



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**La calidad de sueño y tipos de agresividad en adolescentes  
de una comunidad cristiana del Callao - Lince, 2020**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

Licenciada en Psicología

**AUTORA:**

Carpio Sánchez, Yenny (ORCID: 0000-0001-5103-3214)

**ASESORA:**

Mg. Ledesma Luzuriaga, Lizbeth Yvonne (ORCID: 0000-0003-3158-6473)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Violencia

CALLAO – PERÚ

2020

## **Dedicatoria**

Este presente trabajo es dedicado a mis padres, por el amor incondicional brindado, asimismo es la muestra de mi gratitud y el regalo que tanto han estado esperando, a ellos les debo mi más alto sentido de admiración por la vida y la perseverancia.

## **Agradecimiento**

En primera instancia a Dios, por la vida, por el sentido de mis días y conocer tan perfecto amor; a mis padres, por su sencillez y enseñanzas de vida; a mis hermanos quienes nunca dejaron de brindarme su apoyo y a mis profesores por todas las lecciones brindabas, a todos, mi gratitud entera.

## Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	v
Índice de gráficos y figuras.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. Introducción.....	1
II. Marco teórico.....	4
III. Metodología.....	11
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	11
3.2. Variables y Operacionalización .....	12
3.3. Población (criterios de selección), muestra, unidad de análisis.....	14
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	15
3.5. Procedimientos.....	18
3.6. Método de análisis de datos.....	19
3.7. Aspectos éticos.....	19
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	20
4.1 Resultados.....	20
4.2 Discusión.....	33
VI. CONCLUSIONES.....	36
VII. RECOMENDACIONES.....	37
REFERENCIAS.....	38
ANEXOS.....	47

## Índice de tablas

<i>Tabla 1.</i> Prueba de confiabilidad Alfa de Cronbach del instrumento del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. ....	16
<i>Tabla 2.</i> Prueba de confiabilidad Alfa de Cronbach del instrumento del Cuestionario de Agresión (AQ). ....	18
<i>Tabla 3.</i> Calidad subjetiva del sueño. ....	20
<i>Tabla 4.</i> Descripción latencia del sueño. ....	21
<i>Tabla 5.</i> Descripción de la duración del sueño.....	21
<i>Tabla 6.</i> Descripción de eficiencia del sueño. ....	22
<i>Tabla 7.</i> Descripción de perturbaciones del sueño. ....	22
<i>Tabla 8.</i> Descripción del uso de medicamentos para dormir. ....	23
<i>Tabla 9.</i> Descripción de disfunción diurna. ....	23
<i>Tabla 10.</i> Niveles de calidad de sueño. ....	24
<i>Tabla 11.</i> Descripción de niveles de agresividad. ....	24
<i>Tabla 12.</i> Descripción de la dimensión de la agresividad física. ....	25
<i>Tabla 13.</i> Descripción de la dimensión de agresividad verbal. ....	25
<i>Tabla 14.</i> Descripción de la dimensión ira. ....	26
<i>Tabla 15.</i> Prueba de normalidad de la variable de calidad de sueño. ....	26
<i>Tabla 16.</i> Prueba de normalidad de las variables de las dimensiones de agresividad. ....	27
<i>Tabla 17.</i> Correlación entre los componentes de la calidad de sueño y el total de agresividad. ....	28
<i>Tabla 18.</i> Correlación entre los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de agresividad física. ....	29
<i>Tabla 19.</i> Correlación entre los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de agresividad verbal. ....	31
<i>Tabla 20.</i> Correlación entre los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de ira. ....	32

## **Índice de figuras**

*Figura 1.* Porcentajes de total de calidad de sueño.

*Figura 2.* Porcentajes de total de agresividad.

*Figura 3.* Porcentajes de la dimensión de agresividad física.

*Figura 4.* Porcentajes de la dimensión de agresividad verbal.

*Figura 5.* Porcentajes de la dimensión de ira

## Resumen

La presente investigación se realizó, con el objetivo de determinar la relación entre la calidad de sueño y agresividad en adolescentes de una comunidad cristiana del Callao - Lince, 2020. El diseño de investigación fue descriptiva No experimental, de corte transversal. La muestra fue censal, fueron 60 adolescentes de entre 18 y 19 años de una comunidad cristiana. Los instrumentos de recolección de datos fueron el Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) (Luna, Robles y Agüero, 2015). Para medir los tipos de agresividad, el Cuestionario de Agresión (AQ) (Matalinares, et. al., 2012). Los resultados demostraron la correlación entre los componentes de la calidad de sueño y el total de agresividad, dieron como resultados que en los componentes 3 (Duración del sueño) y el componente 7 (Disfunción diurna) el valor de  $P \leq 0,05$ , por lo que es correlación positiva media. Respecto a las dimensiones también arrojaron resultados similares, por lo tanto, se cumple con las hipótesis planteadas de manera parcial.

**Palabras clave:** calidad de sueño, agresividad, comunidad cristiana.

## **Abstract**

The present investigation was carried out in order to determine the relationship between the quality of sleep and aggressiveness in adolescents from a Christian community of Callao - Lince, 2020. The research design was descriptive, non-experimental, cross-sectional. The sample was census, there were 60 adolescents between 18 and 19 years of a Christian community. The data collection instruments were the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Luna, Robles & Agüero, 2015). To measure the types of aggressiveness, the Aggression Questionnaire (AQ) (Matalinares, et. Al., 2012). The results demonstrated the correlation between the components of sleep quality and the total aggressiveness, giving as results that in components 3 (Sleep duration) and component 7 (Daytime dysfunction) the value of  $P = <0.05$ , so it is mean positive correlation. Regarding the dimensions, they also yielded similar results, therefore the hypotheses raised are partially fulfilled.

**Keywords:** sleep quality, aggressiveness, Christian community



## I. INTRODUCCIÓN

El sueño es muy importante y esencial para el buen funcionamiento del cuerpo físico, por lo tanto, la alteración causa dificultades en la misma, además ocasiona patologías que conllevan a alteraciones psiquiátricas (Luna, et. al., 2015; Escobar, et.al., 2006). Dentro de algunas consecuencias están los cambios en la conducta, la memoria, el estado anímico, la atención; por otro lado, el adecuado proceso es sinónimo de calidad de vida (Granados et al., 2013; Borquez, 2011). La función del sueño era muy discutida, se consideraba como pérdida o inactiva, pero se demostró que es variada en base al individuo y la edad, en los niños se da la maduración y el crecimiento neurobiológico y en general en el sueño MOR (fase de movimiento ocular rápido) o profundo se da la consolidación de la memoria de corto y largo plazo (Lira y Custodio, 2018; Ramírez y Cruz, 2014).

Arrizabalaga (2019) menciona que de acuerdo a la OMS los problemas en el sueño se tipifican como epidemia de la salud pública, que conlleva a problemas cardiovasculares y neurológicos. Asimismo, World Association of Sleep Medicine - WASM (2020) busca concientizar y promover adecuados hábitos de sueño, para contrarrestar las consecuencias de las mismas, para ello se realizó un evento el 13 de marzo del año actual, en el que participaron 56 países, lo cual indica que hay mayor interés en el tema.

Las estadísticas permiten entender de manera global la situación problemática en el sueño, de acuerdo a Centros para Control y la Prevención de Enfermedades (2012) sugiere que la población de 10 a 17 años descansa de 8.5 a 9.5 horas, sin embargo, según la encuesta nacional en EE. UU en el 2009, el 31% de estudiantes de secundaria refirió descansar un aproximado de 8 horas diarias.

Por otro lado, la Sociedad Española de Neurobiología SEN (2019) según un estudio demostró que entre un 20 a 25% de niños padecen dificultades en el sueño, el 20 y 48% de adultos tuvieron problemas para iniciarla o mantenerla, y al menos el 10% tienen trastornos crónicos y graves, esto significa más de 4 millones de la población.

En América Latina, de acuerdo a Philips (2018) a través del evento “Mejor Sueño, Mejor Salud, realizado en Brasil, Colombia, México y Argentina, revelaron que el 75% de participantes refiere que las condiciones médicas del sueño se asocian a la falta o la mala calidad de este proceso, los que tienen cansancio suman el 56%, carecen de concentración el 45% y sufren de dolores físicos el total del 43%.

En el Perú, por medio del diario El Peruano (2018) indica que según la World Sleep Society (WSS), organización internacional en el estudio e investigación del sueño y el Instituto Peruano de Neurociencias, informaron lo siguiente: el 30% de peruanos tienen inconvenientes para dormir. Es decir 3 de cada 10 peruanos no descansan de manera idónea.

Por otro lado, el problema psicosocial como la violencia en los adolescentes se aceleró de manera preocupante durante los últimos años, esto se ve reflejado en las estadísticas, 150 millones de adolescentes de 13 a 15 años a nivel mundial sufrieron violencia de algún tipo, 1 de cada 3 fueron víctimas de acoso escolar, es decir la tercera parte de la población mundial (UNICEF, 2018; UNESCO, 2018).

En América Latina y el Caribe según el UNICEF (2017) se dio la creciente de homicidios entre adolescentes de 10 a 19 años, aunque de manera moderada, porque en esta región están menos del 10% de ellos de todo el mundo, así mismo, en América Latina están los 5 países donde se concentra la mayor cantidad de homicidios de esta población vulnerable.

Nuestro país no es ajeno a esta realidad, por lo que, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Relaciones Sociales, ENARES (2016) en los años 2013 y 2015, se obtuvo que el 81% de adolescentes de edades que oscilan entre 12 a 17 años manifestó haber sido blanco de violencia infringida en su hogar primario o en un centro de atención residencial (CAR) (p. 17).

Por lo tanto, los malos hábitos de sueño y la violencia son problemáticas alarmantes que generan desequilibrios en las nuevas generaciones; por ello surge la necesidad de la investigación, para dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño y agresividad en adolescentes de una comunidad cristiana, del Callao - Lince 2020?

El valor de este producto a nivel teórico-práctico, es plantar conocimientos que ayuden en investigaciones futuras, para la explicación de los elementos de la calidad del sueño y los tipos de agresividad y abordarlas, a través de intervenciones de promoción, prevención y por qué no en el tratamiento de casos específicos. Metodológicamente se harán uso de instrumentos de evaluación, que midan ambas variables que servirá como modelos ideales.

En el presente estudio se planteó el siguiente objetivo principal: Determinar la relación entre los componentes de la calidad de sueño y los tipos de agresividad en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince. Con respecto a los objetivos específicos, son: a) Identificar los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de agresividad física en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince: específicamente en el componente de disfunción diurna, b) Identificar los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de agresividad verbal en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince y c) Identificar los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de ira en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince.

Seguidamente, la investigación planteó la siguiente hipótesis principal: Existe relación estadísticamente significativa entre los componentes de la calidad de sueño y los tipos de agresividad en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince. Así mismo las hipótesis Específicas son: a) Existe relación estadísticamente significativa entre los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de agresividad física en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince: específicamente en el componente de disfunción diurna, b) Existe relación estadísticamente significativa entre los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de agresividad verbal en adolescentes de una comunidad

cristiana de Callao-Lince, y c) Existe relación estadísticamente significativa entre los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de ira en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince.

## **II.MARCO TEÓRICO**

En relación a los antecedentes nacionales, Blanco (2015) en su estudio con el título “Relación entre el tipo de sueño y síntomas ansiosos y depresivos en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Antonio José de Sucre”; quien tuvo como finalidad hallar la relación entre los tipos de sueños y síntomas de Ansiedad – Depresión en adolescentes. En cuanto al tipo de diseño fue descriptivo correlacional, como resultado no existe relación entre las variables, así mismo el nivel de ansiedad fue de 60.8%, los síntomas depresivos en un 70% con mayor prevalencia en los hombres.

Vílchez, et al. (2016) realizaron la siguiente investigación: “Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de medicina”, cuyo objetivo fue hallar la relación entre los problemas de salud mental y la calidad de sueño en los estudiantes de medicina. En este producto investigativo se usó el diseño descriptivo correlacional. Se concluye que existe mala calidad de sueño y a su vez tiene relación significativa con problemas en la salud mental como: la ansiedad, depresión y estrés.

García (2017). En su investigación doctoral “Desgranando la agresividad adolescente: Relación con los familiares, escolares y personales”, tuvo como propósito verificar si hay relación entre el estilo educativo percibido y la agresividad. El tipo de diseño utilizado fue descriptivo correlacional; los resultados indican que el ambiente familiar es decisivo en la agresividad desde la pubertad hasta la adolescencia, y existe más relación del estilo educativo paterno con las medidas de agresividad, en especial la ira; por otro lado, se tiene más relación del estilo educativo materno con la agresividad proactiva.

