



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

“Agresividad y Depresión en adolescentes del distrito de Trujillo”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTOR:

Br. Cinthia Ximena Toribio Bejarano

ASESORES:

Mg. Henry Santa Cruz Espinoza.

Dr. José Rodríguez Julca.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

Trujillo – Perú

2019



**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE
TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL
UCV**

Código : F08-PP-PR-02.02
Versión : 10
Fecha : 10-06-2019
Página : 1 de 1

Yo Cynthia Ximena Tacilio Bujano, identificado con DNI N° 70388454, egresado de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo, autorizo () , No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "Agresividad y Depresión en adolescentes del distrito de Zanjillo"; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

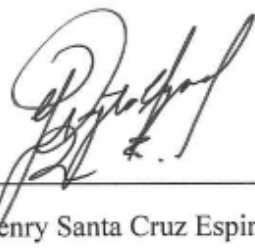
.....

Cynthia X.T.B
FIRMA

DNI: 70388454

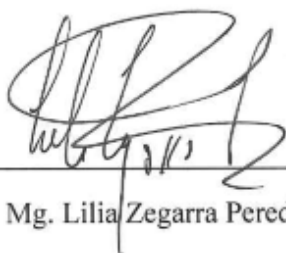
FECHA: 19 de Agosto del 2019.

PÁGINA DEL JURADO



Mg. Henry Santa Cruz Espinoza

Presidente



Mg. Lilia Zegarra Pereda

Secretaria



Mg. Tomás Caycho Rodríguez

Vocal

Dedicatoria

A Dios por brindarme muchas bendiciones y darme la oportunidad de acompañarme en esta etapa de culminar mis estudios universitarios.

A mi familia por brindarme sus consejos, contar con su apoyo en todo momento, darme la motivación necesaria para seguir adelante y poder cumplir mis sueños.

Br. Cinthia Ximena Toribio Bejarano

Agradecimiento

A mis docentes que me acompañaron en este proceso por brindarme sus conocimientos y orientaciones mediante sus consejos sobre mi formación profesional.

A mis tíos por estar acompañándome en este camino orientándome en este proceso hacer perseverante y enfrentar las adversidades que pase a lo largo de mi vida.

A mis primas por alegrarme así mismo sacar una sonrisa con sus bromas y tener un buen sentido del humor para animarme y transmitir su energía positiva en mí.

Finalmente, a mis abuelos por estar en cada instante de mi vida acompañándome durante mi crianza, el ser mi motivo de inspiración y lucha de que si te propones objetivos puedes llegar a cumplirlos.

Br. Cinthia Ximena Toribio Bejarano

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo Cinthia Ximena Toribio Bejarano con D.N.I. N° 70388454 a disposición de cumplir con las disposiciones consideradas en el reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo, Facultad de Humanidades Escuela de Psicología.

Declaro bajo juramento que toda la documentación y datos que se muestran en la investigación son veras y autentica.

Asimismo, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la universidad cesar vallejo.

Trujillo, Agosto del 2019

Br. Cinthia Ximena Toribio Bejarano

DNI: 70388454

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado ante ustedes muestro la tesis titulada “Agresividad y Depresión en adolescentes del distrito de Trujillo”. Con la finalidad de Explicar la relación entre agresividad y depresión en adolescentes del distrito de Trujillo, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, para obtener el Título Profesional de Licenciado en Psicología.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación

Br. Cinthia Ximena Toribio Bejarano

ÍNDICE DE CONTENIDO

Página del jurado	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Declaratoria de autenticidad.....	vi
Presentación	vii
Resumen	x
Abstract	xi
I. INTRODUCCIÓN	12
1.1. Realidad Problemática.....	12
1.2. Trabajos previos	14
1.3. Teorías relacionadas al tema	16
1.4. Formulación del problema	27
1.5. Justificación del estudio	27
1.6. Objetivos	29
II. MÉTODO	30
2.1. Diseño de investigación	30
2.2. Operacionalización de la Variable	31
2.3. Población y muestra	33
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	34
2.5. Método de análisis de datos	36
2.6. Aspectos éticos.....	36
III. RESULTADOS	38
IV. DISCUSIÓN	41
V. CONCLUSIONES	45
VI. RECOMENDACIONES	46
VII. REFERENCIAS	47
ANEXOS.....	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de la agresividad.....	31
Tabla 2. Operacionalización de la Depresión.....	32
Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la variable agresividad.....	38
Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la variable depresión.	39
Tabla 5. Relación entre los factores de agresividad y los factores de depresión.....	40
Tabla 6. Índices de homogeneidad y consistencia interna de agresividad.	53
Tabla 7. Índices de homogeneidad y consistencia interna de depresión.	54

RESUMEN

La investigación de diseño correlacional simple tuvo como objetivo explicar la relación entre agresividad y depresión en una muestra de adolescentes, de ambos géneros, entre los 13 a 18 años de edad, que cursaban el nivel de educación secundaria regular, del segundo al quinto grados, en 2 instituciones educativas estatales del distrito de Trujillo; los resultados obtenidos indican una relación directa de efecto mediano estadísticamente significativa, asimismo la agresividad física, verbal e ira reporta una relación pequeña con la depresión cognitivo–afectivo, mientras que hostilidad alcanza una relación mediana, por otro lado la agresividad física y verbal alcanzan una relación pequeña con somático-motivacional de la depresión, entre tanto la ira y hostilidad alcanzan una relación mediana estadísticamente significativa.

Palabras clave: Agresividad, depresión, adolescencia.

ABSTRACT

The design investigation correlational simple took as a target to explain the relation between aggressiveness and depression in a sample of adolescents, of both genres, between the 13 to 18 years of age, which were studying the level of regular secondary education, of the second one to fifthly grades, in 2 state educational institutions of the district of Trujillo; the obtained results indicate a direct relation of medium-sized effect as per statistics significant, also the physical, verbal aggressiveness and anger brings a small relation cognitive - affective with the depression, while hostility reaches a medium-sized relation, on the other hand the physical and verbal aggressiveness they reach a small relation with somatic - motivacional of the depression, meanwhile the anger and hostility reach a medium-sized relation as per statistics significant.

Key words: Aggressiveness, depression, adolescence.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

La adolescencia es el periodo de vulnerabilidad por los cambios biopsicosociales que enfrenta el ser humano, durante el proceso de adaptación educativa, social, cultural e individual (Papalia, Duskin y Martorell, 2012), en tal sentido, según Alonso (2012) es frecuente el uso de mecanismos conductuales, cognitivos o afectivos, tanto funcionales como disfuncionales, que tiene como finalidad favorecer a la adaptación del adolescente a su entorno próximo, entre las manifestaciones más frecuentes Moreno (2015) refieren que la manifestación conductual más frecuente en la etapa de la adolescencia corresponde a la agresividad, definida por Buss y Perry (1989) como una respuesta provocada o indeliberada que tiene como propósito generar un daño, asimismo, entre las respuestas más usuales a nivel afectivo Arrieta, Díaz y González (2013) señalan a la depresión como un cuadro psicoafectivo que caracteriza tristeza, desanimo, agobio pérdida del sentido de vida y en ocasiones hostilidad, a raíz de un conjunto de distorsiones cognitivas que se presentan en una serie de pensamientos automáticos.

A nivel internacional la Organización Mundial de la Salud (OMS, 30 de septiembre, 2016) manifiesta que la agresividad, como una particularidad de la violencia, ocasiona el 43% de homicidios anuales en todo el mundo entre los adolescentes y adultos jóvenes de 10 a 29 años de edad, que corresponde en la cuarta de muertes en dicho grupo poblacional, con repercusiones sociales, físicas y psicológicas.

Asimismo, a nivel nacional El Ministerio de Educación (MINEDU, 30 de septiembre 2018) señala que desde el 2013 hasta la actualidad se registran un total de 22126 casos de violencia en entornos escolares, en población de niños y adolescentes, donde el 55% de los casos se presenta en el nivel de secundaria, con una mayor frecuencia en hombres a razón del 52% de los casos mientras que en mujeres es el 48%, en cuanto a los tipos de agresividad, la física es la más frecuente con 12116 casos, seguida por la verbal con 9897 reportes, y en tercer lugar la psicológica con 8419, por otro lado a nivel Regional La Libertad se sitúa en el cuarto lugar en cuanto a estas manifestaciones, con un total de 912 casos registrados.

Mientras que a nivel local el Ministerio de Justicia y derechos humanos (2017) manifiestan que la ciudad de Trujillo, se encuentra en el segundo lugar del país, con respecto sobre la continuidad sobre los actos ilícitos determinados en la agresión, el 13.4% de los casos en su totalidad, es por ello que se corrobora con la presencia del segundo centro de restauración juvenil en un aumento a la población a nivel nacional, asimismo Avila (03 de marzo, 2018) muestra que Trujillo se sitúa en cuarto lugar sobre la mayor suma en menores infractores; lo cual evidencia que la agresividad es un mecanismo frecuente que utilizan los adolescentes para una aparente adaptación a su entorno, sin embargo genera un deterioro en la capacidad de afrontamiento funcional, que conlleva a problemas psicológicos como la depresión, ansiedad, estrés, entre otros (Toralba, 2013).

De esta manera, según la Organización Mundial de la Salud (05 de febrero, 2015) la depresión es un factor de riesgo en poblaciones de adolescentes, es la tercera causa de muerte cuyas edades son de los 15 a 19 años, asimismo las variables, como la pobreza y la violencia aumentan este riesgo, que tiene implicancia en la salud mental, por otro lado la mitad de los trastornos mentales que se pueda padecer en la vida adulta tiene un inicio en la adolescencia, que representan la sexta parte de la población.

