias donde se tome en cuenta el aspecto psicológico y emocional del individuo, sin dejar de lado la función principal del servicio militar voluntario que es netamente formadora de valores cívicos para la defensa de la integridad y de la soberanía nacional, con lo cual habría una mejor adaptación al servicio militar voluntario y una mejor aceptación por parte de la sociedad.

**TERCERA:** Capacitar a los oficiales a cargo de llevar a cabo la formación del personal que presta servicio militar voluntario, puesto que se evidencio cambios en los niveles de autoestima y agresividad durante la etapa básica de adaptación y es necesario que se tome en cuenta dichos resultados.

**CUARTA:** Es necesario implementar un departamento psicológico en las instituciones militares como en los cuarteles para que se realice una evaluación periódica psicológica, así como la asistencia social tanto al inicio como en el transcurso y finalización de la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario para un mejor desenvolvimiento del personal hacia la vida militar.

**QUINTA:** Profundizar sobre los hallazgos obtenidos:

- Realizar investigaciones relacionadas a determinar las causas y consecuencias de los cambios emocionales que trae consigo la etapa básica de adaptación al servicio militar voluntario.
- Que se logre hacer mayores investigaciones tomando en cuenta el aspecto psicológico del individuo que brinda servicio militar voluntario.

## BIBLIOGRAFIA

- ACOSTA, R. Y HERNÁNDEZ, J. (2004). *La autoestima en la educación. Revista Limite nº 11, 2004 p.p 82-95.*
- ALCÁNTARA, J. (1990). *Como educar la autoestima.* España: Ediciones CEAC.
- ARCHER, J. (1991). Las diferencias de sexo en la agresión en el mundo real: una revisión meta analítica. *Revisión de la Psicología General.*
- ARCHER, J. (2004) ¿Que mide las actitudes predicen la agresión rasgo? *Personalidad y Diferencias Individuales.*
- ARCHER, J. Y COYNE, S. (2005). Una Revisión Integrada de Agresión Indirecta, Correlativa, y Social. *La Personalidad y la Revisión de la Psicología Social.*
- BANDURA, A. (1973). *La Agresión: Un análisis de aprendizaje Social.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- BAREFOOT, J. Y LIPKUS, I. (1994). *La Valoración de enojo y hostilidad.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- BENENSON, J. , SINCLAIR, N. Y DOLENSZKY, E. (2006). *Las expectativas de niños y adolescentes de contestaciones agresivas a los temperamentos como los rasgos de personalidad.*
- BERKOWITZ, L. (1962). *La agresión. Un análisis psicológico social.* New york: McGraw-Hill.
- BERKOWITZ, L. (1993). *La agresión: Sus causas, consecuencias y mando.* McGraw-Hill, New York.
- BJORKQVIST, K. (1994). *El sexo diferencia en la agresión física, verbal e indirecta: una revisión de búsqueda.* McGraw-Hill, New York.
- BJORKQVIST, K., LAGERSPETZ, K., Y KAUKIANEN, A. (1992). ¿Las muchachas manipulan y los muchachos luchan? Las tendencias de desarrollo con respecto a la agresión directa e indirecta. *La conducta agresiva.* MacGraw-Hill, New York.
- BJORKQVIST, K., OSTERMAN, K. Y KAUKIANEN, A. (1992). *El desarrollo de estrategias agresivas directas e indirectas en los varones y hembras.* Of Mice and. MacGraw-Hill, New York.
- BJORKQVIST, K. Y NIEMELA, P. (1992). *Las nuevas tendencias en el estudio de agresión hembra.* San Diego, CA: Academic Press.
- BRANDEN NATHANIEL (1998) *Los seis Pilares de la Autoestima.* Edit. Paidós Ibérica, Buenos aires.
- BRANDEN NATHANIEL (2000) *La Autoestima día a día 3ra,* España. Edit. Paidós Ibérica, S.A.

- BRENDGEN, M., VITARO, F., BOIVIN, M., DIONNE, G. Y PERUSSE, D. (2006). Los efectos genéticos y medioambientales examinando en reactivo contra la agresión del proactivo. *La Psicología de desarrollo*, MacGraw-Hill, New York.
- BUKOWSKI, W. Y SIPPOLA, L. (2001). Grupos, individuos y la victimización: una visión del sistema de compañeros. *El acoso entre iguales en la escuela*. Nueva York: Guilford Press.
- BUSHMAN, B. Y ANDERSON, C. (2001). *¿Es tiempo para tirar el tapón adelante el hostil contra la dicotomía de la agresión instrumental?* La revisión psicológica.
- BUSS, A. (1961). *La psicología de la agresión*. New York: Wiley. Department of Psychology, University of Pittsburgh, Pittsburgh.
- BUSS, A. Y PERRY, M. (1992). La encuesta de la agresión. *El periódico de Personalidad y la Psicología Social*.
- BUVINIC, M., MORRISON, A., Y SHIFTER, M. (1999). *“La Violencia en América Latina y el Caribe: Un marco de referencia para la acción”*. Serie de informes técnicos, Departamento de Desarrollo Sostenible, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.
- CALERO P. (2000) *Autoestima y Docencia*. Edit. San Marcos, Perú.
- CAPRARA, G., Y PASTORELLI, C., (1993). El inestable emocional temprano, conducta del pro social y agresión: algunos aspectos metodológicos. *El periódico europeo de Personalidad*.
- CATALANO, R. Y HAWKINS, J. (1996). *El modelo de desarrollo social: una teoría de la conducta antisocial. En la delincuencia y crimen*. Nueva York, NY.: La Cambridge Universidad prensa.
- CEREZO, F. (1998) *Conductas agresivas en la edad escolar* Madrid: Ed. Pirámide.
- CISNEROS, L y VARA, A. (2000). *Influencia del factor socioeconómico en las dimensiones de personalidad y la presencia de niveles de depresión en conscriptos del servicio militar voluntario, Arequipa*. Universidad Nacional de San Agustín. Tesis.
- COHEN, R.; HSUE, Y., RUSELL, K. Y RAY, G. (2006). Más allá del individuo: una consideración de contexto para el desarrollo de la agresión. *Aggression and Violent Behavior*.
- COIE, J. DODGE, K. (1988). La Agresión y la Conducta Antisocial. *El manual de psicología del niño*. Nueva York: Wiley.
- COOPERSMITH, S. (1990). *Inventarios de autoestima*. Palo Alto: CA. Psychologists Press, Inc.
- CRICK, N. GROTPETER, J. (1995). La agresión correlativa, género y el ajuste social-psicológico. *Child develop moment*, 66, 710-722.
- CRICK, N. GROTPETER, J., Y BIEGBEE, M. (2002). *Relaciones y las atribuciones del intento de niños físicamente agresivos y sentimientos de dolor para las provocaciones del par correlativas e instrumentales*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.

- DELGADO, E. Y GALLEGOS, G. (1999). *Niveles de autoestima en reclutas que realizan sus fase básica de adaptación al servicio militar*. Universidad Nacional de San Agustín. Tesis.
- DODGE, K. (1991). La estructura y función de reactivo y agresión del proactivo. *El desarrollo y tratamiento de agresión de niñez*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. (pp. 201 – 218).
- DOLLARD, J., DOOB, L.; MILLER, N., MOWRER, O. Y SEARS, R. (1939). *La frustración y agresión*. New haven, CT: Yale University Press.
- ECKHARDT, CH. Y DEFFENBACHER, (1995). *El diagnostico de desórdenes de enojo*. Washington, D.C.: Taylor y Francis.
- FARRINGTON, D. (1993): “*Entendiendo y previniendo intimidando en el Crimen y Justicia*”. Vol. 17. M. Tonry (Ed) Chicago. University Press.
- FELSON, R. (2002). *Violencia y Género. Reexaminado*. Washington: la Asociación Psicológica Americana.
- FISCHMAN, D. (2000). *El camino del líder*. Lima - Perú: Ediciones “El Comercio” S.A.
- GALEN, B. Y UNDERWOOD, M. (1997). Una investigación de desarrollo de agresión social entre los niños. *La Psicología del desarrollo*.
- GARCIA, F. Y MUSITU, G. (1999). *AF5 Auto concepto Forma 5*. Madrid. TEA.
- GARRIDO, E. (1993). *Autoeficacia e intervención en problemas de familia*. Psicothema.
- GELLES, R., STRAUS, M. (1979). *Determinantes de violencia en la familia: hacia una integración teórica*. New york: Oxford la Prensa universitaria.
- HAWKER, D. Y BOULTON, M. (2000). Veinte años investigación en la represalia del par y mal ajuste psicosocial: una versión meta analítica de estudios cruz- particulares. *El periódico del Niño. La psicología y Psiquiatría*.
- HAEUSSLER, I. Y MILICIC, R. (1995). *Confiar en uno mismo: Programa de Autoestima (Libro del Profesor)*. Santiago - Chile: Ediciones Dolmen – Educación S.A.
- HUBBARD, J., SMITHMYER, C., RAMSDEN, S., PARKER, E., FLANAGAN, K., DEARING, K. JAMES, V. Y OWENS, L. (2005). “ellos se dieron la vuelta como yo no estuviera allí”. Un análisis de las cartas de muchachas adolescentes sobre sus conflictos del par. *La Psicología escolar Internacional*.
- KAGAN, J. & MOSS, H. (1962): *El nacimiento a la madurez*. Nueva York: Wiley.
- KOKKO, K., PULKKINEN, L. (2005). La estabilidad de conducta agresiva de la niñez a la edad madura en las mujeres y hombres. *La conducta agresiva*.
- LAGERSPETZ, K., BJORKQVIST, K. y PELTONEN, T. (1988). ¿La agresión indirecta es típica de hembras? El género diferencia en agresividad. *La Conducta agresiva*.