En los antecedentes internacionales, Puerto et al. (2015) desarrollaron un artículo, con el título de “Somnolencia, hábitos de sueño y uso de redes sociales en

universitarios”, cuya finalidad fue encontrar niveles de somnolencia, los hábitos del sueño y patrones en el uso de las redes sociales en universitarios; el tipo de diseño utilizado fue descriptivo correlacional y como resultado se halló la relación positiva entre el uso de las redes sociales y el horario para ir a dormir en días de clase.

Respecto a la problemática de violencia, Ingles, et al. (2015) en su trabajo investigativo realizado en España, con nombre: “Conducta agresiva e inteligencia emocional en la adolescencia”, tuvo como finalidad encontrar la relación entre la inteligencia emocional y la agresividad física, verbal, hostilidad e ira. El tipo de diseño realizado empleado fue descriptivo correlacional y se concluyó que los participantes presentaron baja puntuación en inteligencia emocional y tuvieron alto puntaje en conductas agresivas.

Jiménez y Estévez (2017) realizaron un artículo en México, el cual fue: “School aggression in adolescence: Examining the role of individual, family and school variables”, desarrollado con el fin de analizar el rol familiar y el desarrollo de características individuales de los adolescentes en el colegio. En cuanto al diseño empleado fue correlacional descriptivo y se obtuvo los siguientes resultados diferentes por el género: en primer lugar, el contexto de la familia parece jugar un papel relevante en la prevención de la agresión escolar, en segundo lugar, la percepción positiva de los adolescentes del clima familiar y del aula parece ser un factor esencial para disminuir la necesidad del mal comportamiento, lo cual se relaciona con menor agresión en el colegio.

A continuación, se enuncian los conceptos base de lo que se quiere abordar, para tener una mayor comprensión científica de ambas variables de estudio:

El sueño es la fase de inactividad relativa, en ella se dan procesos neuro-endocrinos, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales y cambios en la temperatura, se suspende la comunicación con el medio externo y da alternancia entre sueño y vigilia (cuando está despierto y se descansa con los ojos cerrados) se dice que dormimos la tercera parte de nuestra existencia, muchos lo hacen menos de 5 horas, de acuerdo a investigaciones al no dormir de 7 a 8 horas devienen a la mala calidad de vida, que se ve reflejado en dificultades físicas y

psicológicas (Talero et. al., 2013; Luna, et. al., 2015 y Miró, et al., 2005). De acuerdo a la historia el ciclo normal de sueño y vigilia se vio afectada debido a la tecnología como es la introducción de la luz artificial, alterando así el normal proceso con la adecuación a nuevas actividades a realizar durante la noche (Agudelo, 2008).

Según Checa (2017) refiere que es un estado cambiante cíclico de la inconciencia, donde existe coordinación de sistemas neuronales, directamente en el diencéfalo, tronco y la corteza cerebral, es decir en conjunto aportan al bienestar general. Así mismo está la homeostasis del sistema nervioso central, la reparación de los tejidos referentes a los contenedores que se encargan de aportar la energía y la memoria (p.95).

Respecto a las fases del sueño existen 2, sueño MOR (movimiento ocular rápido) donde hay presencia de niveles altos de la actividad cerebral y parálisis muscular, y sueño NMOR (no movimiento ocular rápido), son alternantes de 4 a 5 veces, la fase de NMOR tiene duración de 6 horas, mientras que la MOR 2 horas (Davis y Palladino, 2008; Velayos, et. al., 2007 y Aguirre, 2007).

La función del sueño, según Carrillo, et. al. (2018) es conseguir la reparación del funcionamiento del cuerpo, de lo contrario existe el declive de la salud o cambios en ciclo circadiano, así como en lo conductual y cognitivo se dan cambios importantes, existe irritabilidad, dificultades para conseguir la concentración, dolor de cabeza, cansancio, etcétera. Por último, se generan patologías como trastornos crónicos del sueño (TS), como: respiratorios, insomnio, la mala calidad de sueño en temporalidad, somnolencia y otros.

Se da también el normal funcionamiento cerebral, a eso Siegel (citado por Davis y Palladino, 2008, pp. 148 - 149) menciona que en el sueño MOR las células cerebrales que fabrican las monoaminas (norepinefrina, serotonina e histamina) descansan, ya que durante el día tienen gran desgaste, estos sistemas de receptores vuelven a recargar su sensibilidad total. La norepinefrina se encuentra en el locus cereleus de la protuberancia que envían fibras nerviosas a extensas zonas del encéfalo y regula el humor, la serotonina actúa como frenador del dolor

en la médula y tiene consecuencias en áreas del sistema nervioso el cual se asociado al humor o estado afectivo y la histamina se ha relacionado con el despertar, la conducta sexual, la presión arterial y el umbral al dolor (Charroo, et. al., 2006, pp. 6-9).

Por lo antes mencionado es importante las horas a dormir, por ello, Splegel y Cols (1999, como se citó en Miro, et. al., 2005, p. 17). En una investigación experimental concluyeron que necesariamente son 8 horas para evitar que los procesos vitales se aceleren y retardar el envejecimiento prematuro. De otra perspectiva, Van y Cols (2003, como se citó en Carrillo, et. al., 2013, p.11). En su estudio descubrió que los que duermen cuatro horas por catorce días, tuvieron reducción cognitiva y fue comparado a pacientes que fueron privados de manera total durante 72 horas, los cuales tuvieron iguales resultados.

Por otro lado, Checa (2017) refiere que la falta de sueño conlleva a la fatiga y afectaciones a la percepción, cognición y funciones psicomotoras. En niños generan afectaciones conductuales, déficit de atención, dificultades académicas y del desarrollo mental, además de problemas interpersonales, lo cual todo ello puede terminar en impulsividad (p. 96).

Los que trabajan de noche duermen menos 2 a 4 horas y se pierde el sueño MOR, en estos hay mayor incidencia de trastornos digestivos, cardiovasculares o algún tipo de cáncer y alteraciones en el estado de ánimo, que los que duermen de noche. Esto repercute en la capacidad de atención visual y ejecutiva, la capacidad de codificación y respuesta, así como otras facultades cognitivas como la memoria viso-espacial (Madrid, 2016; Portilla, et.al., 2019) La falta de sueño en la juventud aumenta el comportamiento ansioso o depresivo, el bajo rendimiento escolar, y se pueden dar por el exceso de las siguientes sustancias: cafeína, nicotina y otras; ocasiona también la somnolencia diurna o la incapacidad para mantenerse despierto durante el día que a su vez generan accidentes personales y automovilísticos (Solari, 2015; Mesquita y Reimao, 2007 y Bluhm, 2000).

Respecto al sueño y las emociones, los que no llegan a conciliar o mantener el sueño en tiempo y calidad, se ve reflejado en la inestabilidad emocional e irritabilidad (Morales, 2009) en tiempos de pandemia el sueño se ve mermado y fragmentado y provoca la producción elevada del cortisol, quien es un agente que causa el estrés; el rol básico en el sueño es regular las emociones, por lo que no hay forma de sobrellevar los eventos preocupantes de manera positiva (Ramírez, et. al., 2020). Las dificultades en el cumplimiento de la cantidad y calidad de sueño tienen impacto no solo en la manera de cómo se siente, si no también se refleja en las relaciones interpersonales, por la presencia de cambios de humor que los hace vulnerables a respuestas adictivas y negativas como el consumo de bebidas que contengan cafeína u otros estimulantes para mejorar la fatiga, evitar el sueño y otras ideas erróneas (Ireland y Culpin, 2006; Masalán, et. al., 2013 y Carrillo, et. al., 2018).

También se generan trastornos crónicos tales como la somnolencia diurna o la incapacidad para mantenerse despierto durante el día, por lo que además de generar problemas psicológicos también conllevan a accidentes personales y automovilísticos (Mesquita y Reimao, 2007). El insomnio es el inconveniente para conciliar y conservar el sueño, a esto se suma la apreciación de no dormir de manera adecuada, y no tiene que ver con las situaciones ambientales (Carrillo, et. al., 2018). El Síndrome de sueño insuficiente (SSI), es un trastorno donde no se logra conseguir la calidad y cantidad de sueño reparador (Carrillo, et. al., 2018). La Narcolepsia es cuando existe exceso de somnolencia diurna y cataplexia (debilidad muscular extrema) que se presenta por la ira, la alegría, entre otras. Así mismo se incluye alucinaciones hipnagógicas (sueños intensos y vividos que se dan al comienzo del sueño) y parálisis del sueño, al iniciar el sueño o al despertar, presentándose en su mayoría en población de edades entre 15 y 30 años, existe mayor posibilidad de ser genético y también se ha notado la presencia del antígeno leucocitario humano (HLA) DQB1\*0602, tal es así que el 85% de pacientes con narcolepsia y cataplexia lo tienen (Davis y Palladino, 2008 y Carrillo, 2018).



La segunda variable de estudio es la violencia, por ello en principio se toma en cuenta el significado de la misma, para ello, la Real Academia de la Lengua Española RAE (2019) menciona que la violencia se da por una cualidad de ser violento, acción de agredir a otros o así mismo, o referida a violar a una persona. Es decir que es un acto deliberado, una conducta consciente de atentar contra sí mismo u otros individuos.

Son reacciones agresivas, inadecuadas, sus propiedades son la brusquedad, magnitud y mal intención, es decir intencionado y sin excusa, además es un acto humillante contra la integridad física, psicológica o moral, por lo cual es juzgado ante la sociedad y la ley (Carrasco y González, 2006). Es la acción de dañar, directo de una persona a un grupo de individuos, de manera premeditada y consciente de herir o agraviar, con la finalidad de modificar comportamientos o de tipo social, políticas, culturales y económicos (Cuervo, 2016).

Es el hecho de dañar de forma corporal, psicológica haciendo uso de la fuerza hacia otra persona; comportamiento que atenta la integridad moral del individuo, abarcando también la agresión verbal y todas las agresiones descritas hasta incidir en homicidio (Álvarez y Vargas, 2002; Castellanos, R., y Castellanos, R. D, 2012).

Las dimensiones de los comportamientos agresivos, son 4: físico, verbal, ira y hostilidad. De acuerdo a Buss y Perry (1992, citado por López y Vadillo, 2013). La agresión física y verbal requiere lastimar a alguien de manera física e instrumental; la hostilidad es referida como un sentimiento de arbitrariedad y representa el elemento cognitivo-conductual; y por último la ira, que involucra la parte psicológica y simboliza el elemento emotivo-afectivo del comportamiento agresivo.

Respecto a las dimensiones referidas de acuerdo a Buss (1961, citado en Moser, 1992). Menciona que la existe agresión activa (física) de manera directa es cuando se dan conductas que causan golpes y lesiones; por el otro lado está la agresión física indirecta, y se da cuando estos golpes se dan a un sustituto de la

víctima. Mientras que la agresión verbal del mismo modo esta la directa, que se da cuando existen insultos, y la indirecta se muestran murmuraciones en contra de alguien (p.12).

Según Buss (1961, citado en Moser, 1992) toda conducta que daña o conlleva a perjuicio hacia otro individuo es agresión; Otros autores mencionan que es: causar de forma premeditada, generando efecto positiva y que lleven a la búsqueda de soluciones adecuadas, opuesto a la violencia, es una disposición o acción de desenvolverse de forma agresiva, por lo tanto, es un consecuente a la adaptación para la supervivencia, ante situaciones de peligro extremo; desde el aspecto social, es natural en la persona, porque está desde la existencia, por otro lado, desde lo individual es dinámico, es más visible en las primeras etapas de vida y va cambiando con los años, pero en algunos individuos persiste en la edad adulta en cualquier contexto (Carrasco y González, 2006; Matalinares. et al., 2012 y Castillo, 2006).

Mientras que la **ira** es una emoción negativa, por ello Spielberger (1983, acuñado en Carrasco y González, 2006) mencionan que es un estado emocional, que va cambiando en intensidad, comienza con un pequeño enojo o ira, hasta llegar a sentir rabia, esto ocurre ante situaciones desagradables, que en muchos casos son imprevistos. Asi mismo según Berkowitz (1996, como se citó en Matalinares, et al, 2012, p. 149) lo conceptualiza como sentimientos que tienen la idea de haber sido heridos, no tiene un objetivo, sino que es como respuestas psicológicas internas y de manera espontánea, ante momentos desagradables.