Asimismo, Sulca (2016, junio 14) menciona que en el Perú la depresión es la causante del 60% al 80% de los suicidios, de cada 100 adolescentes, entre los 11 a 18 años de edad, 10 sufren un episodio depresivo, de tal manera es el trastorno mental más común, asimismo Sausa (2018, Febrero 03) de menciona que el 70% de las atenciones en salud mental lo ocupan la población menor a los 18 años de edad, con una alta incidencia por cuadros depresivos.

Además, Trujillo Informa (2014, Julio 17) público que 5 de cada 100 adolescentes, entre las edades de 12 a 19 años de sufre un cuadro depresivo, que tiene como principales detonantes según la violencia escolar, entendida como las manifestaciones de agresividad (El Comercio, 20 de febrero, 2015), ante esta realidad Costa (2017, marzo 09) menciona la necesidad de contar con centros de salud mental para la región La Libertad, principalmente en Trujillo, El Porvenir y La Esperanza, que permita una promoción, prevención e intervención oportuna ante los problemas psicoemocionales como la depresión.

En tal sentido se distingue la relación entre la agresividad con la depresión, así lo reafirma el Instituto Nacional de salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (07 de abril, 2017) al manifestar que la agresividad es una conducta que puede estar enmascarando la depresión, asimismo su vivencia, como víctima, también es una consecuencia probable, que lo padece en promedio 7 de cada 10 adolescentes, con una mayor incidencia en mujeres.

Por lo antes mencionado es relevante la realización del estudio “Agresividad y Depresión en adolescentes del distrito de Trujillo” que permita contar con información fehaciente dentro de una realidad problemática, que facilita el proceder psicológico, además de generar un referente de investigación y aporte para la probable solución del problema a largo plazo.

1.2. Trabajos Previos

Castro (2017) cuya tesis “Depresión y agresividad en escolares del nivel secundario de una Institución Educativa Nacional de la ciudad de Chimbote”, donde empleó un diseño no experimental de corte transversal, cuyo objetivo fue determinar la relación entre la depresión y la agresividad en 406 alumnos del nivel secundario en ambos sexos de un colegio de Chimbote, mediante los instrumentos, Cuestionario de Agresividad (AQ) y el Inventario de Depresión de Beck (B.D.I). Obteniendo como resultados, que existía relación altamente significativa, directa y baja entre ambas variables $r=.211^{**}$ ($p=0,00$) esto significa que a mayor depresión que presentaran los adolescentes, mayor sería la agresividad. También, que muestran niveles de agresividad en donde .32,8% de adolescentes presentaban un alto nivel de agresividad, el 8,1% de dichos adolescentes presentaban nivel muy bajo en las conductas agresivas. Con respecto en los niveles de depresión el 46,6% de la población obtuvo una puntuación alta en cuanto en el nivel depresión moderado, así mismo 33,3 % de adolescentes presentaban una depresión moderada y 20,2 % representa a los adolescentes que accedían a un nivel de depresión grave.

Del mismo modo en la ciudad de Tacna, Quenta (2015) indagó acerca de la relación de agresividad y la ideación suicida sobre correlacional de corte transversal con 335 alumnos de tercero del nivel de secundaria. El instrumento la escala de acoso escolar Auto test Cisneros y Escala de Ideación suicida de Beck su resultado presentado existe una correlación moderada inversa en ambos constructos ($r=.41$).

Morales (2014) en su tesis “Bullying y su relación con la depresión en adolescentes de Quetaro”, donde empleó un diseño descriptivo, correlacional, transversal, cuyo objetivo fue determinar la relación del Bullying y la Depresión en 286 alumnos de secundaria, por medio de los instrumentos Autotest de Cisneros de acoso escolar y la prueba de Zung y conde de depresión. Obteniendo mediante un análisis de correlación, obtuvo un grado de significancia (Sig.) con un valor de .22. Además, que el promedio de prevalencia de Bullying en los estudiantes era de 40,91% y que el 57,69% de dicha población mostraban indicadores de depresión moderada. Asimismo, obtuvo que la dimensión con más alto porcentaje de victimización fuera la de Exclusión y bloqueo social, con 30,07%. Concluyendo así, que sí existe relación entre la prevalencia de Bullying y la depresión en alumnos de secundaria.

Sáenz (2010) realizó una investigación correlacional con agresividad y sintomatología depresiva con una muestra de 350 adolescentes de Lima, el instrumento utilizado es Depresión Infantil (CDI), el cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales. En cuanto a los resultados se observa una correlación estadísticamente significativa ($p<.01$), mientras que la comparación entre grupo de riesgo y grupo de no involucrados, evidencia diferencias estadísticamente significativas tanto en agresión como en depresión.

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1. Delimitación conceptual

La agresividad se basa sobre la teoría comportamental de Buss y Perry (1989) es una variante de la identidad generando una réplica tenaz, perspicaz el autor refiere que es una habilidad o método y práctica. Está asociado a la transacción de las particularidades y manera a niveles físico verbal, activo pasivo, directo indirecto. La agresión está vinculada en una forma de personalizar las singularidades en el sujeto; es decir se encuentra maneras de emplear su agresividad, puesto que el proceso de enunciados se relaciona con la alianza situación y condición.

Definición de la Agresión Buss y Perry (1992) la agresión es una respuesta instrumental que proporciona castigo, el término agresión contiene dos características específicas: la primera incluye la descarga de estímulos nocivos y la segunda un contexto interpersonal, de tal modo podemos definirla como “una reacción que descarga estímulos nocivos hacia otra persona”. Posteriormente la agresión también es considerada como un “comportamiento interaccional específico entre un agresor y una víctima”. Aunque aún no existe un término específico de qué tipos de comportamientos abarca, el autor propone una definición donde busca sistematizar esos procesos con la finalidad que se pueda observar y medir la conducta humana. (Moser, 1992).

Buss y Perry (1989) manifiesta una serie de casos que son subtipos en agresividad se ubican la división corporal y emocional en el cual las personas son determinadas estando calmadas y no agreden oralmente en algunas ocasiones logran abordar o eliminar a la víctima. También con más continuidad las personas reprochan o coaccionan sin embargo no llegan acometer concretamente, se dice que la agresividad es ocasionada de manera social tanto corporal siendo perjudicial.

Con respecto a Fernández, Jiménez y Martín (2003) la provocación es concebida en un componente efectivo innato a la persistencia que promueve la enunciación corporal, anímica en los sujetos, su comportamiento origina un suceso sobre agresividad dando pase al crimen como una expresión mutua en la agresión.

1.3.2. Niveles de agresividad

Hurlock (2000) hace referencia que la agresividad es un acto real o amenazado de hostilidad, provocado por otra persona. Se manifiesta mediante ataques físicos o verbales hacia otro que generalmente es menor que el agresor; es decir, que una persona en mejores condiciones que otra trata de imponer sus reglas para lograr su propósito Buss, menciona que los niveles de agresividad son los siguientes:

- Nivel Bajo: Buss (1992, citado por Avellaneda y Fernández 2010) mencionan, que en este nivel presenta indicadores leves de agresividad, demostrando capacidad de control de impulsos, casi no hay lesión o daño al estímulo.
- Nivel Medio: Buss (1992, citado por Avellaneda y Fernández 2010) mencionan, que es una acción de agresión hacia un objeto, cosa o persona en moderada intensidad, por medio de gestos, a veces con evocación verbal, mostrando una conducta más exteriorizada, más violenta y más ágil en los movimientos corporales, casi no se produce lesión o daño al estímulo agresor o provocador.
- Nivel Alto: Buss (1992, citado por Avellaneda y Fernández 2010) en este nivel los sujetos presentan alto nivel significativo de agresividad. Es una acción más notable y violenta, con mayor reacción agresiva daño el estímulo provocado o agresor, puede haber contacto físico, peleas, luchas, tanto verbales como físicas. Siendo más duradera y dominante.

1.3.3. Tipos de Agresividad

-Agresión Verbal. Para Buss y Perry (1992) la agresión verbal hace referencia al componente motor de la agresión la cual se da a través de una acción negativa expresada en estilo y contenido de la palabra. El estilo, incluye: discusión, gritos y alaridos; el contenido: amenazas, insultos y la crítica en exceso. Está dada por la manera inadecuada de defender un punto de vista de muchas veces hacen uso de humillaciones desprecios.

-Agresión Física. Buss y Perry (1992) define a la agresión física como el componente motor de la agresión que se da a través de ataques dirigidos a diferentes partes del cuerpo (brazos, piernas, dientes, etc.) o por el empleo de armas (cuchillos, revólver, etc.) con el fin de herir o perjudicar a otras personas.

-Ira. Según Buss y Perry (1992) la ira implica activación psicológica y preparación para la agresión, representando el componente emocional o afectivo de la conducta agresiva. Se diría que es el conjunto de sentimientos que siguen de la percepción de haber sido dañados.

-Hostilidad. Buss y Perry (1992) mencionan que la hostilidad se refiere a sentimientos de suspicacia e injusticia hacia los demás y representa el componente cognitivo de la agresión.

1.3.4. Antecedentes de la Agresión según Buss

En el libro de la psicología de la agresión propuesto por Buss y Perry (1992), explica que la agresión enfrenta estímulos nocivos que debe liberarse y una de sus formas es infringir daño a otra. Existen dos situaciones la frustración y los estímulos nocivos que se denominan como los antecedentes de la agresión.

Frustración

Según Buss y Perry (1992) el proceso de la conducta parte en fracciones: respuesta instrumental, presentación del factor coadyuvante.

a) Respuesta instrumental

Se encuentran con cuatro fragmentos de la respuesta instrumental: barrera, fracaso, factores de distracción, conflicto.

-Barrera: Es el conflicto que ocasiona la circulación en el cual se llega a presentar atraso y como consecuencia genera retraso.

-Fracaso: Se manifiesta al expresar que necesita mejorar su rendimiento y no logra ser condecorado. Se presentan tipos como por ejemplo la paralización del sujeto para culminar una actividad, realizar la labor pero no logra alcanzar sus metas y trae como reacción la frustración.