- LITTLE, T., JONES, S., HENRICH, C. y HAWLEY, P. (2003). Disentangling the “whys” from the “whats” of aggressive behaviour. *International Journal of Behavioral development*.
- MOOIJ, J. (1997). *Por la seguridad en la escuela. En revista de educación*.
- Oficina de Información del Ejército (1999) El Ejército Unido a la Historia. Ed. Quebecor, Lima.
- OLWEUS, D. (1991). Los problemas de bullying/victima entre las escuelas: Los hechos básicos y efectos de un programa de la intervención basado escolar. *El desarrollo y tratamiento de agresión de niñez*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- ORTEGA, R. (1997). *El proyecto Sevilla Anti- violencia Escolar. Un modelo de intervención preventiva contra los malos tratos entre iguales. Revista de Educación*.
- OSTERMAN, K., BJORKQVIST, K., LAGERSPETZ, K., CHARPENTIER, S., CAPRARA, G. y PASTORELLI, C. (1999). *El sitio de mando y tres tipos de agresión. La conducta agresiva*.
- PORTUGAL C. LUCIO (1996) *Psicología Social*. UNSA, Arequipa.
- QUISPE, E Y CANANA. (2000). *Existencia de resentimiento en las conductas agresivas de los alumnos del bachillerato de la G.U.E.M.M.* Universidad Nacional de San Agustín. Tesis.
- RAMIREZ, V. Y ALMIDON, D. (2000). *Problemas de autoestima*. Lima - Perú: Editorial Mantaro.
- RIVEROS, S Y LOVON, L. (2001). *Relación entre el maltrato recibido en la familia y la agresividad manifestada por el personal militar de tropa*. Universidad Nacional de San Agustín. Tesis.
- RODRÍGUEZ, C. Y CAÑO, A. (2012). *Autoestima en la adolescencia: Análisis y estrategias de intervención*. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 3,389-403. 2012.
- RODRÍGUEZ, C Y GREGORIO, J. (2006). *La televisión como un elemento de análisis en las conductas agresivas que presentan los niños de 6 a 7 años*. Recuperado de <http://wwwbiblioteca.ajusco.upn.mx/pdf/23040.pdf>
- SALMIVALLI, C.NIEMINEN, E. (2002). *La conducta agresiva: Proactivo y la agresión reactivo entre los matones escolares, víctimas y matón- víctimas*.
- SEGURA, A. Y VILCA, R. (1999). *Influencia de las actitudes y de la ansiedad en la adaptación de los reclutas en la fase básica del servicio militar obligatorio*, Arequipa. Universidad Nacional de San Agustín. Tesis.
- SERRANO, I. (2006) *Agresividad infantil*. Madrid: Pirámide.
- SIMONS S. Y SIMONS J. (1998) *Como medir la Inteligencia Emocional* .Edit. EDAF S.A., Madrid.
- SMITH, T. (1994). *Los conceptos y métodos en el estudio de enojo, hostilidad y salud*.

- SPIELBERGER, C. (1988). *Manual del estado* ODESSA, FL.: Los recursos de valoración psicológicos.
- SPIELBERGER, C.; JACOBS, G.; RUSSEL, S. Y CRANE, R. (1983). *La valoración de enojo: La balanza de enojo de Estado Rasgo*. N.J. Los: Lawrence Erbaum Socios.
- SUPO.J (2014). *Seminarios de Investigación Científica*. Metodologías de la Investigación para las ciencias de la salud. 2º edición. Editorial BIOESTADISTICO. E.R.L.
- TREMBLAY, R. (2000). El desarrollo de la conducta agresiva durante la niñez: *¿Qué nosotros hemos aprendido en el último siglo? El Periódico Internacional de Desarrollo Conductual*.
- TRUJILLO, F. (2006). Violencia doméstica y coeducación. *Recuperado de [www.octaedro.com/pdf/10044.pdf](http://www.octaedro.com/pdf/10044.pdf)*
- VAILLANCOURT, T.; BRENDGEN, M.; BOIVIN, M. Y TREMBLAY, E. (2003). Un confirmatorio longitudinal factoriza análisis de agresión indirecta y física: *¿La evidencia de dos factores con el tiempo? El desarrollo del niño*.
- VITARO, F.; BRENDGEN, M Y BARKER, E. (2006) Los subtipos de conducta agresivas: una perspectiva de desarrollo. *El Periódico internacional de Desarrollo Conductual*.
- XIE, H.; CAIRNS, R. Y CAIRNS, B. (2002). El desarrollo de la agresión social y la agresión física: Un análisis narrativo de conflictos interpersonales. *La conducta agresiva*.
- YOSHIKAWA, H. (1994). La prevención como protección cumulativa: los efectos de apoyo de la familia temprano y educación en la delincuencia crónica y sus riesgos. *El Boletín Psicológico*.
- YOUNG, H.; BOYE, A.; NELSON, D. (2006). La agresión correlativa: entendiendo, identificando y respondiendo en las escuelas. *La Psicología en las escuelas*.

# ANEXOS

## ANAMNESIS

### I. DATOS PERSONALES:

**Nombres y apellidos** : Karina.T.C

**Edad** : 31 años.

**Sexo** : Femenino.

**Fecha de nacimiento** : 17 de julio de 1985

**Lugar de Nacimiento** : La Joya -Arequipa

**Procedencia** : Arequipa

**Grado de instrucción** : Superior incompleto

**Estado civil** : Casada

**Ocupación** : Ama de Casa

**Religión** : Católica.

**Informantes** : La Paciente

**Fecha de evaluación** : del 08,10 y 15 de Septiembre del 2015

**Lugar de evaluación** : Centro de Salud “Sandrita Pérez”.

**Examinado por** : Bachiller Milagros Paola Barriga Oviedo

### II. MOTIVO DE CONSULTA:

La paciente acude al servicio de psicología, refiere que se siente triste por los problemas y las constantes peleas con su esposo, aflora en ella las lágrimas, “no sé qué hacer, quisiera que la tierra me tragara a veces”.

### **III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL:**

La paciente actualmente tiene 31 años de edad, es la menor de tres hermanos, proveniente de una familia nuclear, viviendo en un ambiente familiar hostil ya que predominaban las peleas de sus padres.

Ella conoce a su pareja actual a la edad de los 23 años y a los pocos meses formaron una relación que al inicio describe como “buena y bonita”, después de dos años de relación decidieron casarse y empezar a vivir juntos, en la parcela del esposo.

Después de tres meses de convivencia la paciente queda embarazada, hasta esa etapa no existían peleas o insultos, por ello los primeros meses de gestación los llevó con los cuidados respectivos, siendo así que al nacer su primera hija, refiere la paciente que su esposo cambia y la relación es tormentosa, describe a su marido una persona buena, de buen corazón, pero en ocasiones muy autoritario y renegón”, exigiendo que ella se haga cargo de las cosas del hogar y del cuidado de la menor “puesto que yo trabajo y tú no”. Todo ello generó en la paciente tristeza e impotencia, sintiendo que estaba sola sin su familia.

Después de 5 años de vivir junto a su esposo, comenzaron los problemas en mayor grado, refiere la paciente que su esposo al trabajar en las parcelas siempre andaba fuera de casa, nos describe que en este último año la relación con su esposo fue más tensa con muchos episodios de violencia, insultos contra la paciente; lo cual su menor hija era observadora de todo ello, siendo así que cuando el almuerzo no estaba a la hora exacta, pues su esposo le gritaba y menospreciaba delante de su menor hija diciéndome “no sirves para nada, ni un almuerzo a la hora puedes hacer, eres una bruta, en mala hora me case contigo, cochina, luego de decirle todo ello su pareja se retiraba de la mesa; en otras ocasiones cuando la comida no era de su agrado le lanzaba la comida a la cara de la paciente y todo ello lo hacía delante de su menor hija, asimismo nos refiere

que cuando su esposo llega del trabajo y está renegando le grita e insulta sin motivo alguno, “ lo único que yo hago es llorar, sin poder hacer nada, lo que más me duele es que mi menor hija ve todo ello”.

En ocasiones describe que pensó en escaparse con su menor hija para que no siga viendo y vivenciando todo estos problemas, pero luego al verse sola, cambia de parecer y no lo hace, asimismo en una ocasión pensó en quitarse la vida.

Actualmente, nos refiere la paciente que su malestar continúa, tiene problemas en la relación con su esposo, ya que reacciona de manera hostil y la insulta constantemente, a veces sin razón .Se siente sensible, llora continuamente, y tiene problemas para dormir, asimismo expresa sentimientos de inutilidad e indecisión, ha descuidado su imagen personal, refiere que desearía quedarse en su cuarto y no salir, porque se siente incómoda y triste. “no sé qué puedo hacer me quiero morir, pero si lo hago que será de mi hija, eso me tiene muy mal”.

#### **IV.ANTECEDENTES PERSONALES:**

##### **1. PRENATAL**

La madre de la paciente queda embarazada a la edad de 28 años, fue el tercer embarazo no planificado, no se produjeron incidentes emocionales o traumatismos que afectaran a la madre durante el periodo de gestación.

##### **2. POST NATAL**

Nació a los 9 meses de gestación de su madre, fue un parto normal, sin presentar complicaciones.

Karina no recuerda con exactitud su desarrollo psicomotor, pero supone que fue normal.

**a. ESCOLARIDAD**

La paciente no realiza estudios de educación preescolar, iniciando su escolaridad a los 7 años de edad, adaptándose de manera satisfactoria y siendo una alumna de rendimiento regular, siendo un poco introvertida y callada, por otro lado comenta que le gustaba ir al colegio, porque se sentía feliz.