Respecto a **hostilidad**, Berkowitz (1996, citado en Carrasco y González, 2006, p.9) define como elemento cognitivo, que lleva a prejuicios negativos hacia otro individuo y se refleja con el desprecio o disgusto. Asi mismo Spielberger, Jacobs, Rusell y Crane (1983, citado por Matalinares, et al, 2012, p. 149) deducen que es la expresión malintencionada contra otro sujeto, con pensamientos inadecuados y negativos, mostrando intolerancia o malestar.

### III.METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo y diseño de investigación

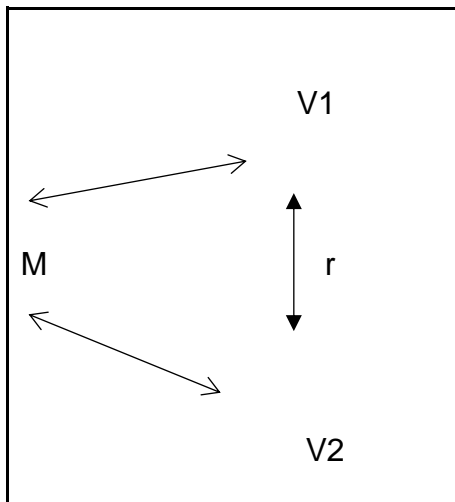
**Tipo:** Es aplicada por que busca determinar por medio del conocimiento científico las alternativas y la solución de problemas sociales (Ramírez, et. al. 2018). Por lo antes mencionado, todo parte de lo que se busca conseguir a través de la investigación, del valor que se le asigna a la misma, esto se menciona en la parte introductoria del trabajo.

**Nivel:** El estudio desarrollado es correlacional, es decir se busca hallar la relación entre variables, más no se debe confundir con causalidad, es decir la una no es la causa de la otra, sino más bien puede existir cierta relación entre las variables de estudio (Rojas, 2015). Por lo tanto, la correlación se menciona en la hipótesis propuesta y se busca describir a través de los resultados conseguidos a través de la muestra de estudio.

**Enfoque:** Por otro lado, el estudio es cuantitativo, para Cook (1979, citado en Cadena et al., 2017) es la que reúne y analiza los datos que se pueden contar, es decir producen datos numéricos (p. 1606). Por lo tanto, lo que se realiza en este producto es cuantificar las variables a través de métodos estadísticos y conseguir dilucidar las propuestas en el planteamiento del problema.

**Diseño:** Por otro lado, es descriptiva no experimental, porque es cuando da a conocer la realidad, es decir la presenta tal como la encuentra en un determinado tiempo y espacio, de otro lado es transversal dado que, no existe ninguna intervención de parte del investigador y la medición de la o las variables a través de la unidad de análisis son aplicadas una sola vez (Rojas, 2015 y Rodríguez & Mendivelso, 2018). Por lo antes mencionado, los resultados de la investigación se exponen tal cual se encuentra en la muestra de estudio.

El gráfico siguiente corresponde al diseño seleccionado:



Dónde:

**M:** Muestra del que se utiliza para el estudio

**V1:** Calidad de sueño.

**V2:** Tipos de agresividad.

**r:** Relación entre variables.

#### **a. Variables y Operacionalización**

Las variables a estudiar son las siguientes:

**V1:** La Calidad de sueño, esta variable de estudio es catalogada como variable independiente, “es el motivo o explicación que pueda ser la que cause la ocurrencia de la otra variable” (Pérez, 2007, p. 171).

**V2:** Tipos de agresividad, esta es la variable dependiente, “este fenómeno es la resultante, es el que debe explicarse” (Pérez, 2007, p. 171).

## 3.2 Operacionalización de Variables

**Variable 1:** Calidad de sueño.

**Definición conceptual:** Calidad de sueño, es el significado que se le da al descanso y los beneficios que están traen a la salud, además se relaciona de manera estrecha con la calidad de vida, y los malos hábitos en ella están asociadas a los cambios en la salud física y psicológica (Luna, et. al., 2015, p. 23).

**Definición operacional:** La variable se mide haciendo uso del instrumento de Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) compuesta por 19 ítems y 7 componentes: Se utilizó la que fue adaptada a la realidad del país por Luna, Robles y Agüero.

**Indicadores:** Se divide en 7 componentes: calidad subjetiva de sueño (se da la valoración de calidad de sueño); latencia (tiempo para conciliar el sueño); duración, cuantas horas se duerme sin interrupciones; eficiencia (total horas a dormir más horas de cama); perturbaciones del sueño (dificultades externas e internas para conciliar el sueño); uso de medicación para dormir, y disfunción diurna (se muestra si existe presencia de cambios en las tareas diarias).

**Escala de medición:** Ordinal.

**Variable 2:** Tipos de Agresividad

**Definición conceptual:** La agresividad “es la conducta por la que un individuo busca dañar de manera premeditada a otro” (Matalinares. et al., 2012, p. 148).

**Definición operacional:** Se usó el Cuestionario de Agresión (AQ) Consta de 29 ítems, mismos que componen por 4 factores:

La descripción de los cuatro factores son los siguientes:

\* **Factor I:** Agresividad física. Compuesto por los ítems: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 24, 27, 29.

\* **Factor II:** Agresividad verbal. Conformado por los ítems: 2, 6, 10, 14, 18.

\***Factor III:** Ira. Constituido por los ítems: 3, 7, 11, 15, 19, 22, 25.

\***Factor IV:** Hostilidad. Consta de los ítems: 4, 8, 12, 16, 20, 23, 26, 28.

**Indicadores:** Agresividad física (presencia de peleas, respuestas violentas, ataques); agresividad verbal (discusiones, desacuerdos en ideas, falta de control para aceptar otras opiniones); Ira (falta de control de emociones como el enojo) y hostilidad (existen emociones negativas y pensamientos irracionales)

**Escala de medición:** ordinal.

### **3.2 Población y muestra**

**Población:** “o llamado también universo, que es el conjunto del objeto de estudio en base a características comunes que se cumplan con lo que se busca investigar, al cual se le denomina objetos de estudio” (Gómez, 2006, p. 109). De acuerdo al interés la unidad de análisis estuvo conformada por un total de 60 participantes de entre 18 y 19 años pertenecientes a una comunidad cristiana del Callao y Lince. Para esto se tomó en cuenta las siguientes especificaciones:

#### **Criterios de inclusión:**

- Adolescentes de entre 18 y 19 años
- Que asistan de manera virtual a las reuniones de índole religioso
- Que sean parte de un grupo cristiano ubicados en Callao-Lince
- Que tengan la disponibilidad de participar de la encuesta

#### **Criterios de exclusión:**

- Quienes marquen 2 o más respuestas
- Quienes obvien las respuestas
- Quienes tengan dificultades visomotoras

**Muestra:** De acuerdo a las características requeridas, se tomó en cuenta a toda la población por lo que se denomina muestra censal. “o encuesta censal cuando se recoge la información de las características de todos los que conforman la población” (Pérez, 2010, p. 138). Por lo antes expuesto la muestra la conforman 60 participantes de ambos sexos de 18 y 19 años que pertenecen a una comunidad cristiana.

**Unidad de análisis:** Adolescentes de 18 y 19 años de edad y que pertenezcan a una comunidad cristiana situada en el Callao-Lince.

### **3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:**

#### **Variable 1**

#### **Ficha técnica**

Nombre del instrumento:	Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI)
Autor:	Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer.
Adaptado al español:	Royuela, A y Macías, J (1997)
Adaptado al Perú:	Luna, Robles y Agüero (2015).
Objetivo:	Determinar la calidad de sueño
Administrado a:	De 18 años en adelante
Tiempo:	20 minutos
Descripción:	Consta de 19 preguntas y 7 componentes: calidad subjetiva de sueño, latencia, duración, eficiencia, perturbaciones, el uso de medicación para dormir y disfunción diurna.

La calificación es de entre 0 y 21 puntos. La puntuación menor es 5, que significa “Sin problemas de sueño”, si se encuentra en un rango de 5 a 7 su significante es

“Merece atención médica”, entre 8 y 14 como “Merece atención y tratamiento médico” y por último si es de 15 a más, “se trata de un problema de sueño grave”.

### **Validez del instrumento**

Fue adaptado y validado al Perú por Luna, et.al., (2015) siendo esta la versión colombiana, instrumento que tuvo una adaptación lingüística a partir del focus group del estudio piloto, tal investigación fue titulada como la Validación del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh con una muestra peruana, se ejecutó la validez de constructo en una muestra de 4445 adultos. Se realizó la validez de la variable utilizando el análisis factorial exploratorio, en donde se halló que los 3 componentes explicaron el 60,2% de la varianza.

### **Confiabilidad del instrumento**

La confiabilidad se dispuso a través del método de consistencia interna por medio del Alfa de Cronbach, el resultado obtenido demuestra ser favorable en un 0,56.

### **Tabla 1**

*Prueba de confiabilidad Alfa de Cronbach del instrumento del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh.*

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0.772	0.677	18

Como se observa en la tabla 1, el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach es de  $0.772 > 0.70$ , por lo tanto, el instrumento es confiable.



## Variable 2

### Ficha técnica

Nombre del instrumento:	Cuestionario de Agresión (AQ)
Autor:	Arnold H. Buss y Mark Perry en 1992
Adaptado al español:	Andreu, Peña y Graña, 2002
Adaptado al País:	Matalinares, et. al (2012).
Administrado a:	Adolescentes de 10-19 años.
Tiempo:	20 minutos
Descripción:	Consta de 29 ítems y compuesto por 4 factores: Agresividad física, verbal, Hostilidad e Ira.

La valoración es:

1. Agresividad física: la valoración es Nivel Muy Alto: 30a +; Alto: 24-29; Medio: 16-23; Bajo: 12-17 y Muy bajo -11.
2. Agresividad verbal: Nivel Muy Alto: 18a +; Alto: 14-17; Medio: 11-13; Bajo: 7-10 y Muy bajo -6.
3. Ira: ítems: Nivel Muy Alto: 27a +; Alto: 22-16; Medio: 18-21; Bajo: 13-17 y Muy bajo -12
4. Hostilidad: Nivel Muy Alto: 32a +; Alto: 26-31; Medio: 21-25; Bajo: 15-20 y Muy bajo -14

### La validez del instrumento

Fue validado por Matalinares et al. (2012). En el trabajo que lleva como título: Investigación Psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión de Buss y Perry, El trabajo fue aplicado en una muestra de 3623 personas de 10 a 19 años de edad de ambos sexos. Fueron estudiantes del 1ro al 5to de secundaria de instituciones educativas de las 3 regiones del país. Se llegó a la conclusión que la versión española del Cuestionario de Agresión adaptada a la realidad peruana obtiene la validez de la variable a través del análisis factorial.

### Confiabilidad del instrumento

Respecto a la fiabilidad por consistencia interna u homogeneidad, alcanzó un CF encontrados en base al Coeficiente alfa de Cronbach. La fiabilidad fue alta para escala general ( $\alpha = 0,836$ ), pero en las sub dimensiones son inferiores, en agresión física ( $\alpha = 0,683$ ), sub escala agresión verbal ( $\alpha = 0,565$ ), sub escala ira ( $\alpha = 0,552$ ) y Hostilidad ( $\alpha = 0,650$ ). Sin embargo, se observó los 2 ítems (15 y 24) ya que, si se reformulan, podrían llevar a mejores resultados.

**Tabla 2**

*Prueba de confiabilidad Alfa de Cronbach del instrumento del Cuestionario de Agresión (AQ).*

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0.876	0.877	29

Como se visualiza en la tabla 2, el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach del instrumento de agresión de (QA) es de  $0.876 > 0.70$ , por lo tanto, se infiere que el instrumento es confiable.

### 3.5 Procedimientos

Como primer paso fue, buscar el tema de investigación de interés adecuado a lineamientos establecidos por la casa de estudios, además de tener el planteamiento del problema, para la realización del marco teórico se buscó los antecedentes nacionales e internacionales así como la literatura referente a las dos variables como base para el trabajo; seguidamente se buscó los instrumentos para la medición de ambas variables y las autorizaciones de los autores que validaron estas herramientas, posteriormente se tomó en cuenta la población y unidad de análisis que cuenten con las características esperadas para el estudio y así mismo,

para la aplicación de los instrumentos; la data se codificó con el uso del programa estadístico de IBM SPSS Statistics 25 con el cual se pasó al análisis y resultados numéricos de la investigación.

Por último, se dio lugar a la descripción del reporte de investigación con las conclusiones y recomendaciones de las mismas.