-Factores de Distracción: Es perteneciente con la atención, estos mecanismos interceptan para llegar a realizar las acciones y es un factor que logra generar agresión en los sujetos.

-Conflicto: Son oposiciones inadecuadas, se cancelan las respuestas y no genera otras opciones, se desautorizan y en algunas ocasiones muestra agresión.

b) Presentación del factor coadyuvante

El fracaso admite al sujeto que cumpla con sus ocupaciones y tenga sentimientos de fracaso. En cuanto a la asimilación da como resultados pensamientos negativos ya que esto viene interiormente, es equivalente que hayan elaborado una mala labor (Buss y Perry, 1992)

c) Estímulos Nocivos

Para Buss y Perry (1992) la agresión tiene como componentes al ataque y los irritantes, entonces en la descarga de estímulos nocivos sobre el sujeto o victimario. Designan estímulos que desesperan, que son desfavorables al sujeto o victimario.

a) Ataque: Es la manifestación de agresividad explícita e implícita que ocasiona un daño a la víctima (Buss y Perry, 1992).

b) Irritantes: Es una complejidad de estímulos adversos que son incitaciones sensorias simples así mismo la salida que da las opciones nos da una manera de culminar

con persuasiones dañinas, las alternativas es excluir este estímulo irritante (Buss y Perry, 1992)

1.3.5. Teoría comportamental de la agresión según Buss

Con respecto a la teoría señala sobre la agresión que es una variable de la personalidad, es por ello que nos da una objeción inmediata y precisa. El concepto definido por Buss y Perry (1992) el cual manifiesta que el hábito juega un rol importante en la agresividad, es de ahí que lo considera como “La agresión es el hábito de atacar”, asimismo, se realiza una comparación sobre la agresión dividiéndola en subtipos, la primera dice es formal, muchos individuos presentan distintas formas de ataque, siendo diferente la forma de respuesta en los sujetos. En consecuencia, podemos decir que la agresión está dividida en tres dicotomías: la primera es física verbal, la segunda activa-pasiva y tercera tenemos la indirecta-directa. Se considera que la mayoría de los individuos se ven expuestos en todo tipo de agresión en uno u otro momento, dependiendo en gran medida del estímulo al que ha sido comprometido, pero hay personas extremas que difícilmente se conectan a alguna de esta parte de las dicotomías.

1.3.6. Agresión y Trastorno de la Conducta

La agresión como se mencionó es aquella que busca generar un daño a otro individuo y Buss y Perry (1992) la define como una reacción que descarga estímulos nocivos hacia otra persona.

Sin embargo, el trastorno de conducta se caracteriza por una forma constante y frecuente de comportamiento agresivo. En su escala más intensa puede llegar a violentar las normas sociales. Por lo tanto, estas desviaciones son más peligrosas que la simple "crueldad" en los infantes o adolescente. Los trastornos de la conducta se relacionan en un ambiente social negativo, relaciones familiares tormentosas y fracaso escolar, y se evidencia con más frecuencia en varones. Algunos de los criterios para su diagnóstico se mencionan a continuación:

- A menudo acosa, amenaza o intimada a otros.

- A menudo inicia peleas.

- Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).

- Ha ejercido la crueldad física contra personas.

- Ha ejercido la crueldad física contra animales.

- Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).

- Ha violado sexualmente a alguien.

- Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.

1.3.7. Enfoque Cognitivo de Beck

Los episodios depresivos típicos, el cual el enfermo padece se caracteriza por evidenciar, la pérdida de interés hacia la vida, disminución de su motivación hacia las actividades que conlleven a está y en consecuencia experimenta cansancio exagerado, el cual aparece incluso tras el mínimo esfuerzo (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Teorías de depresión

En la actualidad las diversas investigaciones realizadas que hablen de depresión, tienen como origen o punto de soporte a la teoría cognitiva de (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), donde la depresión es parte de la sugestión de un sujeto el cual está pasando por situaciones de mucha dificultad que al no tener las herramientas necesarias para afrontarlas, crea en él un estado de frustración; generando en el pensamientos negativos que hacen que el sujeto se desvalore y caiga inmerso en un estado de autoeliminación.

Todo esto gira en base a la teoría que está representada por tres conceptos los cuales son: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas.

La cognición es aquello que percibimos y a lo cual le añadimos un contenido de los pensamientos e idea creada por nuestra propia mente. El contenido cognitivo la representación o contenido que el sujeto le da a ese pensamiento o idea basado en una experiencia. Finalmente, los esquemas son las creencias que son regidas por las normas del medio en influyen en el sujeto. Todo esto nos lleva al análisis de cómo se adquieren los esquemas falsos en todo el proceso de pensamiento, lo cual podría resultar de experiencias aprendidas en situaciones anteriores o a una experiencia temprana. Esto quiere decir que los esquemas depresivos se manifiesten por situaciones difíciles de manejar para el individuo volviéndolo vulnerable a esquemas depresivos mucho más crónicos (Beck, et al., 1979).

En este enfoque cognitivo fue realizado por Camacho (2003) es decir manifiesta acerca de la depresión a cargo de tres elementos: triada cognitiva, los esquemas y errores cognitivos esto quiere decir que muchas veces no cumple estas funciones en los adultos sino también puede presentarse en los niños.

Esquemas: Describe los modelos cognoscitivos en las personas empleando explicar el contexto con el fin de elegir, establecer y decidir los incentivos; y que estos sean modificables.

Triada Cognitiva: Presenta un individuo en estado de desánimo según el modelo cognoscitivo representado en una imagen de desaprobación de ella misma en cuanto a sus costumbres y las expectativas de su porvenir mostrando su desaliento en la próxima circunstancia primordial de ver su vida.

Distorsiones cognitivas: Se descubre el obtener soluciones resueltas (inferencia arbitraria), en desarrollar o ensanchar las apariencias (maximización y minimización) centralizando en un factor (abstracción selectiva) se busca sistematizar (generalización) para asignar un suceso no resuelto (personalización) los pensamientos dicotómicos a todo o nada.

Así mismo Loinaz (2014) hace referencia en diversas desviaciones cognoscitivas en cuanto a una falta del proceso de indagación produciéndose de modo involuntario en la realidad que lo represente.

Vázquez, et al. (2010) la teoría cognitivo conductuales hace referencia sobre el desgano muestra una consecuencia de explicación equivocada acerca de los sucesos y circunstancias que tiene en enfrentar al individuo. Esta teoría es la más explicativa sobre Beck demostrando el abatimiento en el efecto de cambios de los sujetos para tratar las indagaciones según el medio que se desarrolla. El individuo adquirió estilos en desaprobación en buscar transformar un resumen trascendente triste en sentidos: una mala percepción de sí misma en cuanto a su entorno.

Teniendo en cuenta su razonamiento retorcidos presentando un desarrollo en una apreciación desafortunada de acontecimientos desde una percepción negativa.

En cuanto a la Organización Mundial de la Salud (1992) la tristeza se caracteriza por una etapa de desánimo que es modificado difícilmente en un momento determinado en el cual no llega a generar respuestas a través de transformaciones en las personas al momento de adaptarse sin embargo logra mostrar cambios mediante algo particular. Es más, los cambios surgen en un periodo emocional que abarca o asocia una serie de sintomatología que son la irritación, consumo de sustancias psicoactivas, conductas de llamar la atención, exaltación de miedos, síndromes de obsesión, existentes e inquietudes pesimistas.

Por esta razón García, (2002) el decaimiento muchas veces se inicia en pubertad y acontece en desórdenes de angustia y alteraciones en su comportamiento dando contestaciones a resistencias de reflexión y social. Designa que se puede presentar una posibilidad en los hombres sean implicados a las dificultades pasando por tristeza, así mismo las chicas tienen desórdenes con la alimentación pasando por falta de apetito y voracidad cuando se siente abatido influyendo con ideas de suicidios y consumo de drogas.

Del mismo modo García (2002) revela que el abatimiento es un trastorno del estado de ánimo inherente para determinar una evaluación en lo cual notifica una serie de sintomatologías, principios de inserción y omisión incluyendo características:

Síntomas anímicos: Es un conjunto de sentimientos del estado de ánimo que son el cansancio, pena, desdicha, irritación. Podemos encontrar que en algunos sujetos tienen la capacidad de desmentir el abatimiento argumentando que son insuficientes de presentar dichas emociones.

-Síntomas motivacionales: Está compuesto por el abandono, desinterés, disminución de poseer su diversión.

-Síntomas cognitivos: Apreciación de negación en sí mismos, el ambiente y la percepción del porvenir.

-Síntomas físicos: Falta de descanso, agotamiento, falta de alimento perdida en realizar acciones y ansias sensuales en el sexo masculino se asocia con problemas de segregar su vínculo sexual. Por ende, se produce incomodidades físicas dolencias en partes del cuerpo, arcadas nauseas, dificultad al hacer deposiciones y dolor al orinar, en la vista llega a ser opaca.

-Síntomas vinculares: Identifica que hay una escasa relación con el entorno, en los casos que más hace presencia son los que padecen tristes soportando la repercusión del medio provocando en ellos que puedan alejarse de los demás.

Mérida (2012) indica sobre el desánimo está constituida por tres niveles y la posición está relacionado por la cantidad de sintomatologías que revelan su dificultad, la división que perturba en las personas a lo largo de su vivir.

-Leve: Manifiesta sus criterios presentando dos a tres síndromes que son comunes según el cuadro desaliento, desgaste de energía, escasa deleitarse, ampliación de cansancio. Sin embargo, este trastorno llega a ser penetrante y el sujeto es perjudicado y no genera dificultades en su trabajo.

-Moderado: Conlleva con la aparición de más de dos criterios que serían los síndromes, lo más importante es cumplir cuatro, en esta etapa puede seguir con sus actividades tanto en el área familiar, profesional y relacionarse con su entorno con inconvenientes.