**b. ASPECTO PSICOSEXUAL**

La paciente inicia su vida sexual a la edad de 20 años con un enamorado que mantuvo una relación de 6 meses y luego su segunda pareja, es con quien actualmente se casó y tuvo una hija, refiere que ninguno de los miembros de su familia le hablo sobre sexualidad.

**c. HISTORIA Y RECREACIÓN DE LA VIDA**

Los primeros recuerdos que tiene de su infancia, son que ambos padres constantemente discutían y peleaban en el hogar, refiere que le gustaba jugar con sus dos hermanos mayores, su padre no era cariñoso con ella, a su vez era tímida de niña, temerosa de las cosas que podían ocurrir a su alrededor y un tanto desconfiada de las demás personas.

**d. ACTIVIDAD LABORAL**

La paciente a los 18 años empezó a trabajar en una tienda de venta de insumos agropecuarios, y que estudiaba una carrera técnica de computación la cual por falta de medios económicos no logro culminar, es así que deja sus estudios de computación y decide viajar a Pedregal y empieza a trabajar en una tienda como vendedora a tiempo completo y es allí que conoce a su actual esposo con quien tiene una menor hija.

Actualmente la paciente no trabaja, solo se dedica al hogar y al cuidado de su hija.

**e. SERVICIO MILITAR**

Refiere no haber realizado servicio militar.

**f. RELIGIÓN**

La paciente es de religión católica, debido a que sus padres y toda su familia son de dicha religión, aunque no la práctica.

**g. HÁBITOS E INFLUENCIAS NOCIVAS**

La paciente refiere no tener hábitos nocivos, nunca ha consumido droga pero si ha bebido en reuniones sociales cuando era soltera.

**h. ENFERMEDADES Y ACCIDENTES**

La paciente recuerda haber tenido varicela a la edad de 10 años, no tiene alergia alguna, refiere no haber sufrido accidente alguno hasta la actualidad.

**i. PERSONALIDAD**

Menciona que fue de niña introvertida y callada, en ocasiones le causaba miedo hablar mucho con las demás personas en especial con personas adultas.

Se describe actualmente no muy sociable, no le gusta hablar con las demás personas. La paciente refiere que por todos los problemas que va teniendo se encuentra triste, desconfiada, desanimada de la vida e insegura de su futuro, se desvaloriza como mujer.

**V. ANTECEDENTES FAMILIARES**

**a. Composición familiar**

La paciente proviene de una familia nuclear, la paciente es la menor de los tres hermanos. Actualmente vive en Pedregal con su esposo y su hija en la parcela de su esposo.

La paciente no mantiene comunicación con su familia, pues teme que su esposo se ponga peor y las cosas se compliquen más.

La persona que mantiene económicamente el hogar es él quien se dedica a la ganadería y a la agricultura.



**b. Dinámica familiar**

Los padres de la evaluada nunca mantuvieron una relación armoniosa; constantemente peleaban, ella observaba como su padre en ocasiones maltrataba a su madre, no tuvo buenas relaciones de comunicación con sus padres, más sí con sus hermanos mayores, cuando estos eran solteros.

La familia de la paciente no tiene conocimiento acerca del actual problema que ella vive.

**c. Condición socioeconómica**

La paciente proviene de una familia de bajos recursos económicos, en la actualidad su condición socioeconómica es media, siendo su esposo el único que trabaja y sostiene el hogar.

**VI. RESUMEN**

La paciente proviene de una familia nuclear con bajos recursos económicos y un ambiente hostil, donde se tornaban peleas de ambos padres, siendo la menor de la familia, empezó su etapa escolar a la edad 7 años; desde niña fue introvertida y poco sociable con las personas adultas; empezó a trabajar a los 18 años y estudiaba una carrera técnica superior, pero no logró culminar sus estudios superiores; durante su adolescencia hasta la actualidad refiere que no consumió algún tipo de sustancia nociva, no prestó servicio militar, es de religión católica, mas no la práctica; inicia su vida sexual a la edad de 18 años con su primer enamorado. A la edad de 23 años inicia una nueva relación, se casó con su pareja a los 25 años con el cual tuvo una niña, actualmente ella se dedica a las labores del hogar y su esposo a la parcela. En este último año de matrimonio surgieron las peleas a mayor grado, siendo muchas veces ella víctima de insultos y golpes

por parte de su esposo, en consecuencia la relación en este último año se torna más hostil.

---

**Milagros Paola Barriga Oviedo**  
**Bachiller en Psicología**

## **EXAMEN MENTAL**

### **I.DATOS DE FILIACIÓN**

<b>Nombres y apellidos</b>	: Karina.T.C
<b>Edad</b>	: 31 años.
<b>Sexo</b>	: Femenino
<b>Fecha de nacimiento</b>	: 17 de julio de 1985
<b>Lugar de Nacimiento</b>	: La Joya
<b>Procedencia</b>	: Arequipa
<b>Grado de instrucción</b>	: Superior incompleto
<b>Estado civil</b>	: Casada
<b>Ocupación</b>	: Ama de Casa
<b>Religión</b>	: Católica
<b>Informantes</b>	: Paciente
<b>Fecha de evaluación</b>	: 17 y 22 de septiembre del 2015
<b>Lugar de evaluación</b>	: Centro de salud “Sandrita Pérez”.
<b>Examinado por</b>	: Bachiller Milagros Paola Barriga Oviedo.

### **II.ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO**

Paciente de 31 años de edad, no aparenta la edad que tiene, parece mayor es de tez trigueña, tiene ojos oscuros y cabello largo de color negro, que normalmente lo tiene sujetado con un gancho. Es de contextura delgada, luce aseada, su expresión facial de preocupación y tristeza cuando relata sucesos de su vida cotidiana, tiene una tonalidad de voz baja, no presenta agitación. Su postura es erguida y su caminar un tanto apresurado. Siente tristeza y a la vez impotencia al hablar de los problemas que van suscitándose en su hogar con su esposo.

La paciente se mostró colaboradora y asequible a la aplicación de las pruebas psicológicas.

### **III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN**

La paciente presenta un nivel óptimo de atención en el momento de la entrevista, se encuentra en estado de vigilia.

Se halla orientada en tiempo, espacio y persona ya que discrimina adecuadamente el lugar y fecha donde se encuentra.

### **IV. CURSO DEL LENGUAJE**

La paciente establece una adecuada coherencia al momento de hablar, expresa sus ideas de manera clara; su tonalidad de voz es baja. Constantemente al expresar sus ideas es entrecortado ya que llora al hablar de los problemas que van suscitándose en su matrimonio. No presenta fuga de ideas, distorsiones u otras anormalidades.

### **V. PENSAMIENTO**

En cuanto al contenido no presenta ideas delirantes de ningún tipo, solo manifiesta ideas referidas a sus problemas familiares que la aquejan. En cuanto al curso hay ritmo y coherencia con lo que manifiesta.

En una ocasión pensó en quitarse la vida, pero la idea se desvaneció porque reflexionó y pensó en su hija y esta idea ya no es recurrente en ella.

### **VI. PERCEPCIÓN**

No presenta alteraciones perceptuales, es capaz de reconocer correctamente los estímulos externos, discriminándolos adecuadamente, en tamaños y formas. No presenta ningún tipo de ilusiones o alucinaciones.

## **VII. MEMORIA**

Su memoria está conservada, tanto la memoria mediata, como la inmediata, ya que es capaz de remontarse a hechos pasados de su vida.

## **VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL**

Posee conocimientos generales de acorde a su grado de instrucción, su cultura general es adecuada, capaz de resolver problemas, asimismo posee una buena abstracción y análisis. En general el funcionamiento intelectual se mantiene en buen estado.

## **IX. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTO:**

Al momento de la evaluación la paciente se muestra emocionalmente lábil puesto que rompe en llanto al recordar los incidentes que atraviesa. Manifiesta temor, tristeza e inseguridad, culpa y baja autoestima. Tiene sentimientos de rencor e ira ante su esposo, ya no lo quiere como antes, pero el cariño hacia su hija sigue siendo el mismo.

## **X.COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DE LA ENFERMEDAD.**

La paciente es consciente de la situación actual, de la angustia y preocupación que va causando los problemas que tiene en su hogar con su esposo, pues considera que su situación no es fácil de resolver, puesto que no recibe apoyo de sus familiares quienes se encuentran lejos de ella y no saben por lo que está atravesando, pero también es consiente que necesita ayuda, reconoce que no es positivo estar en esta situación en la cual es víctima de insultos y menospreciada por él.

## **XI. RESUMEN**

Paciente de 31 años de edad, no aparenta la edad que tiene, es de tez trigueña, tiene ojos oscuros y cabello largo de color negro, que normalmente lo tiene sujetado con un gancho. Es de contextura delgada, que luce aseada, su expresión facial denota preocupación y tristeza. Su postura es erguida, su estado predominante es de preocupación, angustia y tristeza; sus funciones psíquicas como atención, lenguaje, percepción y memoria se encuentran conservadas, su pensamiento presenta ideas de preocupación. En cuanto a su comprensión su razonamiento y capacidad para emitir juicios se encuentran conservados. Posee conciencia de la enfermedad, con voluntad a superar su problema.