### **3.6 Método de análisis de datos**

Para la obtención de los resultados, se ejecutó la codificación de la data a través de herramientas como Excel y para el tratamiento estadístico el programa de IBM SPSS Statistics 25, el análisis descriptivo se realizó por medio de las tablas de frecuencias y porcentajes; posteriormente se buscó hallar la normalidad de las variables y se usó la de Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup> la cual permitió constatar si las puntuaciones de la muestra siguen la distribución normal, por lo tanto es del tipo no paramétrica, debido a arrojar el resultado de ( $p < .05$ ), por lo tanto se empleó el coeficiente de correlación de Rho de Spearman para llegar a los resultados de dependencia entre los constructos de calidad de sueño y agresividad descritas en las hipótesis planteadas.

### **3.7 Aspectos éticos**

Toda la información seleccionada y utilizada en este trabajo investigativo, fue en base a los lineamientos éticos, tanto para no violar las normas del derecho de autor, esto en referencia a la búsqueda de toda literatura utilizada como referencia, así como para la recogida de información en los participantes a quienes se les dio a conocer que sus datos serán reservados y el uso no tendrá propósitos distintos a la del estudio científico. No existirá ninguna recompensa, beneficio, problema ni riesgo que pueda causar su participación voluntaria a esta actividad. Por lo tanto, se tendrá en cuenta ciertos criterios internacionales, como menciona Chamorro (2012, como citó Canese, 2014, p.161) 4 principios bioéticos: Respeto a los participantes, a su integridad física, salud, dignidad y bienestar, porque busca traer beneficios para los sujetos y la comunidad, no maleficencia, no busca ocasionar perjuicios o malestar a los participantes y la comunidad y por último el de Justicia

ya que, busca otorgar con justicia los beneficios de la investigación. Por otra parte, en el ámbito profesional y nacional, de acuerdo al Colegio de Psicólogos del Perú (2017) en la declaración de principios se prescriben que el profesional al realizar una investigación debe tener en cuenta el cuidado de la privacidad e integridad de aquellos que desean participar en las investigaciones.

#### **IV. RESULTADOS**

Como consiguiente se mostrarán los resultados de los análisis descriptivos de las variables de estudio de calidad de sueño y tipos de agresividad

##### **Resultados descriptivos**

**Tabla 3**

*Descripción de calidad subjetiva del sueño*

	Frecuencia	Porcentaje
Bastante buena	5	8,3
Buena	41	68,3
Mala	13	21,7
Bastante mala	1	1,7
Total	60	100,0

*Nota.* De acuerdo a los resultados en la tabla 3 se verifican la descripción de la calidad subjetiva del sueño donde el 68.3% de la muestra percibe como “buena”; por otro lado, el 21.7% “mala”, por otro lado, el 8,3% como “Bastante buena” y el 1.7% aduce como “Bastante mala”.

**Tabla 4***Descripción de la latencia del sueño*

	Frecuencia	Porcentaje
Bastante buena	12	20,0
Buena	20	33,3
Mala	19	31,7
Bastante mala	9	15,0
Total	60	100,0

*Nota.* Se verifica la descripción de la latencia del sueño donde: el 33.3% de la muestra percibe como “buena”; mientras que el 31.7% “mala”, por otro lado, el 20% “Bastante buena” y el 15% restante como “Bastante mala”.

**Tabla 5***Descripción de la duración del sueño*

	Frecuencia	Porcentaje
Bastante buena	25	41,7
Buena	27	45,0
Mala	4	6,7
Bastante mala	4	6,7
Total	60	100,0

*Nota.* Se pueden observar en la tabla 5 la descripción de la duración del sueño donde el 45% de la muestra percibe como “buena”; por otro lado, el 41.7% “bastante mala”, de otro lado el 6,7% como “Bastante mala” al igual que “mala”

**Tabla 6***Descripción de la eficiencia del sueño*

	Frecuencia	Porcentaje
Bastante buena	55	91,7
Buena	4	6,7
Mala	1	1,7
Total	60	100,0

*Nota.* Respecto a la eficiencia del sueño de observan en la tabla 6 que el 91.7% de la muestra percibe como “Bastante buena”; por otro lado, el 6.7% “buena”, y el 1.7% restante como “mala”

**Tabla 7***Descripción de perturbaciones en el sueño*

	Frecuencia	Porcentaje
Bastante buena (no existe perturbaciones)	1	1,7
Buena (alguna vez)	24	40,0
Mala (alguna vez hubo factores de perturbación)	30	50,0
Bastante mala (existen muchos factores de perturbación)	5	8,3
Total	60	100,0

*Nota.* De acuerdo a lo hallado en la tabla 7 se verifican la definición perturbaciones en el sueño donde: el 50% de la muestra percibe como “mala”; por otro lado, el 40% “buena”, por otro lado, el 8,3% como “Bastante mala” y el 1.7% aduce como “Bastante buena”. Es decir, existen perturbaciones que impiden conciliar el sueño

**Tabla 8***Descripción del uso de medicamento para dormir*

	Frecuencia	Porcentaje
Bastante buena (no usa medicamentos)	51	85,0
Buena (casi nunca)	4	6,7
Mala (algunas veces)	2	3,3
Bastante mala (usa medicamentos)	2	3,3
No responde	1	1,7
Total	60	100,0

*Nota.* Se observa en la tabla 8 la descripción del uso de medicamentos para dormir donde: el 85% de la muestra no uso medicamentos para dormir; por otro lado, el 6.7% “casi nunca” las usó, mientras que el 3.3% algunas veces al igual que los que si las usan y el 1.7% no responde.

**Tabla 9***Descripción de disfunción diurna*

	Frecuencia	Porcentaje
Buena (Baja)	14	23,3
Mala (Alta)	41	68,3
Bastante mala (bastante alta)	5	8,3
Total	60	100,0

*Nota.* De acuerdo a los resultados en la tabla 9 se verifican la disfunción diurna en los adolescentes donde: el 68.3% de la muestra percibe como “alto”; por otro lado, el 23.3% “baja”, mientras que 8,3% como “Bastante alta”.

**Tabla 10***Descripción de los niveles de calidad de sueño*

	Frecuencia	Porcentaje
Sin Problemas de Sueño	14	23.3
Merece Atención Médica	21	35.0
Merece Atención y tratamiento médico	25	41.7
Total	60	100.0

*Nota.* En la tabla 10 se verifican los niveles de la variable de calidad de sueño, describiéndose que el 41.7% de la muestra obtuvieron “merece atención y tratamiento médico; por otro lado, el 35% “merece atención médica”, por último, el 23.3% restante tuvo el nivel de “sin problemas de sueño”.

**Tabla 11***Descripción de los niveles de agresividad*

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	49	81.7
Bajo	2	3.3
Medio	6	10.0
Alto	3	5.0
Total	60	100.0

*Nota.* En la tabla 11 se registran los niveles del constructo agresividad, donde se infieren que un total del 81.7% de muestra obtuvieron el nivel “Muy bajo”; mientras que 10% el nivel “Medio”; por otro lado, el 5% tuvo el “Alto” y el 3.3% restante de los mismos el nivel catalogado como “Bajo”.



**Tabla 12***Descripción de la dimensión de agresividad física*

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	47	78.3
Bajo	3	5.0
Medio	7	11.7
Alto	3	5.0
Total	60	100.0

*Nota.* En la tabla 12 se encuentran los niveles de la dimensión de agresividad física, arrojaron que el 78.3% el nivel de “Muy bajo”; el 11.7% tuvo “Bajo”; mientras que el 5% tuvieron la categoría de “Bajo”; al igual que el otro 5% restante que fue “Alto”.

**Tabla 13***Descripción de la dimensión de agresividad verbal*

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	33	55.0
Bajo	2	3.3
Medio	21	35.0
Alto	3	5.0
Muy alto	1	1.7
Total	60	100.0

*Nota.* En la tabla 13 se observaron que de acuerdo a la dimensión de agresividad verbal el 55% de la muestra obtuvo el nivel de “Muy bajo”; el otro 35% arrojó “Medio”; el 5% tuvo “Alto”; por otro lado, el 3.3% “Bajo” y por último el 1.7% restante “Muy alto”

**Tabla 14***Descripción de la dimensión de ira*

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	36	60.0
Bajo	6	10.0
Medio	13	21.7
Alto	4	6.7
Muy alto	1	1.7
Total	60	100.0

*Nota.* De acuerdo a la tabla 14 se observa los niveles de la dimensión ira, determinándose que el 60% obtuvieron “Muy alto”; el otro 21.7% tuvo el nivel “Medio”, el 10% tuvo “Bajo” en ira; mientras que el 6.7% “Alto” en ira y finalmente el 1.7% presentó “Muy alto” en esta dimensión.

**Prueba de normalidad****Tabla 15***Prueba de normalidad de la variable calidad de sueño*

		CALIDAD DE SUEÑO
N		60
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	2.18
	Desv. Desviación	0.792
Máximas diferencias extremas	Absoluto	0.266
	Positivo	0.175
	Negativo	-0.266
Estadístico de prueba		0.266
Sig. asintótica(bilateral)		,000 <sup>c</sup>

*Nota.* En la tabla 15 se observa la prueba de normalidad del constructo calidad de sueño. Se usó la prueba de Kolmogorov – Smirnov, ya que la muestra fue superior a 50 sujetos, así mismo se puede observar que el resultado total es 0, por lo que su significancia de la distribución no se ajusta a lo normal, por lo que se utilizará el coeficiente de correlación Rho de Spearman y estadísticos inferenciales no paramétricas.

**Tabla 16**

*Prueba de normalidad de las dimensiones de agresividad*

		Agresividad Total	Agresividad Física	Agresividad Verbal	Ira
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	1.38	1.43	1.95	1.80
	Desv. Desviación	0.865	0.890	1.126	1.102
Máximas diferencias extremas	Absoluto	0.488	0.470	0.351	0.366
	Positivo	0.488	0.470	0.351	0.366
	Negativo	-0.329	-0.313	-0.241	-0.234
Estadístico de prueba		0.488	0.470	0.351	0.366
Sig. asintótica(bilateral)		,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>

*Nota.* Se puede observar en la tabla, la prueba de normalidad de las dimensiones de la variable de agresividad, para lo cual se empleó la prueba de Kolmogorov – Smirnov porque la muestra es superior a 50 individuos; los resultados en las tres dimensiones arrojaron 0 y significan que la distribución no es normal. Por lo tanto, se utilizará los estadísticos inferenciales no paramétricas y para el coeficiente de correlación se emplea la de Rho de Spearman.

## Resultados inferenciales

A continuación, se muestran los resultados correlacionales, esto en base a las hipótesis planteadas, con el uso del coeficiente de correlación de Rho de Spearman.

### Hipótesis General:

**H<sub>1</sub>:** Existe relación estadísticamente significativa entre los componentes de la calidad de sueño y los tipos de agresividad en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince, 2020.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación estadísticamente significativa entre los componentes de la calidad de sueño y los tipos de agresividad en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince, 2020.

**Tabla 17**

*Correlación entre los componentes de la calidad de sueño y el total de agresividad*

			COMP1	COMP2	COMP3	COMP4	COMP5	COMP6	COMP7
Rho de Spearman	Total, Agresión	Coeficiente de correlación	,092	,180	,472**	-,142	,040	,064	,309*
		Sig. (bilateral)	,484	,168	,000	,279	,761	,627	0.016
		N	60	60	60	60	60	60	60

*Nota.* Se visualiza en la tabla 17 la correlación de los componentes de la calidad de sueño y el total de agresividad, dando como resultados que en los componentes 3 (Duración del sueño) y el componente 7 (Disfunción diurna) el valor de  $P < 0,05$ , por lo tanto, de acuerdo al baremo de estimación de la correlación de Spearman, existe correlación positiva media en los componentes antes mencionados esto significa que los componentes de duración del sueño y disfunción diurna y los tipos

de agresividad se relacionan significativamente. Decisión: Existe relación estadísticamente significativa entre 2 componentes de la calidad de sueño (Duración del sueño) y (Disfunción diurna) y los tipos de agresividad en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince, 2020.

### Hipótesis específica 1:

**H<sub>1</sub>:** Existe relación estadísticamente significativa entre los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de agresividad física en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince: específicamente en el componente de disfunción diurna.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación estadísticamente significativa entre los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de agresividad física en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince: específicamente en el componente de disfunción diurna.