-Grave: Está asociado que los criterios para diagnosticar deben ser tres en cuanto cumplan los síndromes propios del cuadro es notable la ansiedad, palpitación, desvaloración, sensaciones de falta y sumisión. El factor primordial en este cuadro es estar en vigilia mediante el peligro de acabar con su vida.

Por tanto, el individuo que padece del cuadro de depresión grave sostiene una establecida serie de síntomas en las áreas que se desarrolla a nivel familiar, profesional y comunitario. Beck et al. (2005) muestra nivelación según los tipos leve, moderado y grave.

Así mismo cuando es sutil la mayoría es apta de observar su razonamiento dañino para poder determinar su neutralidad. Del mismo modo este cuadro puede complicarse su raciocinio es sometido por conocimientos adversos, pero no hay una causa que diferencien la orientación verdadera y apreciaciones de negación.

A continuación, se desarrollan las características principales de la variable, vistas desde el modelo cognitivo. De este modo, se menciona que la depresión presenta diferentes características, tales como: a) la presencia de síntomas y conductas particulares que la distinguen de otras condiciones, b) comenzar con un nivel medio de intensidad, alcanzando un punto álgido, seguido de la disminución de la intensidad, cuyas características temporales y “remisiones espontáneas” son estudiadas por diversos clínicos, además c) la importancia del diagnóstico, referente al suicidio, seguido de, d) la diversidad de tratamientos farmacológicos aplicados en la depresión, e) la evidencia de la existencia de un tipo de alteración biológica en la depresión, cuya explicación se puede evidenciar en el desgaste de los neurotransmisores, f) la presencia de un componente hereditario, específicamente en las depresiones bipolares, por último, g) las diferencias entre el contenido específico de las distorsiones cognitivas y de los supuestos subyacentes (Beck, et al., 2010).

Respecto a la predisposición de una persona a desarrollar o no depresión y su aparición, Beck, et al. (2010) señalan que el enfoque cognitivo brinda una idea respecto a la predisposición y la aparición de la depresión, la cual señala que el conjunto de experiencias por las que pasamos forman una base de opiniones negativas en sí mismo, el futuro y el mundo. Dichas ideas negativas (esquemas) podrían mantenerse ocultas y ser estimuladas por determinados eventos, similares a las vivencias inicialmente causantes del desarrollo de actitudes negativas.

Por otro lado, la depresión podría ser liberada por una anomalía o enfermedad que active la creencia latente a un individuo de que está predestinado a sufrir. Hechos poco agradables que uno puede vivenciar, hasta las más extremas, no necesariamente pueden llevar a desarrollar depresión, sino que el sujeto debe estar plenamente identificado, con una determinada situación, sustentado esto en la naturaleza de su organización cognitiva. Asimismo, el promedio de las personas, ante situaciones traumatizantes, mantendría su interés por aspectos no relacionados a estos, apreciándolos de manera realista. Por otro lado, una persona con tendencia a la depresión se vería preocupada, tensionada, desarrollando pensamientos negativos relacionados a todos los aspectos de su vida (Beck, et al., 2010).

Seguidamente se desarrollarán los dos principales factores desarrollados por Beck, autor que considera que para comprender la depresión se deben tener en cuenta estos dos factores: cognitivo-afectivo y somático-motivacional.

Cognitivo-afectivo: El sujeto se ve incompetente, sobreestima o maximiza la realización de cualquier actividad, por lo cual, espera fracasar en todo. De tal modo, el sujeto opta por buscar ayuda y seguridad en otras personas, que bajo su valoración son más competentes y capacitados” (Beck, et al., 2010).

Somático-motivacional: Se caracteriza por el desgano, la apatía y pérdida del placer, síntomas físicos que pueden ser consecuencia directa de los pensamientos distorsionados del sujeto, los cuales le hacen creer a este que se encuentra destinado a fracasar en todo lo que se ha propuesto (Beck, et al., 2010).

Es así que, de acuerdo al marco teórico revisado, en la presente investigación, se observa que existen diversas perspectivas sobre cada variable, respecto a su origen, causas y consecuencias, estas desarrolladas de acuerdo al enfoque de cada autor revisado.

1.4. Formulación del problema

¿Qué relación existe entre la agresividad y depresión en adolescentes del distrito de Trujillo?

1.5. Justificación del estudio

La investigación realizada se justifica a partir de su aporte Según Hernández, Fernández y Baptista (2014):

A nivel metodológico, contribuye con la utilización de procedimientos estadísticos acordes a las normativas actuales, que indirectamente aporta como un antecedente de investigación.

A nivel social, es relevante, debido a la realidad problemática señalada, permitiendo contar con una base científica para actividades psicológicas.

A nivel práctico, aporta a la actividad profesional de los psicólogos, con una base sólida para las diversas actividades en la salud psicológica.

A nivel teórico, aporta con las teorías de la agresividad y depresión, además sobre el conocimiento de su relación.

1.6. Hipótesis

General

Existe relación entre agresividad y depresión en adolescentes del distrito de Trujillo.

Específicos

Existe relación entre la agresividad física y depresión Cognitivo – Afectivo en adolescentes del distrito de Trujillo.

Existe relación entre la agresividad verbal y depresión Cognitivo – Afectivo en adolescentes del distrito de Trujillo.

Existe relación entre la ira y depresión Cognitivo – Afectivo en adolescentes del distrito de Trujillo.

Existe relación entre la hostilidad y depresión Cognitivo – Afectivo en adolescentes del distrito de Trujillo.

Existe relación entre la agresividad física y depresión Somático– Motivacional en adolescentes del distrito de Trujillo.

Existe relación entre la agresividad verbal y depresión Somático– Motivacional en adolescentes del distrito de Trujillo.

Existe relación entre la ira y depresión Somático– Motivacional en adolescentes del distrito de Trujillo.

Existe relación entre la hostilidad y depresión Somático– Motivacional en adolescentes del distrito de Trujillo.

1.7. Objetivos

General

Determinar la relación entre agresividad y depresión en adolescentes del distrito de Trujillo.

Específicos

Establecer la relación entre la agresividad física y depresión Cognitivo – Afectivo en adolescentes del distrito de Trujillo.

Establecer la relación entre la agresividad verbal y depresión Cognitivo – Afectivo en adolescentes del distrito de Trujillo.

Establecer la relación entre la ira y depresión Cognitivo – Afectivo en adolescentes del distrito de Trujillo.

Establecer la relación entre la hostilidad y depresión Cognitivo – Afectivo en adolescentes del distrito de Trujillo.

Establecer la relación entre la agresividad física y depresión Somático– Motivacional en adolescentes del distrito de Trujillo.

Establecer la relación entre la agresividad verbal y depresión Somático– Motivacional en adolescentes del distrito de Trujillo.

Establecer la relación entre la ira y depresión Somático– Motivacional en adolescentes del distrito de Trujillo.

Establecer la relación entre la hostilidad y depresión Somático– Motivacional en adolescentes del distrito de Trujillo.

II. MÉTODO

2.1. Diseño de investigación

Corresponde a un diseño correlacional simple, según Ató, López y Benavente (2013) tiene como objetivo establecer la relación entre dos o más variables, frente a las cuales no se realizó ningún control o intervención.

2.2. Variables, Operacionalización

Tabla 1

Operacionalización de la agresividad

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala medición
Agresividad	Según Buss y Perry (1992) es el comportamiento violento mediante una solución facilitando una comunicación para la prevención con las personas.	La definición de medida en función a las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Agresividad (AQ) de Buss y Perry	<p>Agresión física, es un componente motor que se transmite en ataques dirigidos a otras partes del cuerpo (brazos, piernas, dientes, etc.) o utilizan el empleo de armas.</p> <p>Agresión verbal, se manifiesta mediante el componente motor es decir se da por una acción negativa a través de discusión, gritos y alaridos.</p> <p>Ira, es una activación psicológica y preparación constituyendo el componente emocional o afectivo de la conducta.</p> <p>Hostilidad, es la respuesta que busca alejar a las personas mediante una agresividad implícita.</p>	Ordinal

Tabla 2

Operacionalización de la Depresión

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala medición
Depresión	La depresión se define es la asociación con cuadros cognitivos que están deformados de su existencia es decir aceleran en situaciones de estrés (Beck, et al., 2010)	La definición de medida en función a las puntuaciones obtenidas en el inventario de depresión de beck (BDI-IIA)	<p>Cognitivo –afectivo, El sujeto se ve incompetente, sobreestima o maximiza la realización de cualquier actividad, por lo cual, espera fracasar en todo. De tal modo, el sujeto opta por buscar ayuda y seguridad en otras personas, que bajo su valoración son más competentes (Beck, et al., 2010).</p> <p>Somático-Motivacional Se caracteriza por el desgano, la apatía y pérdida del placer, síntomas físicos que pueden ser consecuencia directa de los pensamientos distorsionados del sujeto, destinados al fracaso (Beck, et al., 2010).</p>	Ordinal

2.3. Población y muestra

2.3.1. Población

La población estuvo conformada por los adolescentes de Trujillo, de los cuales se seleccionó como población accesible (Ventura-León, 2017) a 1500 adolescentes, de ambos géneros, entre los 13 a 18 años de edad, que cursaban el nivel de educación secundaria regular, del segundo al quinto grados, en 2 instituciones educativas estatales del distrito de Trujillo.

2.3.2. Muestra

Se consideró una muestra de 400 estudiantes, 230 mujeres y 170 hombres, que cursan del segundo al quinto grados de educación secundaria de dos instituciones educativas públicas de Trujillo, según Morales (2012) la cantidad de 400 sujetos para un estudio correlacional permite tener una recopilación de datos representativa para su generalización a una determinada población, condición que cumple la muestra seleccionada.