---

**Milagros Paola Barriga Oviedo**  
**Bachiller en Psicología**

## INFORME PSICOMÉTRICO

### I.DATOS PERSONALES:

<b>Nombres y apellidos</b>	: Karina.T.C
<b>Edad</b>	: 31 años.
<b>Sexo</b>	: Femenino
<b>Fecha de nacimiento</b>	: 17 de julio de 1985
<b>Lugar de Nacimiento</b>	: La Joya
<b>Procedencia</b>	: Arequipa
<b>Grado de instrucción</b>	: Superior Incompleto
<b>Estado civil</b>	: Soltera
<b>Ocupación</b>	: Ama de casa
<b>Religión</b>	: Católica
<b>Informantes</b>	: Paciente
<b>Fecha de evaluación</b>	: 24, 29, septiembre – 06 de octubre del 2015
<b>Lugar de evaluación</b>	: Centro de Salud “Sandrita Pérez”.
<b>Examinado por</b>	: Bachiller Milagros Paola Barriga Oviedo

### II.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

Pruebas utilizadas:

- Test de Inteligencia no Verbal TONI 2 Forma A.
- Inventario Multifásico de personalidad MINI MULT.
- Escala de autoevaluación de la Depresión Zung.
- Test proyectivo de Karen Machover.

#### IV.OBSERVACIÓN GENERAL

Paciente que no aparenta su edad, su apariencia es de una persona mayor, con vestimenta adecuada, aseo personal correcto, postura erguida; durante la evaluación se pudo observar que la tonalidad de voz es baja y su pronunciación es clara. Ella mostró una actitud colaboradora ante la evaluadora y la realización de las pruebas, contestando las preguntas que se le formulaban de manera adecuada y utilizando el tiempo necesario para la ejecución de cada una de ellas.

#### V.ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

##### A. Test de inteligencia no Verbal Toni 2 forma A

###### Análisis Cuantitativo

<b>Puntaje</b>	27
<b>C.I</b>	94
<b>Percentil</b>	34
<b>Diagnóstico</b>	Promedio

###### Análisis cualitativo

De acuerdo a la aplicación Del Toni-2, la capacidad para la solución de problemas de la paciente es Normal-Promedio, obteniendo un C.I de 94, lo que indica que presenta un desarrollo intelectual adecuado para su edad y grado de instrucción.

##### B. Inventario Multifásico de la personalidad Minimult

###### Análisis cualitativo

	L	F	K	Hs.	D	Hi.	Dp.	Pa.	Pt.	Sc.	Ma.
<b>P. directo</b>	2	9	8	4	14	16	8	8	14	8	7
<b>P. equivalente</b>	6	23	18	10	39	35	23	19	34	24	20
<b>Añadir K</b>				9			7		18	18	4
<b>P.D. Corregido</b>	6	23	18	19	39	35	30	19	52	42	24
<b>Puntaje T</b>	56	81	61	62	88	79	76	82	94	80	68



### **Análisis cualitativo**

La paciente presenta tensión interna fuerte, sensación de impotencia e incapacidad de enfrentar y resolver sus problemas.

La paciente denota una insuficiente capacidad para experimentar placer ya que tiene una fuerte tensión interna, fatiga, con una tendencia derrotista; posee sentimientos de culpa, tiene poca tolerancia hacia la frustración, muchas veces es egocéntrica; le es difícil establecer relaciones interpersonales, asimismo tiende a vivenciar de manera exagerada sus problemas debido a su pesimismo e inseguridad hacia sus propias actividades lo que lleva a autocrítica y hacia una actitud derrotista con sentimientos de culpa.

### **C. Escala de Autoevaluación para la depresión de Zung**

Puntaje Obtenido	51
Nivel	Ligeramente deprimido

La paciente obtuvo una puntuación de 51, lo que indica que está atravesando por un estado de depresión leve.

### **D. Test proyectivo de Karen Machover.**

La paciente muestra cierto grado de dependencia, inmadurez e infantilismo en sus actitudes y decisiones; tiene cierto temor hacia los aspectos sexuales, introvertida, desconfiada y sensible a las críticas de las demás personas.

## **VI.RESUMEN**

La paciente posee un C.I de 94, lo que indica que presenta un desarrollo intelectual adecuado para su edad y grado de instrucción.

Ella presenta preocupaciones, dolor de cabeza, decaimiento, deprimida, triste y pesimista, lo que indica que la paciente no se siente bien consigo misma, rompe fácilmente en llanto frente a los problemas que tiene, asimismo tiene falta de

confianza, inseguridad y pesimismo, es tímida, egocéntrica y con poca tolerancia a la frustración.

---

**Milagros Paola Barriga Oviedo**  
**Bachiller en Psicología**

## **INFORME PSICOLÓGICO**

### **I.DATOS PERSONALES:**

<b>Nombres y apellidos</b>	: Karina.T.C
<b>Edad</b>	: 31 años.
<b>Sexo</b>	: Femenino.
<b>Fecha de nacimiento</b>	: 17 de julio de 1985
<b>Lugar de Nacimiento</b>	: La Joya -Arequipa
<b>Procedencia</b>	: Arequipa
<b>Grado de instrucción</b>	: Superior incompleto
<b>Estado civil</b>	: Casada
<b>Ocupación</b>	: Ama de casa
<b>Religión</b>	: Católica.
<b>Informantes</b>	: La paciente
<b>Fecha de evaluación</b>	: 08 de septiembre al 6 de Octubre del 2015
<b>Lugar de evaluación</b>	: Centro de Salud Sandrita Pérez.
<b>Examinado por</b>	: Bachiller Milagros Paola Barriga Oviedo

### **II.MOTIVO DE CONSULTA:**

La paciente acude al servicio de psicología, refiere que se siente triste por los problemas y las constantes peleas con su esposo, aflora en ella las lágrimas, “no sé qué hacer con los problemas con mi pareja, quisiera que la tierra me tragara a veces”.

### **III. TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

- Observación
- Entrevista
- Pruebas Psicométricas
  - Test de Inteligencia no Verbal TONI 2 Forma A
  - Inventario Multifásico de personalidad MINI MULT.
  - Escala de autoevaluación de la Depresión Zung.
  - Test proyectivo de Karen Machover.

### **IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

Paciente de 31 años de edad, es la menor de tres hermanos de un familia nuclear, donde constantemente vivenciaba violencia por parte de su padre hacia su madre.

Su desarrollo neuromuscular, psicomotriz y del lenguaje fueron adecuados, a la edad de 7 años inicio su etapa escolar, la cual la concluyó hasta la secundaria de manera satisfactoria, asimismo sus estudios superiores no fueron culminados por problemas y carencias económicas. A la edad de 18 años empieza trabajar para solventar sus estudios, a los 23 años de edad conoce a su pareja actual con la cual después de casarse tiene una hija. La relación con su esposo en un inicio fue buena, con muy pocas peleas de por medio; sin embargo refiere que después de tener 5 años de matrimonio los problemas en el hogar se acrecentaron, su esposo la empezó a golpear y muchas veces a insultar, haciéndolo delante de su hija.

### **V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES**

Paciente de 31 años de edad, la cual no aparenta la edad referida aparenta una edad mayor, tez trigueña, contextura delgada, con cabello largo el que lo lleva generalmente amarrado, luciendo aseada.

La paciente se mostró colaboradora y accesible a la aplicación de las pruebas psicológicas, aunque se le notaba nerviosa; su conversación era normal con un tono de voz bajo, hubo un adecuado contacto visual, en todo momento respondía las

preguntas de manera apropiada, se extendía bastante en contar algunos eventos ocurridos en su hogar acerca del problema que la angustia, se sentía preocupada por no saber qué hacer para resolver sus problemas con su esposo por ello lloraba constantemente.

## **VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Paciente de 31 años de edad, de sexo femenino que mantiene una conversación coherente y clara, se encuentra orientada en espacio, tiempo y persona, con un coeficiente intelectual promedio, tiene conciencia del problema por el que está pasando, lo que le trae mucho sufrimiento.

Se encuentra atravesando una situación emocional difícil con sentimientos, de tristeza, preocupación, desesperanza, pesimista ante las adversidades; suele expresar inconformismo, con una autopercepción empobrecida de sí misma, por lo que tiende a desvalorizarse, también ha perdido la capacidad de disfrutar de sus actividades diarias. La paciente presenta fuerte tensión interna, sensación de impotencia de manejar sus problemas, incapaz de enfrentar y resolverlos con su conyugue. Denota incapacidad para experimentar placer ya que presenta fatiga con una tendencia derrotista, posee sentimientos de culpa, tiene poca tolerancia hacia la frustración, muchas veces es egocéntrica y a la vez le es difícil establecer relaciones interpersonales, asimismo tiende a vivenciar de manera exagerada sus problemas debido a su pesimismo y a su inseguridad hacia sus propias actividades lo que la lleva a la autocrítica y hacia una actitud derrotista con sentimientos de culpa.

## **VII.DIAGNÓSTICO**

Según la clasificación de las enfermedades CIE10 Karina presenta un episodio depresivo moderado F32.1 por la presencia de pesimismo, escasa motivación de sus actividades diarias, expresando sentimientos de inutilidad, fatiga, manifestando llanto frecuente, pérdida de apetito y peso, indecisión y pérdida de interés hacia su futuro.

## **VIII.PRONÓSTICO**

La paciente se encuentra colaboradora y toma conciencia del problema que padece, posee las ganas de fortalecer y mejorar su relación familiar y está dispuesta a recibir la ayuda necesaria, asimismo los factores familiares y medioambientales pueden modificar la evolución del caso es por ello que el pronóstico es reservado.

## **IX.RECOMENDACIONES**

### **A nivel individual**

- Terapia individual.
- Evitar episodios que ocasione tristezas y penas.
- Asistir regularmente al psicólogo.

### **A nivel familiar**

- Terapia de pareja.
- Mejorar la comunicación en el núcleo familiar.