**Tabla 18**

*Correlación entre los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de agresividad física*

		COMP 1	COMP 2	COMP 3	COMP 4	COMP 5	COMP 6	COMP 7
Rho de Spearman	Agresividad física							
	Coefficiente de correlación	0.092	0.250	,472**	0.243	0.050	0.120	,309*
	Sig. (bilateral)	0.484	0.055	0.000	0.061	0.702	0.363	0.016
	N	60	60	60	60	60	60	60

*Nota.* Se visualiza en la tabla 18 la relación entre los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de la agresividad física, los resultados demuestran que en los componentes 3 (Duración del sueño) y el componente 7 (Disfunción diurna) el valor de  $P < 0,05$ , por lo tanto, existe correlación positiva media en los componentes antes mencionados esto significa que los componentes de duración del sueño y disfunción diurna y la dimensión de agresividad física se relacionan significativamente. Decisión: Existe relación estadísticamente significativa entre los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de agresividad física en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince: específicamente en el componente de disfunción diurna.

### **Hipótesis específica 2:**

**H<sub>1</sub>:** Existe relación estadísticamente significativa entre los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de agresividad verbal en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince, 2020.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación estadísticamente significativa entre los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de agresividad verbal en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince, 2020.

**Tabla 19**

*Correlación entre los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de agresividad verbal*

			COMP1	COMP 2	COMP 3	COMP4	COMP5	COMP6	COMP7
Rho de Spearman	Agresividad verbal	Coefficiente de correlación	-,066	,114	-,002	-,041	-,104	,091	-,276*
		Sig. (bilateral)	,615	,388	,985	,756	,427	,487	,033
		N	60	60	60	60	60	60	60

*Nota.* En la tabla 19 se visualiza la correlación entre los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de la agresividad verbal, los resultados demuestran que en el componente 7 (Disfunción diurna) el valor de  $P < 0,05$ , por lo tanto, existe correlación negativa media en el componente disfunción diurna y la dimensión de agresividad verbal por lo tanto se relacionan significativamente. Además, la relación es inversa, ya que si una variable se eleva la otra disminuye. Decisión: Solo se halló correlación estadísticamente significativa en el componente 7 (Disfunción diurna) de la calidad de sueño y la dimensión de agresividad verbal en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince, 2020.

### Hipótesis específica 3:

**H<sub>1</sub>:** Existe relación estadísticamente significativa entre los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de ira en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince, 2020.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación estadísticamente significativa entre los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de ira en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince, 2020.

**Tabla 20**

*Correlación entre los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de Ira*

		COMP1	COMP2	COMP3	COMP4	COMP5	COMP6	COMP7
Rho de Spearman	Ira							
	de correlación	,102	,250	472**	,243	,050	,120	,309*
	Sig. (bilateral)	,440	,055	,000	,061	,702	,363	,016
	N	60	60	60	60	60	60	60

*Nota.* En la tabla 20 se visualiza la relación entre los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de ira, dando como resultados que en los componentes 3 (Duración del sueño) y el componente 7 (Disfunción diurna) el valor de  $P < 0,05$ , por lo tanto, existe correlación positiva media en los componentes antes mencionados esto significa que los componentes de duración del sueño y disfunción diurna y la dimensión de ira se relacionan significativamente. Decisión: Se afirma la hipótesis alterna ya que, existe relación estadísticamente significativa entre los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de ira en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince, 2020.



## DISCUSIÓN

En este trabajo investigativo el cual va direccionado con el enfoque cuantitativo, fue dirigido a una muestra de 60 adolescentes. De acuerdo a lo hallado se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre los componentes de la calidad de sueño y los tipos de agresividad en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince.

De tal forma que, se acepta la hipótesis alterna ya que, de acuerdo a ella, Existe relación estadísticamente significativa entre los componentes de la calidad de sueño y los tipos de agresividad en adolescentes de la población antes mencionada. Así mismo, cabe recalcar que no existe registro de que anteriormente se hayan hecho investigaciones de las variables tratadas en este trabajo, sin embargo, de acuerdo a los antecedentes se mencionan una de las variables estudiadas, por ejemplo, según Blanco (2015) en su estudio con el título “Relación entre el Patrón de sueño y la sintomatología ansiosa y depresiva, llego a la conclusión que no existe relación significativa entre las variables, por lo tanto se compara de manera igualitaria con estos resultados; pero esto difiere con la investigación de Vílchez, et. al. (2016) Quienes en su investigación de título “Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de medicina del Perú”, se halló como conclusión que existe correlación significativa entre las variables tratadas y más aún con lo que respecta a la salud mental ya que, 290 (32,51%) presentan depresión, 472 (52,91%) de ansiedad y 309 (34,64%) de estrés.

Esto también se diferencia en el tema de la muestra, porque, en Blanco se tomó a 130 estudiantes, mientras que, en Vílchez, et. al. La muestra fue de un total de 1040 participantes, por lo que se tendría en cuenta para investigaciones futuras. Por otro lado, quiero mencionar que, de acuerdo a los resultados obtenidos en la variable de calidad de sueño, se halló que el 41.7% de la muestra obtuvieron “merece atención y tratamiento médico; por otro lado, el 35% “merece atención médica”, por último, el 23.3% restante tuvo el nivel de “sin problemas de sueño, estos resultados posiblemente se darían debido al tema coyuntural, ya que muchos adolescentes debido al confinamiento tuvieron desordenes en los hábitos de sueño; así mismo queda acorde a lo que mencionó el diario El Peruano (2018) de acuerdo a su publicación indica que la World Sleep Society (WSS), organización internacional en el estudio e investigación del sueño y el Instituto Peruano de Neurociencias, dieron a conocer que el 30% de los peruanos tienen inconvenientes para dormir. Es decir, tres de cada diez peruanos no descansan de manera adecuada.

Por otro lado, respecto a las dimensiones; los resultados de la calidad de sueño y agresividad física, verbal e ira, también se acepta la hipótesis alterna ya que, Existe relación estadísticamente significativa entre los componentes de calidad de sueño y las dimensiones de agresividad física, verbal e ira en especial en los componentes: 3 (Duración del sueño) y el componente 7 (Disfunción diurna). En base a estos resultados, se diferencia con lo realizado con García (2017). Con su estudio sobre la Psicología Educativa “Desgranando la agresividad adolescente: Relación con componentes familiares, escolares y personales”, quien concluyó que el entorno familiar es decisivo en la agresividad desde la pubertad hasta la adolescencia, y existe más relación del estilo educativo paterno con la agresividad, especialmente con la furia; por otro lado se da mayor relación del estilo educativo materno con la agresividad proactiva; por lo tanto, la agresividad tiene relación significativa con otras variables ambientales como es la relación familiar; escolar o también con el factor como es la edad; sin embargo la calidad de sueño no necesariamente sería relacionado con conductas agresivas; de otro lado Inglés, et al. (2015) En su trabajo realizado en España, con nombre:

“Comportamiento agresivo e inteligencia emocional en la adolescencia”; está en consonancia con el autor antes mencionado, porque concluyó que los adolescentes que presentaron baja puntuación en el componente de inteligencia emocional consiguieron alto puntaje en conductas agresivas; esto también tiene que ver con las redes familiares y estilos de crianza en el núcleo familiar; a esto suma Jiménez y Estévez (2017). Quienes realizaron una investigación en México, el cual fue: “School aggression in adolescence: Examining the role of individual, family and school variables”, finalizaron con resultados en que el entorno de la familia es importante en la prevención de la agresión escolar en las estudiantes, en segundo lugar, la apreciación de los adolescentes sobre su clima familiar y del aula parece ser un elemento importante para disminuir el mal comportamiento, lo cual se relaciona con menos agresividad en el colegio. Por lo antes expuesto, se llegó a la conclusión que la investigación presentada, llega a confirmar la hipótesis general porque se logró comprobar la relación estadísticamente significativa entre los componentes de la calidad de sueño y los tipos de agresividad en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince, 2020.

## V. CONCLUSIONES

- 1) Se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre 2 componentes de la calidad de sueño (Duración del sueño) y (Disfunción diurna) y los tipos de agresividad en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince, 2020.
- 2) Por otro lado, respecto a los componentes de la calidad de sueño y los tipos de agresividad se concluyó que si existe relación estadísticamente significativa entre los componentes de la calidad de sueño y la dimensión de agresividad física en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince: específicamente en el componente de disfunción diurna.
- 3) Respecto la calidad de sueño y la dimensión de agresividad verbal se concluyeron que solo se halló correlación estadísticamente significativa en el componente 7 (Disfunción diurna) de la calidad de sueño y la dimensión de agresividad verbal en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince, 2020.
- 4) Por último, se concluyeron que existe relación estadísticamente significativa entre 2 componentes de la calidad de sueño (Duración del sueño) y (Disfunción diurna) y la dimensión de ira en adolescentes de una comunidad cristiana de Callao-Lince, específicamente con los componentes 3 (Duración del sueño) y el componente 7 (Disfunción diurna).
- 5) Se concluyó que existe un alto porcentaje de adolescentes que necesitan atención médica, debido a una mala calidad en el sueño, el 41.7% de la los mismos “merecen atención y tratamiento médico; por otro lado, el 35% “merece atención médica”, y por último el 23.3% restante no tienen problemas de sueño, esto indica que la situación es bastante alarmante.

## VII. RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda en futuras investigaciones, la toma de data en una muestra extensa, quizá podrían ser institutos, universidades, y otras parecidas, para que haya resultados me mayor significancia.
- 2) Se recomienda ampliar la presente investigación a un ámbito geográfico mayor al utilizado, para así poder compararlos de acuerdo a la ubicación geográfica, además de los contextos socioculturales, esta tendrá mayor riqueza en los resultados.

Se recomienda que la aplicación de un estudio parecido al que se presentó, se pueda dar en otro contexto, ya que, la situación coyuntural del Covid-19 y por ende el aislamiento social, jugó un papel muy importante, porque posiblemente debido a esto los adolescentes tuvieron desordenes en los hábitos de sueño y además de no interrelacionarse con sus pares, motivos por el cual no existió relación estadísticamente significativa en las variables tratadas.

- 3) Se recomienda respecto a las variables de estudio, que puedan ser calidad de sueño y trastorno de déficit de atención e hiperactividad en niños, porque son variables de mucha importancia además de que en el estudio realizado y en el material bibliográfico que son variables que pueden correlacionar de manera significativa, además de existir un sinfín de cuestionarios que midan las variables antes mencionadas.

## REFERENCIAS

- Abreu, J. L. (2012) Hipótesis, Método & Diseño de Investigación. Recuperado de:  
[http://www.spentamexico.org/v7-n2/7\(2\)187-197.pdf](http://www.spentamexico.org/v7-n2/7(2)187-197.pdf)
- Aguirre-Navarrete, R. (2007). Bases anatómicas y fisiológicas del sueño. *Rev. Ecuat. Neurol*, 15(2-3). <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/Bases.pdf>
- Agudelo, H. A. M., Franco, A. F., Alpi, S. V., Tobón, S., & Sandín, B. (marzo de 2008). Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. 217-240. <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604009.pdf>
- Andréu, M. M., Larrinaga, A. Á. R., Pérez, J. A. M., Martínez, M. A. M., Cuesta, F. J. P., Guerra, A. J. A., ... & Rodríguez, P. G. (2016). Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. *Rev Neurol*, 63(Supl 2), S1-S27. <http://www.ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>
- Arrizabalaga, A. (15 de marzo de 2019). Día Mundial del Sueño: dormir mal, claro problema de salud. <https://www.efesalud.com/dia-mundial-sueno-dormir-mal-problema-salud>
- Aryan, A. (2017) Violencia y agresividad en la adolescencia: Notas sobre metapsicología y psicopatología de la violencia. *Psicoanálisis*. Recuperado de: <http://biblioapdeba.no-ip.org/pgmedia/EDocs/2017-revista1-2-Aryan.pdf>
- Borquez, P. (2011). Calidad de sueño, somnolencia diurna y salud autopercibida en estudiantes universitarios. *Eureka (Asunción) en línea*, 8(1), 80-90. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2220-90262011000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262011000100009) además de no interrelacionarse con sus pares,

- Blanco, M. (2015) Relación entre los patrones del sueño y la sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes de la Institución Educativa Antonio José de Sucre, Arequipa-2014 (tesis de bachiller). Repositorio Institucional UN. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4217/Mdblmamz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bluhm, J. (2000) La Tarea/ Tu Adolescente Duerme Suficiente?. Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/310444198?accountid=37408>
- Cadena, P. *et al.* (2017). Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=263153520009>
- Canese, M. I. (2014). Ética en la Investigación Científica, en al área de las ciencias sociales, en universidades el Paraguay. <https://www.redalyc.org/pdf/3193/319343257010.pdf>
- Carrasco, M. Á., y González, M. J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos [Theoretical issues on aggression: concept and models]. <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030758001.pdf>
- Carrillo, P., Barajas, K. G., Sánchez, I., y Rangel, M. F. (2018). Trastornos del sueño: ¿ qué son y cuáles son sus consecuencias?. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181b.pdf>
- Carrillo, P., Ramírez, J., y Magaña, K. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2013/un134b.pdf>