2.3.3. Muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia (Otzen y Manterola, 2017), teniendo en cuenta los criterios de selección:

Inclusión:

Pertenecientes a las edades de 13 a 18 años.

Estudiantes de instituciones educativas del distrito de Trujillo.

Estudiantes que quieren participar voluntariamente en dicha investigación.

Estudiantes que responden todas las preguntas de las pruebas aplicadas.

Exclusión:

Los alumnos que están en actividades extracurriculares.

Los alumnos que no tienen la autorización de sus padres mediante el consentimiento informado para la evaluación.

Instrumentos vacíos o errores al marcar dos respuestas.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1. Técnica

Se ejecuta el manejo de cuestionarios para lograr la búsqueda imprescindible acerca del estudio, cuál es su finalidad y que objetivos presenta aparte si existe una relación cuál es su factor social, en algunas ocasiones cuenta con el juicio de los sujetos que participan en la investigación (Martínez, 2002).

2.4.2. Instrumento

Se emplea dos instrumentos de diseño psicométrico es un método sustituido para explicar los principios de elaboración y distribución de las pruebas (Martínez, Hernández, 2006).

Instrumento N° 1 Agresividad

Este auto reporte denominado Cuestionario de Agresión (Aggression Questionnaire – AQ) fue construido por Buss y Perry (1992), traducido y adaptado al español por Andreu, Peña y Graña en el 2006 en la población de jóvenes y adolescentes madrileños. Es adaptado en Perú por Matalinares, et al. (2012) así mismo el estudio se realizó con 3632 alumnos cuyas edades son de 10 y 19 años, de ambos sexos de 1° a 5° de secundaria originados de diferentes colegios de las regiones de costa, sierra y selva.

En cuanto a la distribución del instrumento es individual y de grupo, es conformado por 29 ítems cuenta con la escala tipo Likert de cinco alternativas 1 completamente falso para mí, 2 bastante falso para mí, 3 ni verdadero ni falso para mí, 4 bastante verdadero para mí, 5 completamente verdadero para mí. También es constituida por cuatro sub-escalas

agresividad física, formada por 9 ítems, agresividad verbal, concertada por 5 ítems, ira, dispuesta por 7 ítems por lo tanto hostilidad, elaborada por 8 ítems.

Confiabilidad: Presenta una fiabilidad mediante el método de consistencia interna, del coeficiente alfa, para el total de la prueba de .83, mientras que para las dimensiones en agresión física de .68, en agresión verbal de .56, en ira de .55 y hostilidad de .60.

Validez: Evidencia una validez basada en la estructura interna, mediante el análisis factorial confirmatorio reporta una estructura subyacente de 4 factores, que exponen el 60.81% de la varianza explicada total, asimismo saturaciones sobre el .40 y comunalidades sobre .30, por último, los índices de correlación ítem-test se ubican por encima de .30

Para efectos del estudio se obtuvo la confiabilidad del cuestionario de agresión, obteniendo un análisis de consistencia interna con Omega, .80 para agresión física, .73 en agresión verbal, .71 para ira, y .76 en hostilidad

Instrumento N° 2 Depresión

El Inventario de depresión BDI-II fue elaborado por Aaron Beck, Rush, Shaw y Emery, (1979). Es adaptado y validado en el Perú, por Carranza en el (2013) es un auto informe que facilita un tamaño en la aparición de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Está compuesto por 21 ítems que muestran los síndromes mediante la tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Se logra utilizar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. El instrumento cuenta con un tiempo de 5 a 10 minutos para ser culminado sin embargo las personas que tienen depresión grave y trastornos obsesivos en este caso tienden a demorar en el periodo para terminarlo. En los ítems contesta en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Cabe mencionar que el sujeto eligió varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se instaura los puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados

en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Confiabilidad: Presenta una fiabilidad mediante el método de consistencia interna, del coeficiente alfa, para el total de la prueba de .87, para los factores es de .67 a .75 asimismo mediante el método test re test, reportado el coeficiente de correlación r de .99.

Validez: Presenta una evidencia de validez basada en el contenido, con un reporte del coeficiente v de Aiken de 1, mediante la valoración de 5 jueces expertos, asimismo se observa que la correlación ítem-test e ítem-factor reporta valores por encima de .30.

Para efectos de la investigación se obtuvo la confiabilidad del cuestionario de depresión, obteniendo un análisis de consistencia interna con Omega, .76 en cognitivo afectivo, y .77 somático motivacional.

2.5. Método de análisis de datos

Se realizó el procesamiento estadístico con el uso del programa IBM SPSS Statistics 24, donde se exportó la base de datos del programa Excel 2016, para cumplir con los objetivos propuestos obteniendo entre los descriptivos, el máximo, mínimo, y la media, asimismo la correlación se reportó mediante el coeficiente r de pearson, a razón de variables numéricas, además de presentar normalidad en la distribución de los datos reflejado en la asimetría con valores inferiores al intervalo +/- 2; es por ello se utilizó el programa R-project para poder encontrar la confiabilidad (ω), culminando con el análisis de datos en la discusión de resultados, así como las conclusiones y recomendaciones.

2.6. Aspectos éticos

Inicialmente se realizó las coordinaciones con las instituciones educativas seleccionadas en la población de estudio, posteriormente a ello, la Universidad César Vallejo extendió una carta de presentación por la investigadora, que respalda la realización del estudio, continuando, se realizó las coordinaciones de los horarios para la aplicación del instrumento, de tal manera, se aplicó la carta de testigo informado (anexo 01) al

docente, donde figura los objetivos del estudio y el grado de su participación, para la viabilidad del estudio, mientras que a la muestra de estudio se le aplicó el consentimiento informado (anexo 02), brindando la explicación sobre el propósito del estudio, la confidencialidad de los datos recolectados, la libre participación, y la contribución de la investigación al contexto de su realización, de tal manera que la ejecución de la investigación cumpla con las estipulaciones de una aproxis ética adecuada, culminando con la aplicación de los instrumentos (anexo 03 y 04) teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión expuesto.

III. RESULTADOS

En la tabla 3, se aprecia que en dimensiones agresión física, agresión verbal e ira el promedio alcanzado se ubica por debajo del promedio teórico en agresión física $M=22.41$, $DE=7.22$, $MT=27$; en agresión verbal $M=13.01$, $DE=4.06$, $MT=15$; en ira $M=19.23$, $DE=5.20$, $MT=21$), y para hostilidad ($M=23.53$, $DE=6.08$, $MT=24$)

Tabla 3

Estadísticos descriptivos de la variable agresividad (N=400)

Variable/Factores	Mínimo	Máximo	MT	Media	DE	Asimetría	ω
Agresión Física	9	45	27	22.41	7.22	.37	.80
Agresión Verbal	5	25	15	13.01	4.06	.20	.73
Ira	7	33	21	19.23	5.20	.09	.71
Hostilidad	8	40	24	23.53	6.08	.03	.76

Nota: MT=Media teórica; DE=desviación estándar ω =coeficiente de consistencia interna Omega

En la tabla 4, se observa en sus factores el promedio obtenido está muy por debajo del promedio teórico (en cognitivo afectivo M=7.86, DE=5.51, MT=19.5; y en somático motivacional M=4.63, DE=4.16, MT=12).

Tabla 4

Estadísticos descriptivos de la variable depresión (N=400)

Variable/Factores	Mínimo	Máximo	MT	Media	DE	Asimetría	ω
Cognitivo Afectivo	0	30	19.5	7.86	5.51	1.16	.76
Somático Motivacional	0	21	12	4.63	4.16	1.23	.77

Nota: MT=Media teórica; DE=desviación estándar; ω =coeficiente de consistencia interna Omega

En la tabla 5, se observa que las dimensiones de agresión física y agresión verbal, se relaciona directamente de efecto pequeño estadísticamente significativa con las dimensiones cognitivo afectivo y somático motivacional, asimismo ira presenta una relación directa pequeña estadísticamente significativa con cognitivo afectivo, mientras que con somático motivacional alcanza una magnitud mediando, al igual que hostilidad con las dimensiones de depresión (Cohen, 1988), cuyos intervalos de confianza se calculó con un bootstrap de 1000 al 95%, siguiendo el método de Fisher.

Tabla 5

Relación entre los factores de agresividad y los factores de depresión (N=400)

Variables		r	IC 95%	
			LI	LS
Agresión Física	Cognitivo Afectivo	,188**	.097	.282
	Somático Motivacional	,184**	.092	.276
Agresión Verbal	Cognitivo Afectivo	,219**	.121	.313
	Somático Motivacional	,247**	.157	.338
Ira	Cognitivo Afectivo	,285**	.196	.376
	Somático Motivacional	,323**	.226	.421
Hostilidad	Cognitivo Afectivo	,320**	.227	.414
	Somático Motivacional	,321**	.226	.413

Nota: r=coeficiente de correlación de Pearson; IC=intervalo de confianza; LI=límite inferior; LS=límite superior

IV. DISCUSIÓN

La etapa de la adolescencia es el periodo de cambios biopsicosociales, donde el ser humano tiene que adaptarse a las exigencias, educativa, social, cultural e individual (Papalia, et al., 2012), en tal sentido, se utiliza un conjunto de mecanismos para favorecer a esta finalidad, según Alonso (2012) la agresividad es una manifestación habitual para enfrentar los desafíos propios de la etapa, que frente a la frustración según Arrieta, et al. (2013) tienen consecuencias afectivas, como la depresión, que constituye para la Organización Mundial de la Salud (05 de febrero, 2015) es la tercera causa de muerte en adolescentes cuyas edades son de los 15 a 19 años.

Los resultados antes mencionados permiten aprobar parcialmente la hipótesis general, que describe existe relación entre agresividad y depresión en adolescentes del distrito de Trujillo, acorde a la evidencia de algunas relaciones, como ira con somático motivacional, asimismo hostilidad con cognitivo afectivo y con somático motivacional, teniendo como limitación no haber comprobado un modelo bifactorial para un posible mejor ajuste.