---

**Milagros Paola Barriga Oviedo**  
**Bachiller**

## **PLAN PSICOTERAPEÚTICO**

### **I.DATOS PERSONALES:**

<b>Nombres y apellidos</b>	: Karina.T.C
<b>Edad</b>	: 31 años.
<b>Sexo</b>	: Femenino
<b>Fecha de nacimiento</b>	: 17 de julio de 1985
<b>Lugar de Nacimiento</b>	: La Joya -Arequipa
<b>Procedencia</b>	: Arequipa
<b>Grado de instrucción</b>	: Superior Incompleto
<b>Estado civil</b>	: Soltera
<b>Ocupación</b>	: Ama de casa
<b>Religión</b>	: Católica
<b>Informantes</b>	: Paciente
<b>Fecha de evaluación</b>	: del 13 de Octubre al 10 de Noviembre del 2015
<b>Lugar de evaluación</b>	: Centro de Salud Sandrita Pérez
<b>Examinado por</b>	: Bachiller Milagros Paola Barriga Oviedo

### **II.DIAGNÓSTICO**

Según la clasificación de las enfermedades CIE10 Karina presenta un episodio depresivo moderado F32.1 por la presencia de pesimismo, escasa motivación de sus actividades diarias, expresando sentimientos de inutilidad, fatiga, manifestando llanto frecuente, pérdida de apetito y peso, indecisión y pérdida de interés hacia su futuro.

### **III.OBJETIVO GENERAL**

Que la paciente sea capaz de afrontar la situación que vive actualmente y brindarle herramientas necesarias para reducir y eliminar el estado de tristeza y depresión así mismo cambiar aquellos pensamientos negativo e ideas pesimistas que tiene acerca de ella misma.

### **IV.DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOTERAPEÚTICO**

#### **SESIÓN N°1**

<b>TÉCNICA</b>	Establecer la relación Terapéutica – Terapia cognitiva de Beck
<b>OBJETIVO</b>	Crear una relación terapéutica para entablar la debida confianza que permita llevar a cabo la intervención de manera adecuada.



<b>DESARROLLO</b>	<p>Al iniciar el tratamiento, nos enfocaremos en el desarrollo de una relación cálida y de confianza con la paciente y de aceptación. Desde la perspectiva cognitiva la empatía promueve la exploración y la creación de significados y facilita el reprocesamiento emocional. Todo ello mediante:</p> <p>Tratar de aprehender los significados del paciente</p> <p>Constatar si la paciente percibe y comprende lo que se le está comunicando.</p> <p>Mantener un ambiente colaborativo, en referencia al lugar en que se desarrolla la terapia.</p>
<b>TIEMPO</b>	45 minutos.
<b>MATERIAL</b>	<p>Hojas bond.</p> <p>Lapiceros.</p>

## SESIÓN N°2

<b>TÉCNICA</b>	Reestructuración Cognitiva (Beck)
<b>OBJETIVO</b>	Sustituir pensamientos irracionales o distorsionados por otros más coherentes y claros.
<b>DESARROLLO</b>	<p>El terapeuta y la paciente juntos identifican las suposiciones y creencias y expectativas, y las formulan de manera de hipótesis, que puedan ponerse mediante razonamiento lógico. En seguida se reorienta aquellas creencias falsas y negativas de la paciente acerca de sí misma, del mundo en que vive y del futuro.</p> <p>Además de ello modificará actitudes y conductas por medio de cambios de conceptos y organizar de nuevo una serie de ideas de acuerdo con la lógica y la realidad.</p>
<b>TIEMPO</b>	45 minutos
<b>MATERIAL</b>	Ficha de anotación  Lapiceros

### SESIÓN 03

<b>TÉCNICA</b>	Tiempo fuera
<b>OBJETIVO</b>	Manejar situaciones de confrontación en que se sienta que no pueda controlar su tensión.
<b>DESARROLLO</b>	El terapeuta, pone a la paciente en una situación la cual le causará demasiada atención o irritabilidad puede apartarse del lugar o usar técnicas de relajación, tratando de analizar qué es lo que la hace sentir tan tensa y evaluando esa respuesta, para luego volver y asumir la situación desde la perspectiva adecuada.
<b>TIEMPO</b>	45 minutos
<b>MATERIAL</b>	Lapiceros

## SESIÓN 04

<b>TÉCNICA</b>	Técnica del diálogo interno:
<b>OBJETIVO</b>	Incrementar y afianzar la estabilidad emocional de la paciente
<b>DESARROLLO</b>	El terapeuta y la paciente detectar las cualidades de la paciente y reforzarlas mediante el entrenamiento de autoafirmación positiva como “yo soy importante”. Tengo cada día más seguridad y confianza en mí”, “yo puedo hacerlo”.
<b>TIEMPO</b>	45 minutos
<b>MATERIAL</b>	Hojas bond Lapiceros

## SESIÓN N°5

<b>TÉCNICA</b>	Técnica del dialogo interno:
<b>OBJETIVO</b>	Técnica cognitiva resolución de problemas.
<b>DESARROLLO</b>	El terapeuta ayuda a la paciente a delimitar cuales son los problemas que le causan angustia, facilitando un método para priorizar los objetivos y concretar los pasos de actuación para reducir la intensidad de la preocupación y aumentar el sentido del control ante las circunstancias negativas y generar una forma más efectiva de enfrentar futuros problemas.
<b>TIEMPO</b>	45 minutos
<b>MATERIAL</b>	Hojas bond Lapiceros

## **V. TIEMPO DE EJECUCIÓN**

La ejecución del plan psicoterapéutico se llevó a cabo sesiones de 45 minutos, de una vez por semana, todo ello dependiendo de la disponibilidad de la paciente y su colaboración. En total se llevó a cabo 5 sesiones las cuales se dieron en el centro de salud Sandrita Pérez –Pedregal.

## **VI. AVANCES PSICOTERAPEÚTICOS**

- Se logró la reducción del estado de tristeza.
- Se alcanzó que la paciente desarrollara confianza en ella misma, disminuyendo su pesimismo, logrando que desarrolle esperanzas en el futuro.
- Puede conciliar el sueño, ha recuperado su apetito y ganas de salir adelante.
- No se realizó psicoterapia de pareja, por la respuesta negativa del esposo de la paciente, es así que la paciente tomó la decisión de separarse e irse de la parcela. Se logró comunicar con sus hermanos los cuales al enterarse de la problemática de la paciente acudieron, refiere sentirse más tranquila y segura, con mucho ánimos de trabajar y sacar adelante a su hija.

---

**Milagros Paola Barriga Oviedo**  
**Bachiller**

## ANAMNESIS

### I. DATOS PERSONALES:

**Nombres y apellidos** : Cancio Z.U.H.

**Edad** : 23 años.

**Sexo** : Masculino.

**Fecha de nacimiento** : 22 /11/1992

**Lugar de Nacimiento** : Callalli, Condesuyos.

**Procedencia** : Callalli.

**Grado de instrucción** : 5to de secundaria.

**Estado civil** : Soltero.

**Ocupación** : Soldado.

**Religión** : Católica.

**Informantes** : Paciente y hermana.

**Fecha de evaluación** : 04, 08 y 11 de septiembre del 2015.

**Lugar de evaluación** : Puesto de Salud “Alto Jesús”.

**Examinado por** : Bachiller Omar Junior Gonzales Chara.

### II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que se encuentra recuperando de unas quemaduras en las manos y en las piernas, producidas con agua caliente mientras se encontraba en el área de cocina del cuartel Salaverry; refiere tener mucho miedo, tensión y nervios cada vez que recuerda el agua caliente “cada vez que veo agua caliente me da mucho miedo, siento que se me va el aire que se me para el corazón, sudo mucho y me pongo muy nervioso”.

### **III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL**

El paciente actualmente tiene 23 años de edad, es el sexto de 8 hermanos, se encuentra realizando su servicio militar para postular a la policía, refiere que un día normal cuando se encontraba en su respectiva unidad en el cuartel, le tocó como labor del día el área de cocina en el cual habían unas ollas muy grandes en las que estaban cocinando el rancho de ese día, es ahí cuando al cargar una de las ollas, el asa de la olla se rompió cayéndose todo el contenido de esta (sopa) al suelo, resbalando él con el líquido caliente y quemándose con este las manos y las piernas

A partir de la fecha, el paciente, cada vez que ve un líquido o agua caliente se pone tenso, nervioso y suda lo cual para él es muy molesto, ya que no puede evitar no tener miedo

El paciente afirma que después del accidente fue conducido inmediatamente a emergencias del Hospital Militar Regional (HMR) siendo hospitalizado para su recuperación de las quemaduras de segundo grado que sufrió en las manos y en las piernas.

### **IV. ANTECEDENTES PERSONALES:**

#### **PRENATAL**

La hermana del paciente refiere que su madre durante el embarazo solía realizar todas sus actividades con normalidad y que incluso acudió a una partera para el nacimiento de sus hermanos mayores y solo en los tres últimos acudió a un centro de salud

**PERIODO DEL DESARROLLO** Refiere haber nacido por un parto natural, sin la intervención de un médico, solamente una partera del lugar. Recibió lactancia



hasta los 13 meses, y alimentos sólidos (papillas) a partir de los 4 meses. Dio sus primeros pasos al año.

## **ETAPA ESCOLAR**

Afirma que asistió a los 3 años de edad al jardín, su adaptación fue buena y que le gustaba tener muchos amigos.

A los 6 años de edad ingreso a la escuela, donde le gustaba hacer vida social, refiere que le gustaba jugar y que era muy travieso. También afirma que era muy inquieto y no tenía miedo a nada ni a nadie.

Para cursar el segundo año de primaria, el padre le hizo una evaluación y vio que no había aprendido mucho, por ende, hizo que el niño se cambiara de escuela y se quedara en primer grado de primaria.

Es allí donde él empezó a estudiar, siendo un alumno bueno, sin dejar de socializar y hacer bromas con sus amigos de su edad.

En la secundaria firma que fue un alumno regular y no tuvo problemas para terminar el colegio.