- Centros para Control y la Prevención de Enfermedades (2012). No dormir lo necesario: epidemia de la salud pública. <https://www.cdc.gov/spanish/datos/faltasueno/>
- Cuervo, E. (2016). Exploración del concepto de violencia y sus implicaciones en educación. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n46/0188-7742-polcul-46-00077.pdf>
- Checa, A. (2017). Valoración del sueño mediante actigrafía en niños con trastornos del sueño y con déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH): Papel de la melatonina y ácidos grasos de la serie omega-3. Recuperado de: <http://digibug.ugr.es/handle/10481/48884>
- Castellanos, R., y Castellanos, R. D.(2012). Agresión y violencia en América Latina. Perspectivas para su estudio: Los otros son la amenaza. <https://www.redalyc.org/pdf/122/12224818004.pdf>
- Castillo, M. (2006). El comportamiento agresivo y sus diferentes enfoques. *Psicogente*, 9(15). <https://www.redalyc.org/pdf/4975/497552137012.pdf>
- Colegio de Psicólogos del Perú (2017). Código de Ética y Deontología. [http://api.cpsp.io/public/documents/codigo\\_de\\_etica\\_y\\_deontologia.pdf](http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf)
- Davis, S. y Palladino, J. (2008). *Psicología*. (5.a ed.). México: PEARSON.
- El Peruano. (27 de Febrero de 2018). Sueño de calidad. Conozca cómo funciona su reloj biológico o ritmo circadiano. <http://www.elperuano.pe/noticia-sueno-calidad-64265.aspx>
- Escobar Córdoba, F., Folino, J. O., & Eslava Schmalbach, J. (15 de febrero de 2006). Calidad de sueño en mujeres víctimas de asalto sexual en Bogotá. *Revista de la Facultad de Medicina. Scielo*, 54(1), 12-23. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v54n1/v54n1a03.pdf>



- García, T. (2017). Desgranando la agresividad adolescente: relación con variables familiares y escolares (Tesis Doctoral). Repositorio institucional UNED: [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Atgarcia/GARCIA\\_MORAL\\_AnaTeresa\\_Tesis.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Atgarcia/GARCIA_MORAL_AnaTeresa_Tesis.pdf)
- Gómez, M (2006). Introducción a la metodología de la investigación científica. <https://books.google.com.pe/books?id=9UDXP4U7aMC&lpg=PA1111&dq=poblacion%20en%20investigacion&hl=es&pg=PA109#v=onepage&q=poblacion%20en%20investigacion&f=false>
- Granados-Carrasco, Z., Bartra-Aguinaga, A., Bendezú-Barnuevo, D., Huamanchumo-Merino, J., Hurtado-Noblecilla, E., Jiménez-Flores, J., León-Jiménez, F y Chang-Dávila, D. (Octubre de 2013). Calidad del sueño en una facultad de medicina de Lambayeque. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 74, No. 4, pp. 311-314). UNMSM. Facultad de Medicina. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832013000400008](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000400008).
- Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI). (2016). Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales ENARES 2013 Y 2015. PRINCIPALES RESULTADOS. [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1390/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1390/libro.pdf)
- Inglés, C. J., Torregrosa, M. S., García-Fernández, J. M., Martínez-Monteagudo, M. C., Estévez, E., & Delgado, B. (2015). Conducta agresiva e inteligencia emocional en la adolescencia. *European Journal of Education and Psychology*. <https://www.redalyc.org/pdf/1293/129330657003.pdf>
- Ireland, J. L., y Culpin, V. (2006). The relationship between sleeping problems and aggression, anger, and impulsivity in a population of juvenile and young offenders. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 649-655. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1054139X0500295>

- Jiménez, T. I., & Estévez, E. (03 de septiembre de 2017). School aggression in adolescence: Examining the role of individual, family and school variables. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(3), 251-260. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33752488007.pdf>
- Lira, D., & Custodio, N. (2018). Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(1), 20-28. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n1/a04v81n1.pdf>
- Luna, Y., Robles, Y., y Agüero, Y. (2016). Validación del índice de calidad de Sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. <http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/viewFile/15/14>
- Masalán, P., Sequeida, J y Ortiz, M. (20 de septiembre de 2013). Sueño en escolares y adolescentes, su importancia y promoción a través de programas educativos: Education and behavioral approach programs. *Revista chilena de pediatría*, 84(5), 554-564. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v84n5/art12.pdf>
- Matalinares, M., Yaringaño, J., Uceda, J., Fernández, E., Huari, Y., Campos, A. y Villavicencio N. (2012). Estudio psicométrico de la versión española del cuestionario de agresión de Buss y Perry. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/download/3674/2947>
- Mesquita, G., y Reimão, R. (2007). Nightly use of computer by adolescents: its effect on quality of sleep. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 65(2B), 428-432. <https://www.scielo.br/pdf/anp/v65n2b/12.pdf>
- Miro, E., Cano, M.C., y Buela, G. (2005). SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401401>

- Miró, E., Lozano, M. D., & Casal, G. B. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista colombiana de psicología*, (14), 11-27. <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401401.pdf>
- Morales Soto, N. R. (2009). El sueño, trastornos y consecuencias. *Acta Médica Peruana*, 26(1), 4-5. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n1/a01v26n1.pdf>
- Moser, G. (1992). La agresión. [https://books.google.com.pe/books?id=nad\\_12jEbaQC&lpg=PA12&dq=agresividad%20fisica%20buss&hl=es&pg=PA3#v=onepage&q=agresividad%20fisica%20buss&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=nad_12jEbaQC&lpg=PA12&dq=agresividad%20fisica%20buss&hl=es&pg=PA3#v=onepage&q=agresividad%20fisica%20buss&f=false)
- López, P. L. (2004). Población Muestra y Muestreo. Recuperado de: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1815-02762004000100012](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012)
- López, L., y Vadillo, F. (2013) Agresividad y violencia en epilepsia. [https://books.google.com.pe/books?id=7ZX9CAAQBAJ&lpg=PT18&dq=Buss%20y%20Perry%20\(1992\).%20Cuestionario%20de%20agresi%C3%B3n%20\(AQ\)&hl=es&pg=PT18#v=onepage&q=Buss%20y%20Perry%20\(1992\).%20](https://books.google.com.pe/books?id=7ZX9CAAQBAJ&lpg=PT18&dq=Buss%20y%20Perry%20(1992).%20Cuestionario%20de%20agresi%C3%B3n%20(AQ)&hl=es&pg=PT18#v=onepage&q=Buss%20y%20Perry%20(1992).%20)
- Otzen, T., y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Pérez, R. (2010). Nociones Básicas de Estadística. <https://books.google.com.pe/books?id=0mHWT5Zs7pIC&lpg=PA138&dq=concepto%20muestra%20censal&hl=es&pg=PA1#v=onepage&q=concepto%20muestra%20censal&f=false>

Pérez, A-J. (2007). Las variables en el método científico. *Revista de la Sociedad Química del Perú*, 73(3), 171-177.  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rsqp/v73n3/a07v73n3.pdf>

Philips. (12 de Marzo de 2018). *Encuesta latinoamericana sobre el sueño | Philips*.  
<https://www.philips.com.ar/a-w/about/news/archive/standard/news/press/2018/20180611-encuesta-latinoamericana-sobre-el-sueno.html>

Portilla-Maya, S. D. L., Dussán-Lubert, C., Montoya-Londoño, D. M., Taborda-Chaurra, J., & Nieto-Osorio, L. S. (2019) SLEEP QUALITY AND EXCESSIVE DAY DROWSINESS IN UNIVERSITY STUDENTS FROM DIFFERENT CAREERS. *Hacia la Promoción de la Salud*, 24(1), 84-96.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v24n1/0121-7577-hpsal-24-01-00084.pdf>

Puerto, M., Rivero, D., Sansores, L., Gamboa, L., y Sarabia, L. (13 de julio de 2015). Somnolencia, hábitos de sueño y uso de redes sociales en estudiantes universitarios. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29242799009.pdf>

Ramírez-Ortiz, J., Fontecha-Hernández, J., & Escobar-Córdoba, F. (2020) EFECTOS DEL AISLAMIENTO SOCIAL EN EL SUEÑO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.  
<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/801/1094>

Ramírez-Salado, I., y Cruz-Aguilar, M. A. (01 de enero de 2014). El origen y las funciones de los sueños a partir de los potenciales PGO. *Salud mental*, 37(1), 49-58. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58229962007.pdf>

- Ramírez, J., Castillo, B., Benavides, J.C., Peralta, Y.I., Berrios, J.R., Idalia, F., Moncada, H., Navarro, M., Molina, M., Flores, Y., Navarro, S.J & Alfaro, J. (2018) Metodología de la Investigación e Investigación Aplicada para Ciencias Económicas y Administrativas. <https://jalfaroman.files.wordpress.com/2019/03/dosier-metodologia-e-investigacion-aplicada-2018.pdf>
- Real Academia Española de la Lengua (RAE) (2019). Recuperado el 23 de mayo de 2020 de: <https://dle.rae.es/violencia?m=form>
- Rojas, M. (2017). Tipos de Investigación científica: Una simplificación de la complicada incoherente nomenclatura y clasificación. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63638739004>
- Rodríguez, M., & Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Rev Médica Sanitas*, 21(3), 141-6. [https://www.unisanitas.edu.co/Revista/68/07Rev%20Medica%20Sanitas%2021-3\\_MRodriguez\\_et\\_al.pdf](https://www.unisanitas.edu.co/Revista/68/07Rev%20Medica%20Sanitas%2021-3_MRodriguez_et_al.pdf)
- Sociedad Española de Neurobiología (15 de marzo de 2019). Más de 4 millones de españoles sufren algún trastorno del sueño crónico y grave. <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link263.pdf>
- Solari, B. F. (2015). Trastornos del sueño en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 60-65. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015000103>
- Talero, C., Durán, F., & Pérez, I. (2013). Sueño: características generales. Patrones fisiológicos y fisiopatológicos en la adolescencia. *Revista Ciencias de la Salud*, 11(3), 333-348. <https://www.redalyc.org/pdf/562/56229183008.pdf>

- Unesco (01 de enero de 2018). Nuevos datos revelan que en el mundo uno de cada tres adolescentes sufre acoso escolar. <https://es.unesco.org/news/nuevos-datos-revelan-que-mundo-cada-tres-adolescentes-sufre-acoso-escolar>
- Unicef. (2016). Estado de situación de la niñez y la adolescencia en Argentina. Argentina: Unicef. <https://www.unicef.org/argentina/media/2211/file/SITAN.pdf>
- UNICEF. (2017). Una situación habitual violencia en la vida de los niños y los adolescentes. New York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. [https://www.unicef.org/publications/files/Violence\\_in\\_the\\_lives\\_of\\_children\\_Key\\_findings\\_Sp.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/Violence_in_the_lives_of_children_Key_findings_Sp.pdf)
- UNICEF. (2018). UNICEF: la mitad de los adolescentes del mundo sufre violencia escolar. <https://www.dw.com/es/unicef-la-mitad-de-los-adolescentes-del-mundo-sufre-violencia-escolar/a-45381081>
- Velayos, J. L., Moleres, F. J., Irujo, A. M., Yllanes, D., & Paternain, B. (2007). Bases anatómicas del sueño. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 30, pp. 7-17). [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000200002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200002)
- Vilchez-Cornejo, J., Quiñones-Laveriano, D., Failoc-Rojas, V., Acevedo-Villar, T., Larico-Calla, G., Mucching-Toscano, S., ... & Palacios-Vargas, L. A. (01 de agosto de 2016). Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de ocho facultades de medicina humana del Perú. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 54(4), 272-281. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272016000400002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272016000400002)
- World Sleep Day. Hosted by world sleep society. (13 de Marzo de 2020). Better sleep, Better life, Better planet. <http://www.worldsleepday.org/>