De forma específica se establece la relación entre la agresividad física y depresión Cognitivo – Afectivo en adolescentes del distrito de Trujillo, que reporta una relación directa de efecto **pequeño** (Cohen, 1988) de esta manera las manifestaciones de agresividad mediante la fuerza física o la utilización de objetivos (Hurlock, 2000), tiene una relación débil con la percepción de incompetencia ante cualquier actividad (Beck, et al., 2010), hallazgos que discrepan con el estudio de Quenta (2015) quien reportó una relación mediana entre violencia escolar de índole física y la ideación suicida, según Loinaz (2014) la planeación de una autolesión de moderada a grave, conlleva a manifestaciones intensas de agresividad como forma de expresar la situación oprimida, mientras que una percepción de incompetencia, que se puede mejorar, a nivel cognitivo-afectivo tiene una relación débil con las manifestaciones de violencia, ello explica la divergencia en los resultados, que rechaza la hipótesis específica para el estudio.

Se estableció la relación entre la agresividad verbal y depresión Cognitivo – Afectivo en adolescentes del distrito de Trujillo, la evidencia indica una relación directa de

efecto pequeño (Cohen, 1988), estadísticamente significativa, entre las manifestaciones verbales ofensivas, caracterizadas por los insultos, la vulgaridad y los alaridos (Buss y Perry, 1992), con la percepción de auto incompetencia ante alguna o varias actividades (Beck, et al., 2010), resultados similares encontró Castro (2017) en su tesis “Depresión y agresividad en escolares del nivel secundario de una Institución Educativa Nacional de la ciudad de Chimbote” con una relación directa de efecto pequeño, acorde a ello, Morales (2014) explica que la necesidad del adolescentes por no mostrarse débil frente al grupo de pares, tiene una relación débil con la utilización de mecanismos para enmascarar la auto desvalorización, como lo corresponden las manifestaciones de agresividad verbal, ante estos hallazgos se rechaza la hipótesis específica debido que la relación reportada solo fue pequeña.

Mientras que la relación entre la ira y depresión Cognitivo – Afectivo en adolescentes del distrito de Trujillo, con el reporte de una correlación directa de efecto pequeño (Cohen, 1988) con presencia de significancia estadística, entre la activación psicológica que posee el componente emocional de haber sido dañado que dispone para la agresión (Buss y Perry, 1992) con las manifestaciones cognitivas-afectivas de la depresión que caracterizan a la autodescalificación de las competencias personales (Beck, et al., 2010), acorde a Moreno (2015) la ira en los adolescentes en ocasiones se relaciona a la supuesta percepción que tiene el mundo sobre ellos, en un contexto que minimizan sus capacidades por la edad, en tal sentido, al reportar una magnitud pequeña se rechaza la hipótesis específica, debido que en todas las situaciones no se cumple que la ira se relaciona con las particularidades cognitivo-afectivo de la depresión.

Asimismo, la relación entre la hostilidad y depresión Cognitivo – Afectivo en adolescentes del distrito de Trujillo, que alcanza una correlación mediana (Cohen, 1988) estadísticamente significativa, entre los afectos de suspicacia e injusticia hacia los demás, que conlleva al distanciamiento del sistema social (Buss y Perry, 1992), con la percepción que desvaloriza los recursos intra personales, con una posición de carencia de herramientas para afrontar diversas situaciones (Beck, et al., 2010), asimismo Toralba (2013) refiere que la desestima de las competencias y habilidades individuales en los adolescente, genera conductas de hostilidad como mecanismo de protección de la imagen y estima social, al

generar un alejamiento del sistema social, lo cual permite corroborar la hipótesis específica establecida.

Por otro lado la relación entre la agresividad física y depresión Somático–Motivacional en adolescentes del distrito de Trujillo, con una correlación directa de efecto pequeño (Cohen, 1988), para referir que las conductas que tienen como objetivo generar un daño mediante el uso de la fuerza física u objetos contundentes (Buss y Perry, 1992), mantiene una relación débil con los pensamientos pesimistas que caracterizan el fracaso en cualquier área que pretenda desempeñarse (Beck, et al., 2010), hallazgos que se reafirman con Vázquez, et al. (2010) al referir que la percepción de fracaso y estancamiento en la adolescencia, conllevan con poca frecuencia a una agresividad manifiesta, debido a la pérdida del interés que caracteriza la depresión, de esta manera se rechaza la hipótesis específica.

La relación entre la agresividad verbal y depresión Somático– Motivacional en adolescentes del distrito de Trujillo, con el reporte de una correlación directa de efecto pequeño (Cohen, 1988) de esta manera, las manifestaciones de violencia mediante el lenguaje grotesco y vulgar (Buss y Perry, 1992) se relaciona débilmente con la apatía en las interacciones sociales, que se observa por una pérdida del interés (Beck, et al., 2010), hallazgos que se asemejan a los resultados de Morales (2014) en su tesis “Bullying y su relación con la depresión en adolescentes”, obtuvo una correlación directa de efecto pequeño estadísticamente significativa, acorde a (Beck, et al., 2010), la depresión de índole somático-motivacional, conlleva a una falta de energía y desinterés por el entorno, lo cual hace poco probable las manifestaciones de agresiones verbales, por ende se desestima la hipótesis establecida.

La relación entre la ira y depresión Somático– Motivacional en adolescentes del distrito de Trujillo, que alcanza una relación mediana (Cohen, 1988) estadísticamente significativa, en tal sentido la carga emocional de frustración debido a la percepción de una disconformidad (Buss y Perry, 1992), se relaciona la pérdida de la motivación y disposición para el autodesarrollo (Beck, et al., 2010), acorde a lo señalado por Arrieta, et al. (2013) la ira en los adolescentes, a consecuencia de eventos percibidos como injustos e indeliberados, disponen a la pérdida del sentido de vida, debido a la desesperanza ante

acontecimientos desafortunados, que no tienen una aparente solución, que concluye en la aceptación de la hipótesis específica ante los hallazgos de la investigación.

Y se estableció la relación entre la hostilidad y depresión Somático– Motivacional en adolescentes del distrito de Trujillo, que reporta una correlación mediana (Cohen, 1988) estadísticamente significativa, entre las manifestaciones de suspicacia, desconfianza y desconformidad (Buss y Perry, 1992), con la apatía, pérdida de interés en la socialización y la adaptación al medio socio contextual (Beck, et al., 2010), hallazgos que son reafirmados por Toralba (2013) la distinguir que la pérdida de interés por establecer relaciones sociales y cumplir con las disposiciones culturales, conlleva a manifestaciones de hostilidad frente a estos entornos, como medida comportamental para evitar ser contrariado, afirmando la hipótesis establecida, descrita como la relación entre variables.

Ante los hallazgos, que además se debe considerar la obtención de una confiabilidad mediante el método de consistencia interna del coeficiente omega, reporta valores aceptables, lo cual refiere que los datos reportados son fiables y pueden ser utilizados (Campo y Oviedo, 2008), de tal manera la investigación aporta con información relevante para la práctica profesional basada en la evidencia, además de contribuir con una metodología pertinente para el reporte de los resultados dentro de un diseño de investigación correlacional simple, contribuyendo a las teorías existentes sobre la relación entre agresividad y depresión, a partir de lo antes mencionado contribuye a la relevancia social, al permitir la realización de posteriores actividades profesionales, acorde a la problemáticas de la agresividad y depresión en adolescentes del distrito de Trujillo.

V. CONCLUSIONES

Se establece la relación directa de efecto pequeño estadísticamente significativa entre la agresividad física y depresión Cognitivo – Afectivo en adolescentes del distrito de Trujillo.

Se establece la relación directa de efecto pequeño estadísticamente significativa entre la agresividad verbal y depresión Cognitivo – Afectivo en adolescentes del distrito de Trujillo.

Se establece la relación directa de efecto pequeño estadísticamente significativa entre la ira y depresión Cognitivo – Afectivo en adolescentes del distrito de Trujillo.

Se establece la relación directa de efecto mediano estadísticamente significativa entre la hostilidad y depresión Cognitivo – Afectivo en adolescentes del distrito de Trujillo.

Se establece la relación directa de efecto pequeño estadísticamente significativa entre la agresividad física y depresión Somático– Motivacional en adolescentes del distrito de Trujillo.

Se establece la relación directa de efecto pequeño estadísticamente significativa entre la agresividad verbal y depresión Somático– Motivacional en adolescentes del distrito de Trujillo.

Se establece la relación directa de efecto mediano estadísticamente significativa entre la ira y depresión Somático– Motivacional en adolescentes del distrito de Trujillo.

Se establece la relación directa de efecto mediano estadísticamente significativa entre la hostilidad y depresión Somático– Motivacional en adolescentes del distrito de Trujillo.

VI. RECOMENDACIONES

Investigar la agresividad y la depresión en otros contextos, donde se evidencia una realidad problemática referida a una o ambas variables.

Utilizar un muestreo probabilístico, que permita la generalización de los resultados además de favorecer a la validez externa.

Comprobar un modelo bifactorial para ambas variables, que permita correlacionar puntuaciones totales.

Considerar que el rasgo somático motivacional de la depresión se relaciona directamente con la ira y hostilidad (manifestaciones propias de la agresividad), por tal razón se sugiere la realización de actividades psicológicas que reduzcan dicho rasgo depresivo con la finalidad que la manifestación agresiva también se reduzca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, J. (2012). *Psicología* (2da ed.). México D.F.: Mc Graw Hill

Arrieta, K., Díaz, S. & González, F. (2013). Sintomatología de depresión, ansiedad y estrés. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 173-181. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80629187004.pdf>

Ató, M., López, J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16728244043.pdf>

Avellaneda, J. & Fernández, S. (2010). *Relación entre las actitudes hacia el machismo y agresividad en estudiantes del 4to y 5to año de secundaria*. (Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología). Universidad Señor de Sipán, Chiclayo, Perú.