## **DESARROLLO Y FUNCION SEXUAL**

El desarrollo de su pubertad y adolescencia fue normal, tuvo su primera enamorada a los 13 años de edad y su primera relación sexual a los 19 años, que en lo posterior le ayudo mucho a entablar relaciones tanto de amistad como de pareja con el sexo opuesto.

## **RECREACION Y RELACIONES SOCIALES**

Siempre mantuvo una actitud de extroversión gustándole involucrarse socialmente y participar en actividades realizadas en su escuela, como actividades deportivas entre otros.

Ahora mantiene su tiempo ocupado preparándose en el ejército para en el futuro postular a la policía ya que esto le aumenta puntos en su examen.

## **ACTIVIDAD LABORAL**

Actualmente no labora en ningún centro remunerado, solo estudia y se prepara en el ejército

## **HABITOS E INFLUENCIAS TOXICAS O NOCIVAS**

Nunca ha consumido drogas, pero si ha bebido en reuniones sociales.

## **ANTECEDENTES MORBIDOS PERSONALES**

Menciona que fue un niño fuerte. Desde siempre fue un niño curioso, inquieto y no tenía miedo a entablar conversación con personas coetáneas o adultas. Refiere que fue y es muy sociable y le encantaba hacer chistes y bromas para alegrar a los demás.

## **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Su ambiente familiar fue muy favorable, vivía con ambos padres y con sus 6 hermanas y 1 hermano, con los cuales mantenía una relación agradable; en su familia siempre hubo armonía y las discusiones entre padres eran ocasionales, generalmente por problemas económicos.

## **V. RESUMEN**

El paciente es un joven de 23 años, quien actualmente se encuentra recuperando de unas quemaduras en las manos y en las piernas, producidas mientras se encontraba en el área de cocina del cuartel Salaverry, manifiesta tener dificultades para controlar sus emociones frente a eventos específicos como estar frente a líquidos calientes. Estas situaciones estresantes le provocan gran malestar al no poder llevar una vida tranquila. El desarrollo durante su niñez fue normal, solo, en un tiempo de su vida se sintió perturbado por pesadillas, incluso llegó a sentir que alguien lo observaba constantemente.

Desde muy pequeño fue muy inquieto, curioso y sociable, entablaba con facilidad conversaciones con personas coetáneas y mayores.

Su vida familiar estuvo llena de armonía, siempre mantuvo buenas relaciones con sus hermanos y padres.

.....  
**Omar Junior Gonzales Chara**  
**Bachiller**

## **EXAMEN MENTAL**

### **I. DATOS DE FILIACION**

**Nombres y apellidos** : Cancio Z.U.H.  
**Edad** : 23 años.  
**Sexo** : Masculino.  
**Fecha de nacimiento** : 22 /11/1992  
**Lugar de Nacimiento** : Callalli, Condesuyos.  
**Procedencia** : Callalli.  
**Grado de instrucción** : 5to de secundaria.  
**Estado civil** : Soltero.  
**Ocupación** : Soldado.  
**Religión** : Católica.  
**Informantes** : Paciente y hermana.  
**Fecha de evaluación** : 15 y 18 de septiembre del 2015.  
**Lugar de evaluación** : Puesto de Salud “Alto Jesús”.  
**Examinado por** : Bachiller Omar Junior Gonzales Chara

### **II. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO**

El paciente aparenta la edad que tiene, siempre esta vestido adecuadamente, y refleja una expresión facial de preocupación cuando relata los hechos de su vida, con un tono de tristeza. El tono de voz es un tanto débil y tímido. Su postura es erguida y su caminar un tanto apresurado.

Siente angustia al momento de hablar de su principal queja, y muestra gran necesidad de ser tratado para superar esa tensión, tratando de colaborar en todo sentido. Se muestra muy amable en la conversación, accesible y colaborador.

### **III. ATENCION, CONCIENCIA Y ORIENTACION**

El paciente está en un estado de alerta, pero según relata a veces suele bloquearse y suele perder el objetivo de su conducta para tiempo después recuperar la conciencia del objetivo final.

Presenta orientación espacial, autopsíquica, alopsíquica, situacional, mientras que en su orientación temporal solo fracaso al indicar la fecha actual precisando una aproximación de la misma, refiere su nombre, estado civil, edad y reconoce a sus familiares.

Se resalta que cuando ocurren las crisis frente a los estímulos que le causan temor suele haber desorientación del paciente y exaltación del ánimo.

### **IV. CURSO DEL LENGUAJE**

El paciente utiliza un lenguaje comprensivo, con una velocidad normal y tono un poco disminuido. No presenta fuga de ideas, distorsiones u otras anormalidades.

### **V. PENSAMIENTO**

La construcción de sus pensamientos es elaborada, y al mismo tiempo también suele ocurrirle bloqueos en el curso del pensamiento, en especial cuando sufre las crisis emocionales.

### **VI. PERCEPCION**

Su percepción aunque algo disminuida por el estado ansioso por el que atraviesa se encuentra conservada, tanto táctil, olfativa, gustativa, visual y auditiva, no presentando ilusiones ni alucinaciones.

### **VII. MEMORIA**

Recuerda hechos trascendentales de su historia personal, familiares, fechas, edades y escolaridad. En general conserva la memoria remota y reciente.

## **VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL**

En cuanto al funcionamiento intelectual su capacidad intelectual es ligeramente inferior al término medio, debido a la deficiencia con que realiza los procesos mentales, su percepción esta disminuida, tiene ideas de desvaloración ante su persona y falta de confianza en sí mismo.

## **IX. ESTADO DE ANIMO Y AFECTOS:**

El paciente se mostraba angustiado al mencionar su problema y al recordar parte de su biografía expresaba tristeza pero no llegaba al llanto. Además de ello manifestaba que actualmente se sentía preocupado. Pese a todo ello siempre trató de mantenerse alegre y bromista, como se mencionó antes, para robarse una sonrisa de los que lo rodean.

## **X. COMPRENSION Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA.**

El paciente tiene consciencia de la enfermedad y se muestra dispuesto a recibir consejos y accesible a tratamientos.

El problema que presenta el paciente ha provocado que tome algunas medidas como estar siempre alerta y mirar a todos los lados.

Manifiesta que no puede enfrentar la situación y simplemente la evita.

Estos sucesos influyen en sus actividades normales, y en su necesidad de postular a la policía.

## **XI. RESUMEN**

Paciente que aparenta su edad, con vestimenta adecuada, aseo personal correcto, postura erguida y siempre en estado de alerta. Su pensamiento está afectado.

Percibe ciertos eventos como amenazantes cuando no tiene tal grado,

provocándole comportamientos de evitación e inestabilidad emocional. Mantiene su memoria remota y reciente. Se muestra muy amable y asequible y es consciente de su problema y de las consecuencias que provoca. Suele tener preocupaciones personales sobre todo sobre su preparación para postular a la policía.

.....  
**Omar Junior Gonzales Chara**  
**Bachiller**

## INFORME PSICOMÉTRICO

### I. DATOS PERSONALES:

**Nombres y apellidos** : Cancio Z.U.H.

**Edad** : 23 años.

**Sexo** : Masculino.

**Fecha de nacimiento** : 22 /11/1992

**Lugar de Nacimiento** : Callalli, Condesuyos.

**Procedencia** : Callalli.

**Grado de instrucción** : 5to de secundaria.

**Estado civil** : Soltero.

**Ocupación** : Soldado.

**Religión** : Católica.

**Informantes** : Paciente y hermana.

**Fecha de evaluación** : 22, 25 y 29 de septiembre del 2015.

**Lugar de evaluación** : Puesto de Salud “Alto Jesus”.

**Examinado por** : Bachiller Omar Junior Gonzales Chara.

### II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que se encuentra recuperando de unas quemaduras en las manos y en las piernas, producidas con agua caliente mientras se encontraba en el área de cocina del cuartel Salaverry, refiere tener mucho miedo, tensión y nervios cada vez que recuerda el agua caliente “cada vez que veo agua caliente me da mucho miedo, siento que se me va el aire que se me para el corazón, sudo mucho y me pongo muy nervioso”.



### III. TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicológicas:
  - ✓ Test de matrices progresivas de Raven. Escala General.
  - ✓ Inventario de Personalidad de Eynseck. Forma B.
  - ✓ Test proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover.
  - ✓ Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung.

### IV. OBSERVACION DE LA CONDUCTA

Paciente que aparenta su edad, con vestimenta adecuada, aseo personal correcto, postura erguida y siempre en estado de alerta, se nota en el mucha tensión, algo inseguro e inquieto, no pudiendo dejar de mover las piernas, y con las manos y rostro sudorosos, se mostró colaborador y accesible a la aplicación de las pruebas psicológicas. Realizó preguntas sobre ciertos ítems que no comprendía. Solía comentar ciertas experiencias tratando de relacionar con algunos ítems del cuestionario, y asegurándose de que se tratara de lo que se describe.

### V. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

#### TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN ESCALA GENERAL

##### a) Resultados cuantitativos

▪ Series	:	A	B	C	D	E
▪ Parciales	:	11	9	5	3	0
Total = 28						
▪ Composición de P.	:	10	7	6	4	1
▪ Total	=	consistente				

- Edad Cronológica : 23 años
- Puntaje : 28 puntos.
- Rango : IV-

**b) Resultados Cualitativos**

De acuerdo a los resultados obtenidos en la prueba, su capacidad intelectual es probablemente inferior al término medio, posee escasa capacidad para aplicar el razonamiento en la solución de nuevas situaciones problemáticas

**INVENTARIO DE LA PERSONALIDAD DE EYNSECK FORMA B**

**a) Resultados Cuantitativos**

L = 3

N = 21

E = 5

**b) Resultados Cualitativos**

El paciente presenta como rasgos de personalidad, una alterada y alta introversión que lo tipifican como una persona de temperamento melancólico, que con facilidad se ofende. Con tendencias a sentir profundamente incluso los acontecimientos insignificantes, que al exterior reacciona con mucha debilidad, caracterizado por ser ansioso, inquieto y malhumorado, probablemente tiene problemas de sueño y sufre varios desordenes psicosomáticos, confiado y pesimista y otorga gran valor a las normas éticas.

**ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD DE ZUNG**

**a) Resultados Cuantitativos**

Total = 58

Índice de EAA = 73

### **b) Resultados Cualitativos**

Presencia de ansiedad marcada o severa, se muestra nervioso, presentando trastornos de sueño, y frente a situaciones adversas suele tornarse inseguro e inquieto

#### **TEST PROYECTIVO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER:**

Persona que presenta rasgos de introversión y tensión, con tendencia al aislamiento del entorno social, falta de confianza en sí mismo y propensiones a la agresividad y al infantilismo.

### **VI. RESUMEN**

Paciente que presenta un tipo de personalidad melancólica, altamente inestable e introvertida, su capacidad intelectual es inferior al término medio, posee poca capacidad de razonamiento y solución de problemas, el paciente tiene recurrentes manifestaciones de ansiedad, el pesimismo es una característica importante de su personalidad y posee un nivel marcado de ansiedad generando alteraciones en su apetito, el sueño, tiene baja autoestima y sentimientos de culpa e inseguridad.

.....  
**Omar Junior Gonzales Chara**  
**Bachiller**

## INFORME PSICOLÓGICO

### I. DATOS PERSONALES:

**Nombres y apellidos** : Cancio Z.U.H.  
**Edad** : 23 años.  
**Sexo** : Masculino.  
**Fecha de nacimiento** : 22 /11/1992  
**Lugar de Nacimiento** : Callalli, Condesuyos.  
**Procedencia** : Callalli.  
**Grado de instrucción** : 5to de secundaria.  
**Estado civil** : Soltero.  
**Ocupación** : Soldado.  
**Religión** : Católica.  
**Informantes** : Paciente y hermana.  
**Fecha de evaluación** : Del 04 al 29 de septiembre del 2015.  
**Lugar de evaluación** : Puesto de Salud “Alto Jesús”.  
**Examinado por** : Bachiller Omar Junior Gonzales Chara

### II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que se encuentra recuperando de unas quemaduras en las manos y en las piernas, producidas con agua caliente mientras se encontraba en el área de cocina del cuartel Salaverry, refiere tener mucho miedo, tensión y nervios cada vez que recuerda el agua caliente “cada vez que veo agua caliente me da mucho miedo, siento que se me va el aire que se me para el corazón, sudo mucho y me pongo muy nervioso”.

### **III. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

La hermana refiere que su madre llevó un embarazo normal sin ninguna complicación, sin embargo refiere que el niño no fue planificado pero si aceptado por ambos padres. Este embarazo le generó preocupación puesto que fue su sexto embarazo, y que su esposo no tenía un trabajo estable.

La madre dio a luz a las 40 semanas, el parto fue natural solo presentó problemas al pujar y pérdida de la fuerza.

El niño nació con 4000 gramos y 52 cm., lloró al nacer y el contacto con su madre fue inmediato, por ende el niño nació en condiciones normales.

El desarrollo del niño se llevó a cabo con normalidad sin complicación alguna. El irguió la cabeza al primer mes aproximadamente, se sentó a los 6 meses, gateo entre los 6 y 7 meses, al año caminó, la hermana refiere que se caía al suelo de la cama golpeándose la cabeza, lo cual no le causó ninguna consecuencia en su desarrollo; balbuceó a los tres meses y dijo sus primeras palabras a los 6 meses y para designar algo a los 7 meses.

El niño recibió alimentación materna hasta casi 13 meses, a partir del cuarto mes ya recibió alimentos sólidos como papillas, sopas y caldos; la hermana informa que su madre destetó a su hijo dejándolo al cuidado de la abuela por dos semanas, además usó biberón desde los 8 meses como parte de la preparación para el destete. Le salió su primera dentición a los 8 meses.

El niño no presentó problemas en la formación de sus hábitos higiénicos esto debido a la enseñanza que recibió por parte de su madre, controló su esfínter vesical al año y medio de día y de noche a año y 7 meses, controló su esfínter anal a los dos años (día) y de noche a los dos años y tres meses.

El niño a sus 3 años, asiste a un jardín, su adaptación fue normal, la hermana refiere que lo que más agradaba a su hermano era ir al jardín y hacer vida social.

En la primaria y secundaria su rendimiento fue regular y no tuvo complicaciones para culminar su etapa escolar.

El paciente es un joven de 23 años, quien actualmente tiene dificultades para controlar sus emociones frente a eventos específicos, como estar frente a líquidos calientes. Estas situaciones estresantes le provocan gran malestar al no poder llevar una vida tranquila.

El desarrollo durante su niñez fue normal, solo en un tiempo de su vida se sintió perturbado por pesadillas incluso llegó a sentir que alguien lo observaba constantemente. Desde muy pequeño fue muy inquieto, curioso y sociable, entablaba con facilidad conversaciones con personas coetáneas y mayores.

Su vida familiar estuvo llena de armonía, siempre mantuvo buenas relaciones con sus hermanos y padres.

#### **IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicológicas:
  - ✓ Test de matrices progresivas de Raven. Escala General.
  - ✓ Inventario de Personalidad de Eynseck. Forma B.
  - ✓ Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung.
  - ✓ Test proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover.

## **V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES.**

Paciente que aparenta su edad, con vestimenta adecuada, aseo personal correcto, postura erguida y siempre en estado de alerta. Su pensamiento está afectado. Percibe ciertos eventos como amenazantes cuando no tiene tal grado, provocándole comportamientos de evitación e inestabilidad emocional. Mantiene su memoria remota y reciente. Se muestra muy amable y asequible y es consciente de su problema y de las consecuencias que provoca. Suele tener preocupaciones personales sobre todo sobre su preparación para postular a la policía.

## **VI. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS**

Paciente que aparenta su edad, con vestimenta adecuada, aseo personal correcto, postura erguida y siempre en estado de alerta. Su pensamiento está afectado. Se muestra muy amable y asequible y es consciente de su problema y de las consecuencias que provoca. Suele tener preocupaciones personales sobre todo sobre su preparación para postular a la policía. Presenta un tipo de personalidad melancólica, altamente inestable e introvertida, su capacidad intelectual es inferior al término medio, posee poca capacidad de razonamiento y solución de problemas, el paciente tiene recurrentes manifestaciones de ansiedad, el pesimismo es una característica importante de su personalidad y posee un nivel marcado de ansiedad generando alteraciones en su apetito, el sueño, tiene baja autoestima y sentimientos de culpa e inseguridad.

Algo que podría caracterizarlo es el perfeccionismo, el orden la responsabilidad, autocrítica y preocupación por los problemas que no tienen mucha significancia. Algunas veces manifiesta ansiedad, indecisión y tensión. Por otro lado puede presentar características de extroversión en situaciones sociales generando confianza y seguridad en sí mismo.

## **VII. DIAGNOSTICO**

De acuerdo al **CIE – 10**, se concluye que el paciente presenta un Episodio de Ansiedad Fóbica F40.2 caracterizado por un miedo excesivo al “agua caliente”, así también muestra presencia de ansiedad marcada o severa, se muestra nervioso, presentando trastornos de sueño y falta de apetito.

## **VIII. PRONOSTICO**

El paciente se encuentra colaborador y consciente de su problema, con ganas de superarlo y recibir la ayuda necesaria, constituyen factores importantes para la superación del problema los ambientales y familiares que pueden o no ayudar a la evolución de problema por lo que el pronóstico es:

- Reservado.

## **IX. RECOMENDACIONES**

### **En el ámbito individual:**

- Evitar tensiones o preocupaciones exageradas antes de dormir.
- Realizar ejercicios de relajación y respiración cada vez que se encuentre frente a estímulos que le ocasionen tensión y nervios.
- Establecer alguna actividad lúdica o agradable en lugar de tener pensamientos negativos.
- Proponerse metas y tratar de cumplirlas.
- Participar en actividades de recreación.
- Terapia individual.



**En el ámbito familiar:**

- Informar sobre sus preocupaciones y/o molestias a familiares cercanos o buscar ayuda profesional.

**En el ámbito social:**

- Involucrarse con mayor frecuencia en situaciones sociales y eventos culturales.
- Realizar actividades ocupacionales de su agrado y establecer objetivos.

.....  
**Omar Junior Gonzales Chara**  
**Bachiller**

## **PLAN PSICOTERAPEUTICO**

### **I. DATOS DE FILIACION**

**Nombres y apellidos** : C.Z.U.H.

**Edad** : 23 años.

**Sexo** : Masculino.

**Fecha de nacimiento** : 22 /11/1992

**Lugar de Nacimiento** : Callalli, Condesuyos.

**Procedencia** : Callalli.

**Grado de instrucción** : 5to de secundaria.

**Estado civil** : Soltero.

**Ocupación** : Soldado.

**Religión** : Católica.

**Informantes** : Paciente y hermana.

**Fecha de evaluación** : Del 02 de octubre al 20 de noviembre del 2015.

**Lugar de evaluación** : Puesto de Salud “alto Jesús”.

**Examinado por** : Bachiller Omar Junior Gonzales Chara

### **II. DIAGNOSTICO**

De acuerdo al **CIE – 10**, se concluye que el paciente presenta un Episodio de Ansiedad Fóbica F40.2 caracterizado por un miedo excesivo al “agua caliente”, así también muestra presencia de ansiedad marcada o severa, se muestra nervioso, presentando trastornos de sueño y falta de apetito.