## Anexo 1. Operacionalización de variables

VARIABLE 1	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Unidad de medida	Escala	Valor final
Calidad de sueño, hábitos de sueño	De acuerdo a Luna, Robles y Agüero (2015) quienes indican que la calidad de sueño, no solo significa dormir de manera adecuada durante la noche, también es referente a un buen funcionamiento durante el día, cuando se está en vigilia (pg. 24).	Es medida a través del instrumento, se dividen en 7 componentes, como son: calidad subjetiva de sueño, latencia, duración, eficiencia, perturbaciones del sueño, uso de medicación para dormir, disfunción diurna. La puntuación total que varía entre 0 y 21 puntos, si el puntaje es mayor a 5 indica que el encuestado tiene mala calidad de sueño y si el puntaje es menor a 5 el evaluado es buen durmiente.	Calidad subjetiva del sueño.	Valoración de calidad de sueño.	Puntaje	De intervalo	<b><u>Calidad subjetiva del sueño (pregunta 6)</u></b> Bastante buena 0 Buena 1 Mala 2 Bastante mala 3
			Latencia del sueño.	Valoración en tiempo conciliar el sueño.	Puntaje	De intervalo	<b><u>Latencia del sueño (pregunta 2) +5a</u></b> ≤15 minutos 0 16-30 minutos 1 31-60 minutos 2 >60 minutos 3 <b><u>Pregunta_5a</u></b> Si la suma es: 0=0 1-2=1 3-4=2 5-6=3
			Duración del sueño.	Tiempo de dormir.	Puntaje	De intervalo	<b><u>Duración de sueño Pregunta 4</u></b> +7=0 6-7horas=1 5-6horas=2 -5horas=3
			Eficiencia del sueño.	Total horas a dormir más horas de cama.	Puntaje	De intervalo	<b><u>Eficiencia del sueño</u></b> > 85% 0 75-84% 1 65-74% 2 <65% 3
			Perturbaciones del sueño.	Dificultades externas e internas	Puntaje	De intervalo	<b><u>Perturbaciones del sueño</u></b> Suma de 5b-5j 0=0

				para conciliar el sueño.			1-9=1 10-18=2 19-27=3
			Uso de medicamentos Para dormir.	Presencia de medicamentos para dormir.	Puntaje	De intervalo	<b>Uso de medicamentos pre. 6</b> Ninguna vez en el último mes 0 Menos de una vez a la semana 1 Una o dos veces a la semana 2 Tres o más veces a la semana 3
			Disfunción diurna	Presencia de cambios en las tareas diarias.	Puntaje	De intervalo	<b>Disfunción diurna pre. 7 y 8</b> 0=0 1-2=1 3-4=2 5-6=3 <b>Puntuación global</b> Suma de todos los componentes. <5 Sin problemas de sueño 5-7 Merece atención médica 8-14 Merece atención y tratamiento médico 15 a + problema de sueño grave



VARIABLE 2	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Unidad de medida	Escala	Valor final	
Tipos de agresividad	Según Matalinares. <i>et al.</i> (2012) indican que la agresividad es la disposición permanente a ser agresivo en distintas ocasiones, es una actitud o inclinación de una persona o conjunto de las mismas a actuar de manera violenta.	Es medida a través de un instrumento la cual consta de 29 Ítems, mismos que componen por 4 factores: (9): Agresividad física, (5): Agresividad verbal, (7): Hostilidad y (8): Ira, las cuales fueron medidos como Nivel Muy Alto: 99a +; Alto: 83-98; Medio: 68-82; Bajo: 52-67 y Muy bajo -51.	Agresión			Puntaje	De intervalo	Nivel Muy Alto: 99a + Alto: 83-98 Medio: 68-82 Bajo: 52-67 Muy bajo -51
			Agresividad física	-Infringir golpes a otras personas. -Involucrarse en peleas de los de los demás. -Respuestas violentas, ataques.	Puntaje	De intervalo	Nivel Muy Alto: 30a + Alto: 24-29 Medio: 16-23 Bajo: 12-17 Muy bajo -11	
			Agresividad verbal	-Discusiones, desacuerdos en ideas. -Falta de control para aceptar otras opiniones.	Puntaje	De intervalo	Nivel Muy Alto: 18a + Alto: 14-17 Medio: 11-13 Bajo: 7-10 Muy bajo -6	
			Ira	-Falta de control de emociones como el enojo. -Bajo control de impulsos.	Puntaje	De intervalo	Nivel Muy Alto: 27a + Alto: 22-26 Medio: 18-21 Bajo: 13-17 Muy bajo -12	
			Hostilidad	-Muestra de emociones negativas -Pensamientos irracionales. -Desconfianza.	Puntaje	De intervalo	Nivel Muy Alto: 32a + Alto: 26-31 Medio: 21-25 Bajo: 15-20 Muy bajo -14	

## Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos

### Cuestionario de Agresión (AQ)

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_ Grado de Instrucción: \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES

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.

**CF**= Completamente falso para mí

**BF**=Bastante falso para mi

**VF**=Ni verdadero, ni falso para mí

**BV**=Bastante verdadero para mí

**CV**=Completamente verdadero para mí

Recuerda que no hay respuestas buenas o malas, sólo interesa conocer la forma como tú percibes, sientes y actúas en esas situaciones.

	CF	BF	VF	BV	CV
01. De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona					
02. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos					
03. Me enojo rápidamente, pero se me pasa en seguida					
04. A veces soy bastante envidioso					
05. Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona					
06. A menudo no estoy de acuerdo con la gente					
07. Cuando estoy frustrado, muestro el enojo que tengo					
08. En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente					
09. Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también					
10. Cuando la gente me molesta, discuto con ellos					
11. Algunas veces me siento tan enojado como si estuviera a punto de estallar					
12. Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades					
13. Suelo involucrarme en la peleas algo más de lo normal					
14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo evitar discutir con ellos					
15. Soy una persona apacible					
16. Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas					
17. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago					
18. Mis amigos dicen que discuto mucho					
19. Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva					
20. Sé que mis «amigos» me critican a mis espaldas					

21. Hay gente que me provoca a tal punto que llegamos a pegarnos					
22. Algunas veces pierdo el control sin razón					
23. Desconfío de desconocidos demasiado amigables					
24. No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona					
25. Tengo dificultades para controlar mi genio					
26. Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas					
27. He amenazado a gente que conozco					
28. Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán					
29. He llegado a estar tan furioso que rompía cosas					

## Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor conteste TODAS las preguntas.**

1. En las últimas 4 semanas, normalmente ¿cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse? (utilice sistema de 24 horas)  
Escriba la hora habitual en que se acuesta: /\_/\_/\_/
2. En las últimas 4 semanas, normalmente ¿cuánto tiempo habrá tardado en dormirse (conciliar el sueño en las noches)?  
Escriba el tiempo en minutos: /\_/\_/\_/
3. En las últimas 4 semanas, habitualmente ¿A qué hora se levantó de la cama por la mañana y no ha vuelto a dormir? (utilice sistema de 24 horas) Escriba la hora habitual de levantarse: /\_/\_/\_/
4. En las últimas 4 semanas, en promedio ¿Cuántas horas efectivas ha dormido por noche? Escriba la hora que crea que durmió: /\_/\_/\_/

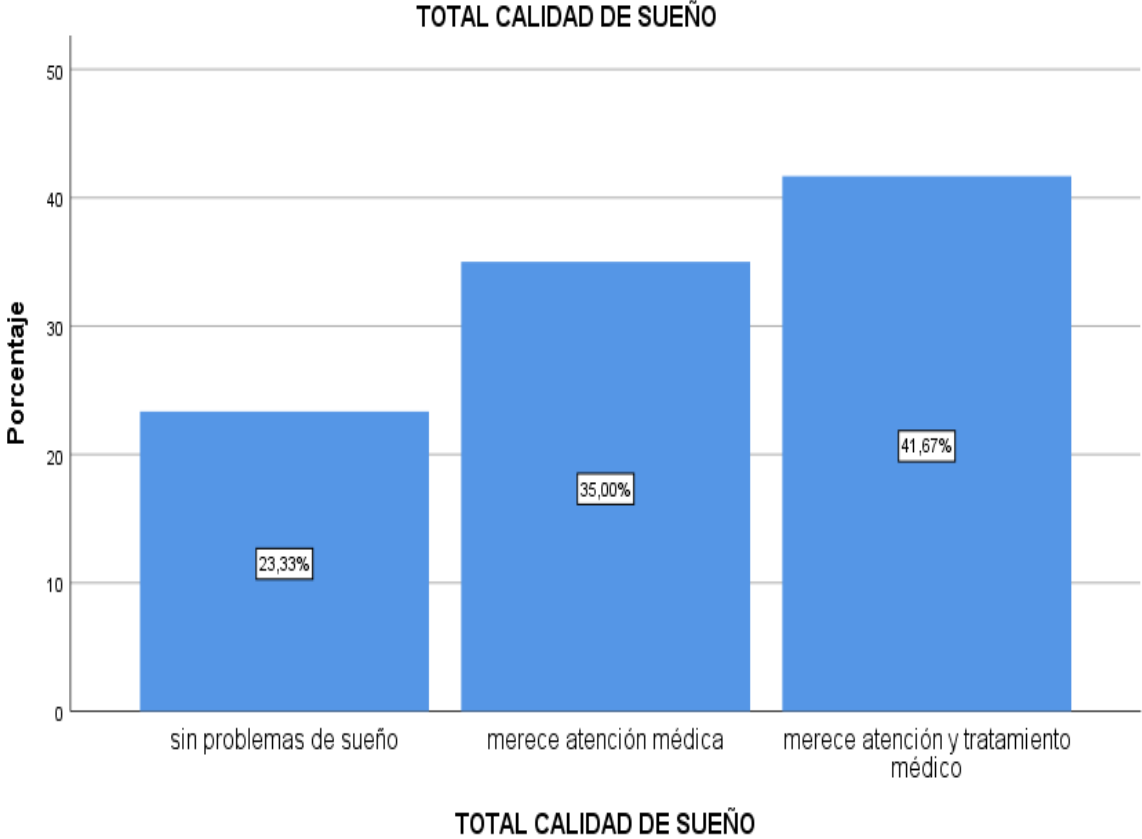
**Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Por favor, conteste TODAS las preguntas.**

5. En las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:
- |   |  |                                  |                                 |                                  |                 |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------|
| a) <i>¿No poder quedarse dormido(a) en la primera media hora?</i> | ( ) Ninguna vez en las últimas 4 semanas | ( ) Menos de una vez a la semana | ( ) Uno o dos veces a la semana | ( ) Tres o más veces a la semana | ( ) NO RESPONDE |
| b) <i>¿Despertarse durante la noche o de madrugada?</i>           | ( ) Ninguna vez en las últimas 4 semanas | ( ) Menos de una vez a la semana | ( ) Uno o dos veces a la semana | ( ) Tres o más veces a la semana | ( ) NO RESPONDE |
| c) <i>¿Tener que levantarse temprano para ir al baño?</i>         | ( ) Ninguna vez en las últimas 4 semanas | ( ) Menos de una vez a la semana | ( ) Uno o dos veces a la semana | ( ) Tres o más veces a la semana | ( ) NO RESPONDE |
| d) <i>¿No poder respirar bien?</i>                                | ( ) Ninguna vez en las últimas 4 semanas | ( ) Menos de una vez a la semana | ( ) Uno o dos veces a la semana | ( ) Tres o más veces a la semana | ( ) NO RESPONDE |
| e) <i>¿Toser o roncar ruidosamente?</i>                           | ( ) Ninguna vez en las últimas 4 semanas | ( ) Menos de una vez a la semana | ( ) Uno o dos veces a la semana | ( ) Tres o más veces a la semana | ( ) NO RESPONDE |
| f) <i>¿Sentir frío?</i>   | ( ) Ninguna vez en las últimas 4 semanas | ( ) Menos de una vez a la semana | ( ) Uno o dos veces a la semana | ( ) Tres o más veces a la semana | ( ) NO RESPONDE |
| g) <i>¿Sentir demasiado calor?</i>                                | ( ) Ninguna vez en las últimas 4 semanas | ( ) Menos de una vez a la semana | ( ) Uno o dos veces a la semana | ( ) Tres o más veces a la semana | ( ) NO RESPONDE |
| h) <i>¿Tener pesadillas o "malos sueños"?</i>                     | ( ) Ninguna vez en las últimas 4 semanas | ( ) Menos de una vez a la semana | ( ) Uno o dos veces a la semana | ( ) Tres o más veces a la semana | ( ) NO RESPONDE |
| i) <i>¿Sufrir dolores?</i>  | ( ) Ninguna vez en las últimas 4 semanas | ( ) Menos de una vez a la semana | ( ) Uno o dos veces a la semana | ( ) Tres o más veces a la semana | ( ) NO RESPONDE |
| j) <i>Otras razones (especifique)</i>                             | ( ) Ninguna vez en las últimas 4 semanas | ( ) Menos de una vez a la semana | ( ) Uno o dos veces a la semana | ( ) Tres o más veces a la semana | ( ) NO RESPONDE |