Avila, Sh. (03 de marzo, 2018). Hay más de 1,700 menores reclusos por robo, violación y homicidio. *Grupo El Comercio*. Recuperado de: <https://peru21.pe/peru/delincuencia-juvenil-peru-hay-1-700-menores-reclusos-robo-violacion-homicidio-398023>

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.

Beck, A. Rush, A., F. Shaw & Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión*. (20^{va} ed.). Descleé De Brouwer.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. (19^{va} ed.). Brouwer.

Buss A. & Perry, M. (1992) The aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.455.5915&rep=rep1&type=pdf>

- Buss, A. & Perry, M. (1989) *Teoría Comportamental de Buss Para Buss*. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/59262966/AGRESIVIDADtesishttps://es.scribd.com/doc/59262966/AGRESIVIDAD-tesis>
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Buenos Aires: Paidós
- Campo, A. & Oviedo, H. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831-839. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2008.v10n5/831-839/>
- Carranza, F. (2013). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck (BDI-II) para universitarios de Lima Metropolitana (Tesis de Licenciatura), Universidad Peruana Unión, Lima, Perú
- Castro, V. (2017). *Depresión y agresividad en escolares del nivel secundario*. (Tesis para obtener el grado de licenciado en psicología), Universidad César Vallejo, Chimbote, Perú.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2da ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa, J. (2017, marzo 09). Florencia de Mora: se necesitan más centros de salud mental, *Tv cosmos*. Recuperado de: <https://tvcosmos.pe/florencia-de-mora-se-necesitan-mas-centros-de-salud-mental/>
- El Comercio (20 de febrero, 2015). Depresión por insultos habría llevado al suicidio a adolescente. *Grupo El Comercio*. Recuperado de: <https://elcomercio.pe/peru/libertad/depresion-insultos-habria-llevado-suicidio-adolescente-335942>
- Fernández, E., Jiménez, M. & Martín, M. (2003). *Emoción y motivación. La adaptación humana*. Madrid: Ramón Areces.

- García, A. (2002). *La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes* (Tesis para obtener el grado de licenciado en psicología). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta. Ed.). México D.F.: Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
- Hurlock, E. (2000). *Psicología de la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Instituto Nacional de salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (07 de abril, 2017). Agresividad y cambios bruscos de humor son conductas que pueden enmascarar una depresión en los adolescentes. *Sala de Prensa Virtual*. Recuperado de: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2017/013html.htm>
- Loinaz, I. (2014). Distorsiones Cognitivas en Agresores de Pareja: Análisis de una Herramienta de Evaluación. *Terapia psicológica*, 32(1), 5-17. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100001>
- Martínez, F. (2002). *El cuestionario. Un instrumento para la investigación en las ciencias sociales*. Barcelona: Laertes Psicopedagogía.
- Martínez, M. & Hernández, J. (2006). *Psicometría*. Madrid: Alianza Editorial.
- Matalinares, M., Yaringaño, J., Uceda, J., Fernández, E., Huari, Y., Campos, A. & Villavicencio, N (2012). Estudio psicométrico de la versión española del cuestionario de agresión de Buss y Perry. *Revista IIPSI*, 15(1), 147-161.
- Mérida, J. (2012). *Nivel de depresión en personas privadas de libertad*. (Tesis para obtener Licenciatura). Universidad Rafael Landívar, Guatemala, México.
- Ministerio de Justicia y derechos humanos (2017). *Justicia juvenil diferenciada*. Trujillo: Leo Graphyc. Recuperado de:

https://indaga.minjus.gob.pe/sites/default/files/JusticiaJuvenilDiferenciada_ONPC_NNUU_.pdf

Ministerio de Educación (MINEDU, 30 de septiembre 2018). Estadística Sobre violencia escolar en el Perú. *MINEDU*. Recuperado de: <http://www.siseve.pe/Seccion/Estadisticas>

Morales, M. (2014). *Bullying y su relación con la depresión en adolescentes*. (Tesis para optar grado de licenciatura), Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México.

Morales, P. (2012). *Tamaño necesario de la muestra: ¿Cuántos sujetos necesitamos?* Universidad Pontificia Comillas: Estadística aplicada a las Ciencias Sociales. Recuperado: <http://web.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%fl0Muestra.pdf>

Moreno, A. (2015). *La adolescencia*. Barcelona: Uoc.

Moser, G. (1992) *La Agresión*. Ciudad de México: Publicaciones Cruz.

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE- 10: Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: España: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2013). *CIE-10 Trastornos Mentales y del comportamiento*. Madrid: OMS.

Organización Mundial de la Salud (05 de febrero, 2015). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. *OMS*. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

Organización Mundial de la Salud (OMS, 30 de septiembre, 2016). Violencia Juvenil. *OMS*. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/youth-violence>

- Otzen, T. & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.
- Papalia, D., Duskin, R. & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano* (12va Ed). México D.F.: McGrawHill
- Quenta, L. (2015). *Bullying escolar e ideación suicida en los estudiantes del tercer año de secundaria de instituciones educativas públicas, Tacna, 2015*. (Tesis para obtener el grado de Magíster). Universidad Peruana Unión, Lima, Perú. Recuperado de: http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/UPEU/251/1/Lourdes_Tesis_maestria_2015.pdf
- Sáenz, M. (2010). *Sintomatología depresiva y acoso escolar en un grupo de adolescentes escolares*. (Tesis para obtener el grado de licenciado en psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/677>
- Sausa, M. (03 de febrero, 2018). Menores ocupan el 70% de atenciones en salud mental. *RPP Noticias*. Recuperado de: <https://peru21.pe/peru/cifras-salud-mental-peru-menores-ocupan-70-atenciones-infografia-394376>
- Sulca, S. (14 de junio, 2016). Depresión: alrededor de 1 millón 700 mil peruanos la sufren. *RPP Noticias*. Recuperado de: <https://vital.rpp.pe/expertos/la-depresion-es-el-trastorno-mas-comun-en-el-peru-noticia-971106>
- Toralba, L. (2013). *La personalidad resiliente*. (1ra ed). Madrid: Editorial síntesis.
- Trujillo Informa (17 de julio, 2014). 5 de cada 100 adolescentes sufre el trastorno de la depresión. *TrujilloInforma.com*. Recuperado de: <https://trujilloinforma.com/trujillo/5-de-cada-100-adolescentes-sufre-el-trastorno-de-la-depresion/>

Vázquez, C., Hervás, G., Hernández, L., & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología conductual*, 18(1), 139-165. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/235412346_Modelos_cognitivos_de_la_depresion_Una_revision_tras_30_anos_de_investigacion

Ventura-León, J. (2017). ¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(4), 648-649.

Anexos

Anexo 1

En la tabla 6, se aprecia que los valores de correlación ítem-factor varía de .20 a .67, a excepción de los ítems 3, 4 y 24 que presentan valores inferiores a .20 (.13), y los valores de consistencia interna oscila entre .67 a .77.

Tabla 6

Índices de homogeneidad y consistencia interna de las puntuaciones obtenidas de la aplicación del instrumento de agresividad (N=400)

Factor	Ítems	Ítem-Factor	ω	IC 95%	
		r_{itc}		LI	LS
Agresión Física	ItA1	.47	.80	.77	.83
	ItA5	.59			
	ItA9	.44			
	ItA13	.54			
	ItA17	.48			
	ItA21	.67			
	ItA24	.13			
	ItA27	.58			
Agresión Verbal	ItA29	.47	.73	.68	.78
	ItA2	.43			
	ItA6	.42			
	ItA10	.55			
	ItA14	.54			
	ItA18	.48			
	ItA3	.13			
	ItA7	.51			
Ira	ItA11	.44	.71	.67	.76
	ItA15	.20			
	ItA19	.54			
	ItA22	.49			
	ItA25	.53			
	ItA4	.13			
	ItA8	.53			
	ItA12	.50			
Hostilidad	ItA16	.52	.76	.72	.80
	ItA20	.55			
	ItA23	.33			
	ItA26	.56			
	ItA28	.44			

Nota: r_{itc} =índice de correlación R corregido; ω =coeficiente de consistencia interna Omega; IC=intervalo de confianza; LI=límite inferior; LS=límite superior

Anexo 2

En la tabla 7, se aprecia que los valores de correlación ítem-factor varía de .21 a .59, y los valores de consistencia son de .76 y .77 respectivamente.

Tabla 7

Índices de homogeneidad y consistencia interna de las puntuaciones obtenidas de la aplicación del instrumento de depresión (N=400)

Factor	Ítems	Ítem-Factor	ω	IC 95%	
		r_{itc}		LI	LS
Cognitivo Afectivo	ItD6	.36	.76	.71	.81
	ItD7	.50			
	ItD11	.35			
	ItD12	.31			
	ItD13	.46			
	ItD14	.36			
	ItD15	.53			
	ItD16	.31			
	ItD17	.42			
	ItD18	.47			
	ItD19	.21			
Somático Motivacional	ItD20	.31	.77	.72	.81
	ItD21	.33			
	ItD1	.52			
	ItD2	.41			
	ItD3	.59			
	ItD4	.40			
	ItD5	.50			
	ItD8	.55			
	ItD9	.45			
	ItD10	.39			

Nota: r_{itc} =índice de correlación R corregido; ω =coeficiente de consistencia interna Omega; IC=intervalo de confianza; LI=límite inferior; LS=límite superior

Anexo 3

Carta de testigo informado

CARTA DE TESTIGO

Trujillo, octubre del 2018

Yo, _____, docente del _____
(grado y sección), de la institución educativa:

Doy fe que la srta. Cinthia Ximena Toribio Bejarano, estudiante del último ciclo de Psicología, ha invitado a participar, a los alumnos que tengo a mi cargo, del estudio denominado: "Agresividad y depresión en adolescentes del distrito de Trujillo"

Para ello informo que:

- Se administrará dos cuestionarios de 21 y 29 ítems.
- El tiempo que les llevará responder es de 35 minutos aproximadamente.
- La información que brinden no será usada para propósitos diferentes a los objetivos de este estudio.
- El nombre de los participantes no aparecerá asociado a ninguna opinión particular, o de las publicaciones que se deslinden de este estudio.
- La participación en este estudio no involucra beneficio económico alguno de los alumnos.
- Pueden hacer las preguntas que considere conveniente sobre el estudio en cualquier momento, y que están en el derecho que se les explique detalladamente.
- Pueden retirarse del mismo cuando así lo decidan, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.
- La información es absolutamente confidencial y no serán entregados a nadie que ellos no autoricen.
- Los participantes aceptaron participar voluntariamente del estudio.