### III. OBJETIVO GENERAL

Disminuir los niveles de ansiedad y sentimientos de angustia que experimenta el paciente frente a ciertos estímulos que le causan malestar, a través de un conjunto de técnicas terapéuticas para generar la autoconfianza y el manejo de las emociones para finalmente elaborar un plan de afrontamiento.

### IV. DESCRIPCION DEL PLAN PSICOTERAPEUTICO

<b>Nº DE SESIONES</b>	<b>TECNICA PSICOTERAPEUTIC A</b>	<b>OBJETIVO</b>
<b>SESION Nº1</b>	Aumento de la conciencia y auto aceptación.	Lograr un contacto ameno entre el terapeuta y el paciente, de esa forma obtener de información sobre las situaciones que le provocan la ansiedad e identificación de los diferentes tipos de sentimientos.
<b>SESION Nº2</b>	Técnicas de relajación: Entrenamiento en relajación progresiva y en el control de la respiración.	Alcanzar un estado de hipoactivación que contrarreste y ayude a controlar la ansiedad.
<b>SESION Nº 3</b>	Relajación controlada por señales.	Combatir la ansiedad en los ambientes de la vida real.

<b>SESION N° 4</b>	Reestructuración cognitiva	Sustituir pensamientos irracionales o distorsionados por otros más coherentes
<b>SESION N° 5</b>	Técnica Conductual de autocontrol mediante la autoobservación y control de estímulos.	Enseñar al paciente los principios que rigen la conducta no deseada
<b>SESION N°6</b>	Técnica Cognitiva: Autoinstrucciones	Detectar las auto verbalizaciones negativas (“no podre”) y cambiarlas por auto instrucciones positivas (“seré capaz”) e impedir las respuestas evitativas a la ansiedad anticipatoria
<b>SESION N° 7</b>	Distracción Cognitiva y detección del pensamiento.	Centrar la atención en estímulos neutros no amenazantes.

**V. TECNICA TERAPEUTICA A UTILIZAR**  
**SESION N° 1**

<b>TECNICA</b>	<b>AUMENTO DE LA CONCIENCIA Y AUTOACEPTACION.</b>
<b>OBJETIVO</b>	Lograr un contacto ameno entre el terapeuta y el paciente, de esa forma obtener de información sobre las situaciones que le provocan la ansiedad e identificación de los diferentes tipos de sentimientos.
<b>DESARROLLO</b>	<p>Se iniciara el proceso terapéutico a través de un <i><b>Rapport</b></i> con el paciente para establecer un clima agradable y de confianza.</p> <p>Seguidamente se realizara un análisis funcional de la conducta problemática donde se describirá y caracterizará la conducta aflorando al mismo tiempo los tipos de sensaciones que siente al momento de experimentar la ansiedad.</p> <p>Además se identificarán las situaciones específicas y se analizaran los motivos de las fobias. Y finalmente resaltaremos las cualidades positivas del paciente a través de una lista que el mismo escribirá para generar una autoaceptación.</p>
<b>TIEMPO</b>	45 minutos

<p><b>MATERIALES</b></p>	<p>Ficha de observación</p> <p>Hojas bond</p> <p>Lápiz</p> <p>Borrador</p>
--------------------------	--

## SESION N° 2

<b>TECNICA</b>	<b>ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA Y EN EL CONTROL DE LA RESPIRACIÓN.</b>
<b>OBJETIVO</b>	Alcanzar un estado de hipo activación que contrarreste y ayude a controlar la ansiedad.
<b>DESARROLLO</b>	<p>Utilizaremos las técnicas de relajación más común (Bernstein y Borkovec 1973). Se enseña al paciente a que se relaje física y mentalmente mediante una serie de ejercicios en los cuales tensa durante unos segundos los músculos de las extremidades y luego se deja que descansen mientras el paciente se centra en la sensación de relajación.</p> <p>En seguida complementaremos este ejercicio con formas de respiración para evitar las sensaciones ansiógenas o la hiperventilación.</p>
<b>TIEMPO</b>	45 minutos
<b>MATERIALES</b>	Mobiliario adecuado

### SESION N° 3

<b>TEMA:</b>	<b>RELAJACIÓN CONTROLADA POR SEÑALES.</b>
<b>N° SESIONES</b>	2 sesiones.
<b>DURACION</b>	20 minutos.
<b>OBJETIVOS</b>	Combatir la ansiedad en los ambientes de la vida real.
<b>MATERIALES</b>	Una silla cómoda.
<b>DESARROLLO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Indicar que el paciente se siente cómodamente sobre una silla, apoyando la espalda completamente sobre el respaldo.</li><li>• Indicar que recorra cada parte de su cuerpo, contrayéndolo progresivamente los músculos y relajándolos.</li><li>• Al inicio, lograr que tome aire profundamente por la nariz y expulsar por la boca, despacio. Repetir esta respiración cuatro o cinco veces hasta que ésta se haga más profunda.</li><li>• Después se le instruye al paciente para que localice con un volumen imperceptible (para sí mismo) una</li></ul>



	<p>palabra que le sirva de señal “tranquilízate” cada vez que exhale la respiración.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeuta y paciente pronunciar la palabra que sirve de señal durante varios ensayos y luego el paciente lo continua solo durante varias sesiones más.</li> <li>• Después que el paciente haya practicado durante unas semanas se le presenta un estímulo imaginario que tema, en este caso “agua caliente”, luego se le pide que inhale profundamente y vocalice para sí mismo la palabra que sirva de señal al exhalar.</li> <li>• Después alentar al paciente para que utilice la señal para tolerar su ansiedad desadaptativa, en los encuentro de la vida real con el estímulo al que teme.</li> </ul>
--	---

#### SESION N° 4

<b>TECNICA</b>	<b>RESTRUCTURACIÓN Y REORGANIZACIÓN COGNITIVA</b>
<b>OBJETIVO</b>	Sustituir pensamientos irracionales y/o negativos o distorsionados por otros más coherentes o positivas.
<b>DESARROLLO</b>	<p>El terapeuta y el paciente, juntos identifican las suposiciones, creencias y expectativas y formulan la manera de verlas como hipótesis que pueden ponerse a prueba.</p> <p>En seguida reorientar aquellas creencias falsas y negativas del paciente acerca de si mismo, del mundo en que vive y el futuro.</p> <p>Además de ello se modificaran actitudes y conductas por medio de cambios de conceptos y organizar de nuevo una serie de ideas de acuerdo con la lógica y la realidad.</p>
<b>TIEMPO</b>	45 minutos
<b>MATERIALES</b>	Guía clínica para el manejo de trastornos de ansiedad. Ficha de observación

## SESION N° 5

<b>TECNICA</b>	<b>TÉCNICA CONDUCTUAL DE AUTOCONTROL MEDIANTE LA AUTOOBSERVACION Y CONTROL DE ESTÍMULOS.</b>
<b>OBJETIVO</b>	Enseñar al paciente los principios que rigen la conducta no deseada.
<b>DESARROLLO</b>	Iniciamos con una técnica de relajación breve para continuar con identificar aquellas conductas que se presentan durante la situación de tensión, describirlos para finalmente expresar lo que siente al narrar esas conductas.
<b>TIEMPO</b>	45 minutos
<b>MATERIALES</b>	Mobiliario. Hoja bond. Lápiz

## SESION N° 6

<b>TECNICA</b>	<b>TÉCNICA COGNITIVA: AUTOINSTRUCCIONES</b>
<b>OBJETIVO</b>	Detectar las autoverbalizaciones negativas y cambiarlas por auto instrucciones positivas.
<b>DESARROLLO</b>	Detectar en el paciente afirmaciones como “no puedo”, “es difícil”, “no lo lograre” y cambiarlas por autoinstrucciones positivas como “seré capaz”, “si puedo” para impedir las respuestas evitativas a la ansiedad anticipatoria.
<b>TIEMPO</b>	45 minutos
<b>MATERIALES</b>	Ninguno

## SESION N° 7

<b>TECNICA</b>	<b>TÉCNICA COGNITIVA: RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS</b>
<b>OBJETIVO</b>	Ayudar a resolver situaciones vitales estresantes de manera más adecuada.
<b>DESARROLLO</b>	<p>Iniciamos ayudando a delimitar los problemas, facilitando un método para priorizar los objetivos y concretar los pasos de actuación para conseguir reducir la intensidad de la preocupación y aumentar el sentido del control ante circunstancias negativas y fomentar la iniciativa para generar una forma más efectiva de enfrentarse a futuros problemas.</p> <p>Aquí cabe resaltar que debemos motivar al paciente a realizar una lista de preguntas y que el mismo proponga soluciones a tales como parte de su acción participativa.</p>
<b>TIEMPO</b>	45 minutos
<b>MATERIALES</b>	Hojas bond Lápiz

## **VI. TIEMPO DE EJECUCION**

El proceso terapéutico tuvo una duración aproximada de dos meses, llevándose a cabo una sesión por semana.

## **VII. RESULTADOS DEL PROCESO TERAPEUTICO**

- a) Se logró la reducción del estado ansioso, así como los signos de ansiedad
- b) Se logró que el paciente desarrollara cierta confianza en sí mismo, disminuyendo significativamente su pesimismo, logrando que desarrolle esperanzas para su futuro.
- c) Se alcanzó que el paciente perciba mejor sus virtudes a diferencia de sus defectos y que se valore.
- d) Se eliminaron las preocupaciones anticipadas y especulativas del paciente, respecto a los estímulos que las causen.

.....  
**Omar Junior Gonzales Chara**  
**Bachiller**