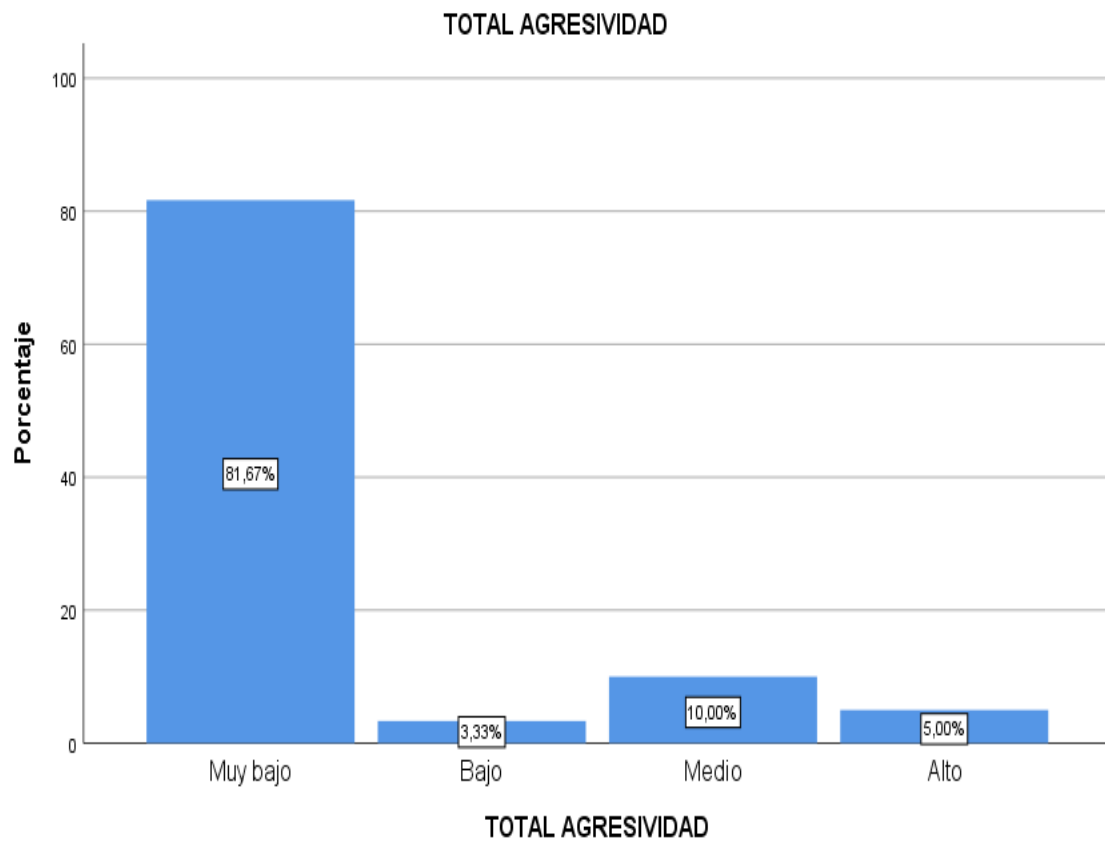
6. En las últimas 4 semanas, (marcas la opción más apropiada).
- 6.1 ¿cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir por su cuenta?
- Ninguna vez en las últimas 4 semanas
  - Menos de una vez a la semana
  - Uno o dos veces a la semana
  - Tres o más veces a la semana
  - NO RESPONDE
- 6.2 ¿Cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir recetadas por el médico?
- Ninguna vez en las últimas 4 semanas
  - Menos de una vez a la semana
  - Uno o dos veces a la semana
  - Tres o más veces a la semana
  - NO RESPONDE
7. En las últimas 4 semanas, (marcar la opción más apropiada)
- 7.1 ¿Cuántas veces ha sentido somnolencia (o mucho sueño), cuando conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?
- Ninguna vez en las últimas 4 semanas
  - Menos de una vez a la semana
  - Uno o dos veces a la semana
  - Tres o más veces a la semana
  - NO RESPONDE
- 7.2 ¿Ha representado para usted mucho problema el “mantenerse despierto (a)” cuando conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?
- Ninguna vez en las últimas 4 semanas
  - Menos de una vez a la semana
  - Uno o dos veces a la semana
  - Tres o más veces a la semana
  - NO RESPONDE
8. ¿Qué tanto problema ha tenido para mantenerse animado (a) o entusiasmado (a) al llevar a cabo sus tareas o actividades?
- Nada
  - Poco
  - Regular o moderado
  - Mucho o bastante
9. ¿Cómo valoraría o calificaría la calidad de su sueño?
- Bastante bueno
  - Bueno
  - Malo
  - Bastante malo

Componente 1. #9 puntuación	C1.....
Componente 2. #2 puntuación (menos de 15 min: 0, 16-30 min: 1, 31-60 min: 2, más de 60 min: 3)+#5a puntuación ( si la suma es igual a =:0; 1-2:1; 3-4:2; 5-6:3)	C2.....
Componente 3.#4 puntuación (más de 7:0, 6-7:1, 5-6:2, menos de 5:3)	C3.....
Componente 4 (total # de horas dormido) / (Total # de horas en cama) x100. Más del 85%:0, 75-84%: 1, 65-74%:2, menos del 65%: 3	C4.....
Componente 5#Suma de puntuaciones 5b a 5j (0: 0; 1-9:1; 10-18:2; 19-27: 3	C5.....
Componente 6 #6 puntuaciones	C6.....
Componente 7#7 puntuaciones + #8 puntuaciones (0:0; 1-2:1; 3-4:2; 5-6:3)	C7.....
Sume las puntuaciones de los sietes componentes.....	ICSP puntuación global.....

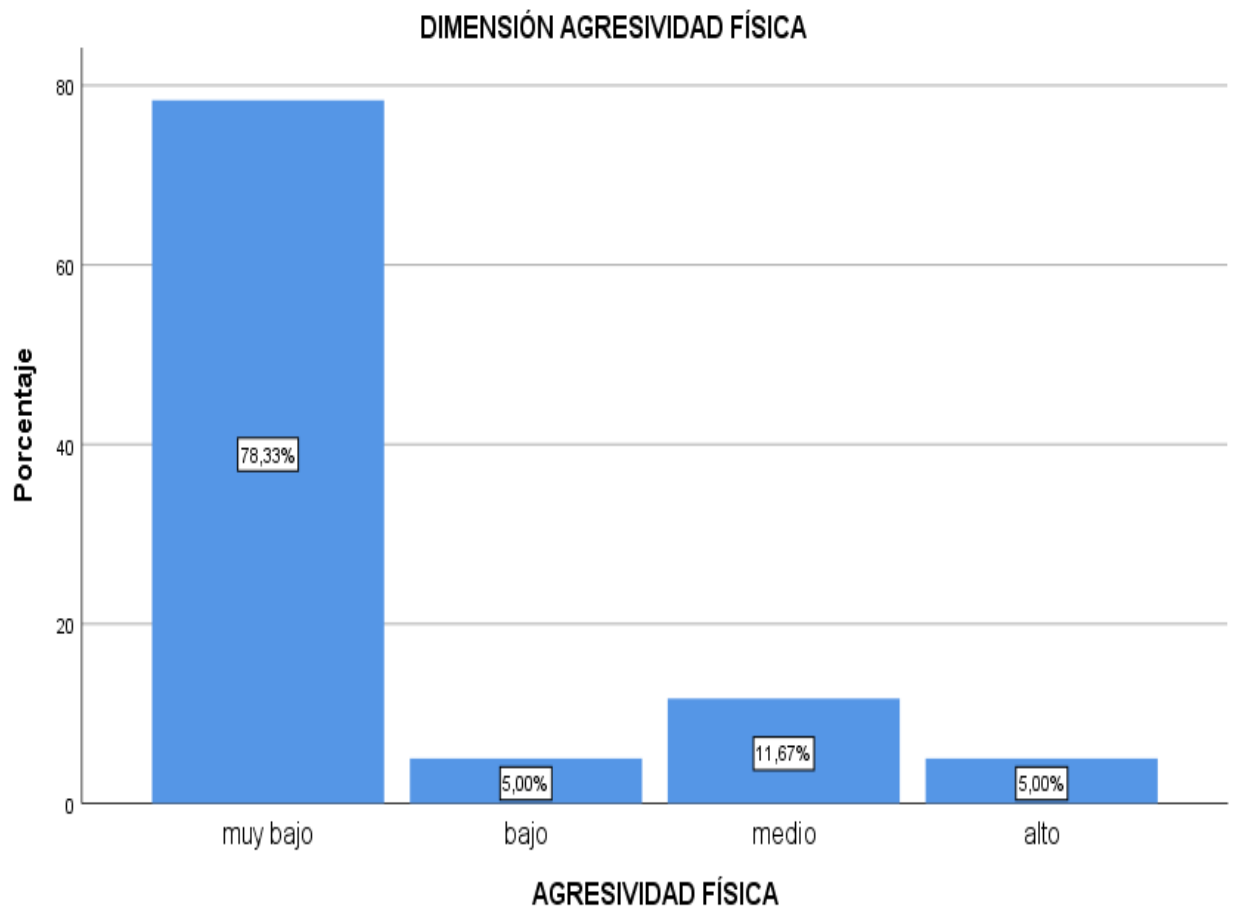
**Figura 1. Porcentajes de total de calidad de sueño.**



**Figura 2. Porcentajes de total de agresividad.**



**Figura 3. Porcentajes de la dimensión de agresividad física.**





**Figura 4. Porcentajes de la dimensión de agresividad verbal.**

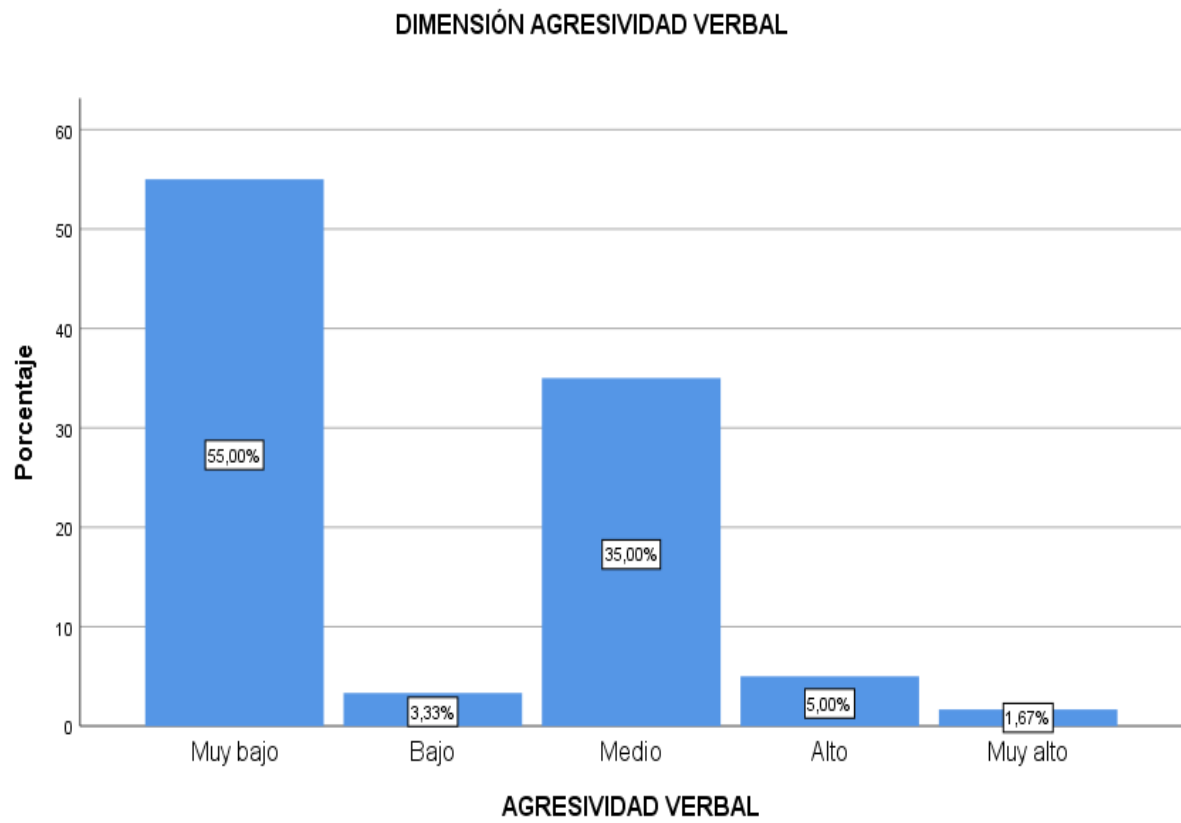


Figura 5. Porcentajes de la dimensión ira.