Participante	Cinthia Ximena Toribio Bejarano Investigadora

Anexo 4

Carta de asentimiento informado

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Trujillo, octubre del 2018

Yo, _____, índico que se me ha invitado a participar del estudio denominado: "Agresividad y depresión en adolescentes del distrito de Trujillo", dirigida por la Srta. Cinthia Ximena Toribio Bejarano.

Para ello se me informó que:

- Se administrarán dos cuestionarios de 21 y 29 ítems.
- El tiempo que me llevará responder es de 35 minutos aproximadamente.
- La información que brinde no será usada para propósitos diferentes a los objetivos de este estudio.
- Mi nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular, o de las publicaciones que se deslinden de este estudio.
- La participación en este estudio no involucra beneficio económico alguno.
- Puedo hacer las preguntas que considere conveniente sobre el estudio en cualquier momento, y estoy en el derecho que se me explique detalladamente.
- Puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.
- La información es absolutamente confidencial y no serán entregados a nadie que yo no autorice.

Recibida esta información **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** participar del estudio en mención

Participante	Cinthia Ximena Toribio Bejarano Investigadora

Anexo 5

Instrumento

CUESTIONARIO (AQ)

Sexo: M/F Edad: Grado: Sección: Distrito:

Institución Educativa: Fecha:/...../.....

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones con respecto a situaciones que podrían ocurrirte a las que deberás contestar escribiendo un aspa “X” según la alternativa que mejor describa tu opinión.

Completamente falso para mí 1	Bastante falso para mí 2	Ni verdadero ni falso para mí 3	Bastante verdadero para mí 4	Completamente verdadero para mí 5
----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

1. De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona.	5	4	3	2	1
2. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos.	5	4	3	2	1
3. Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida.	5	4	3	2	1
4. A veces soy bastante envidioso.	5	4	3	2	1
5. Si me provoca lo suficiente, puedo golpear a otras personas.	5	4	3	2	1
6. A menudo no estoy de acuerdo con la gente.	5	4	3	2	1
7. Cuando estoy frustrado, muestro el enfado que tengo.	5	4	3	2	1
8. En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente.	5	4	3	2	1
9. Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también.	5	4	3	2	1
10. Cuando la gente me molesta, discuto con ellos.	5	4	3	2	1
11. Algunas veces me siento tan enfadado como si estuviera a punto de estallar.	5	4	3	2	1
12. Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades.	5	4	3	2	1
13. Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal.	5	4	3	2	1
14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos.	5	4	3	2	1
15. Soy una persona tranquila.	5	4	3	2	1
16. Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas.	5	4	3	2	1
17. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago.	5	4	3	2	1
18. Mis amigos dicen que discuto mucho.	5	4	3	2	1
19. Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva.	5	4	3	2	1
20. Sé que mis “amigos” me critican a mis espaldas.	5	4	3	2	1
21. Hay gente que me provoca a tal punto que llegamos a pegarnos.	5	4	3	2	1
22. Algunas veces pierdo los estribos sin razón.	5	4	3	2	1
23. Desconfío de desconocidos demasiado amigables.	5	4	3	2	1
24. No encuentro ninguna razón justificable para pegar a una otra persona.	5	4	3	2	1
25. Tengo dificultades para controlar mi genio.	5	4	3	2	1
26. Algunas veces siento que la gente se está riendo de mi a mis espaldas.	5	4	3	2	1
27. He amenazado a gente que conozco.	5	4	3	2	1
28. Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto que querrán.	5	4	3	2	1
29. He llegado a estar tan furioso que rompía cosas.	5	4	3	2	1

Anexo 6

INVENTARIO DE BECK

Sexo: M/F Edad: Grado: Sección: Distrito:

Institución Educativa: Fecha:/...../.....

Aquí tienes algunas afirmaciones sobre el modo como te comportas, sientes y actúas habitualmente. Marca en la hoja solo una respuesta en el espacio respectivo la frase que mejor refleje tu situación durante la última semana incluyendo hoy.

1	a) No me siento triste.
	b) Me siento triste.
	c) Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
	d) Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
2	a) No estoy particularmente desanimado respecto a mi futuro.
	b) Me siento desanimado respecto a mi futuro.
	c) Siento que ya no debo esperar.
	d) Siento que mi futuro es desalentador y que las cosas no van mejor.
3	a) No siento que yo sea un fracasado.
	b) Siento que he fracasado más que el promedio de la gente.
	c) Si pienso en mi pasado, solamente veo fracasos.
	d) Creo haber fracasado por completo como persona.
4	a) Siento la misma satisfacción de siempre por las cosas.
	b) No disfruto de las cosas como antes lo hacía.
	c) No he vuelto a sentir una verdadera satisfacción.
	d) Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5	a) No me siento particularmente culpable.
	b) Tengo sentimientos de culpa una buena parte del tiempo.
	c) Tengo sentimientos de culpa la mayor parte del tiempo.
	d) Tengo sentimientos de culpa o me siento culpable todo el tiempo.
6	a) No me siento merecedor de un castigo.
	b) Siento que puedo merecer un castigo.
	c) Espero ser castigado.
	d) Siento que estoy recibiendo un castigo.
7	a) Me siento conforme conmigo mismo.
	b) Me siento inconforme conmigo mismo.
	c) Me siento disgustado conmigo mismo.
	d) Me odio.
8	a) No me siento ser peor de los demás.
	b) Soy muy crítico conmigo mismo respecto a mis debilidades y defectos.
	c) Me censuro todo el tiempo por mis errores.
	d) Me censuro por cualquier cosa mala que ocurre.
9	a) No he pensado en quitarme la vida.
	b) He pensado en quitarme la vida, pero no soy capaz de hacerlo.
	c) Me gustaría quitarme la vida.
	d) Me gustaría quitarme la vida si tuviera oportunidad de hacerlo.

10	a) No lloro más de lo normal.
	b) Actualmente lloro más que antes.
	c) Actualmente lloro todo el tiempo.
	d) Yo era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aun cuando quisiera.
11	a) Últimamente estoy más colérico o irritable que antes.
	b) Me molesto o me pongo colérico (o irritable con más facilidad de la que estaba acostumbrado).
	c) Actualmente me siento constantemente colérico o irritable.
	d) Siempre estoy colérico.
12	a) No he perdido el interés por la gente.
	b) Actualmente me interesan los demás menos que antes.
	c) He perdido casi todo el interés por la gente.
	d) He perdido por completo mi interés por la gente.
13	a) Tomo mis decisiones igual que siempre.
	b) Aplazo mi toma de decisiones más de lo que estaba acostumbrado.
	c) Tengo gran dificultad en tomar decisiones comparando con mi pasado.
	d) Ya no puedo tomar decisiones.
14	a) Me siento aparentar peor aspecto que de costumbre.
	b) Estoy preocupado porque mi aspecto es de viejo o es poco atractivo.
	c) Siento que están ocurriendo cambios permanentes en mi apariencia de tal modo que se ve poco atractivo.
	d) Estoy seguro que mi apariencia es fea.
15	a) Puedo hacer mis actividades igual que antes.
	b) Me toma cierto esfuerzo extra iniciar alguna actividad.
	c) Me tengo que dar bastante aliento para realizar cualquier actividad.
	d) Ya no puedo realizar cualquier actividad.
16	a) Puedo dormir como de costumbre.
	b) No estoy durmiendo tan bien como de costumbre.
	c) Me despierto 1 - 2 horas más temprano y me cuesta trabajo volver a dormir.
	d) Me despierto varias horas antes de lo que estaba acostumbrado y no puedo conciliar el sueño.
17	a) Me siento más cansado de lo que estaba acostumbrado.
	b) Ahora me canso con más facilidad que de costumbre.
	c) Cualquier cosa que hago me agota.
	d) Estoy muy cansado como para realizar cualquier actividad.
18	a) Mi apetito es igual que el acostumbrado.
	b) Mi apetito no es tan bueno como de costumbre.
	c) Actualmente tengo mucho menos apetito.
	d) Ya no tengo ningún apetito.
19	a) Si es que perdido peso, este no es mucho.
	b) He perdido más de 2.5 Kg.
	c) He perdido más de 5.0 Kg.
	d) He perdido más de 7.5 Kg.
20	a) Mi salud no me preocupa más de lo habitual.
	b) Mis problemas físicos, tales como dolores o molestias, me preocupan, así como, mis trastornos estomacales y constipación.
	c) Estoy preocupado por mis problemas físicos y me es difícil pensar en otras cosas.
	d) Estoy tan preocupado acerca de mis problemas físicos que no puedo pensar en otras cosas.
21	a) No he notado ningún cambio reciente en mi interés por lo sexual.
	b) Actualmente lo sexual me interesa menos que antes.

	c) Actualmente tengo menos interés sexual que de costumbre.
	d) He perdido por completo mi interés por el sexo.