



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Ansiedad y agresividad en pacientes dependientes a sustancia psicoactivas
de tres comunidades terapéuticas de Lima – Sur, 2019

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Licenciado en Psicología

AUTOR:

Br. Fretell Villacrices, Edinho Gabriel (ORCID: 0000-0002-2102-8518)

ASESOR:

Dr. Candela Ayllón, Victor Eduardo (ORCID: 0000-0003-0795-1115)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

LIMA – PERÚ

2020

Dedicatoria

En primer lugar, a Dios que me da la oportunidad de poder lograr este objetivo con la única finalidad de que sea para su obra y en segundo lugar a mi madre que es la gran bendición y fortaleza que Dios me dio en este mundo, TE AMO MADRE. Por último, a ti padre porque a pesar de tu distancia siempre estuviste presente.
SIEMPRE JUNTOS

Agradecimiento

A mi Dios, a mi familia y a mi futura esposa Laura Montenegro, que todo esto es posible a ellos porque han sido de motivación y pieza clave para cumplir mis metas, LOS AMO.

SOLO CRISTO.

Página del jurado

Declaratoria de Autenticidad

Yo Edinho Fretell Villacrices con DNI N° 48149556, estudiante de la Escuela profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo, con la tesis titulada “Ansiedad y agresividad en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas de tres comunidades terapéuticas de Lima – Sur, 2019”, bajo juramento declaro:

1. Único autor de la tesis.
2. Se ha mantenido las normas de las citas y referencias de las fuentes consultadas. La tesis no ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido presentada ni publicada anteriormente.
4. Los datos y resultados expuestos en la tesis son reales, no han sido falseados, ni reproducidos, ni transcritos, por ello los resultados que se dan a conocer aportaran a la realidad investigada.

De registrar la falta de fraude (datos falseados), plagio (fuentes sin citar autores), auto plagio (presentar como nuevo un trabajo de investigación anteriormente publicado), piratería (uso ilícito de información ajena) o falsificación (representar ficticia las ideas de otros), acepto los efectos y castigos que acción origine, me sujeto a la normativa actual de la Universidad César Vallejo.

Lima, 31 enero del 2020



Edinho Gabriel Fretell Villacrices

DNI 4814955

ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Página del jurado	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Índice.....	vi
Índice de Tablas.....	viii
Resumen	ix
Abstract.....	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MÉTODO.....	12
2.1 Tipo y diseño de investigación	12
2.2 Variables y definición operacional.....	13
2.3 Población, muestra y muestreo	14
2.4Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	15
2.5 Procedimiento	17
2.6 Método de análisis de datos.....	17
2.7 Aspectos éticos.....	18
III. RESULTADOS	19
IV. DISCUSIÓN	25
V. CONCLUSIONES	29
VI. RECOMENDACIONES	31
VII. REFERENCIAS	32
ANEXOS	
Anexo 1: Instrumentos	37
Anexo 2: Confiabilidad de Alfa de Cronbach del Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry y Escala de auto medición de ansiedad (EAA)	39

Anexo 3: V de Aiken del Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry y Escala de auto medición de ansiedad (EAA).....	46
Anexo 4: Criterio de jueces	48
Anexo 5: Carta de presentación.....	53
Anexo 6: Permiso de la autorización de los autores del instrumento	54
Anexo 7: Consentimiento informado	55
Anexo 8: Matriz de consistencia.....	56
Anexo 9: Acta de aprobación de originalidad	58
Anexo 10: Print de pantalla del Turnitin	59
Anexo 11: Autorización para la publicación de tesis en el repositorio	60
Anexo 12: Formulario de autorización para la publicación electrónica de la tesis	61
Anexo 13: Autorización de la versión final del trabajo de investigación.....	62

Índice de tablas

Tabla 1	Prueba de normalidad de ansiedad.....	19
Tabla 2	Prueba de normalidad de agresividad	19
Tabla 3	Correlación entre agresividad y ansiedad en pacientes dependientes	20
Tabla 4	Correlación entre la agresividad y sus dimensiones de ansiedad en pacientes dependientes	20
Tabla 5	Correlación entre la ansiedad y sus dimensiones de agresividad en pacientes dependientes	21
Tabla 6	Niveles de ansiedad en pacientes dependientes de tres comunidades terapéuticas de Lima - Sur.....	22
Tabla 7	Niveles de las dimensiones de ansiedad en pacientes dependientes de tres comunidades terapéuticas de Lima - Sur	22
Tabla 8	Niveles de agresividad en pacientes dependientes de tres comunidades terapéuticas de Lima - Sur.....	23
Tabla 9	Niveles de las dimensiones de agresividad en pacientes dependientes de tres comunidades terapéuticas de Lima - Sur	23
Tabla 10	Diferencias entre la ansiedad según género.....	24
Tabla 11	Diferencias entre la agresividad según género	24
Tabla 12	Confiabilidad de Alfa de Cronbach del Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry.....	41
Tabla 13	Confiabilidad de Alfa de Cronbach de la Escala de auto medición de Ansiedad (EAA).....	43
Tabla 14	V de Aiken del Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry.....	46
Tabla 15	V de Aiken de la Escala de auto medición de Ansiedad (EAA).....	47

RESUMEN

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la ansiedad y la agresividad en los pacientes dependientes a sustancias psicoactivas de tres comunidades terapéuticas de Lima – Sur, 2019. La muestra estuvo conformada por 274 pacientes, 138 hombres y 136 mujeres. Asimismo, se trabajó con un diseño no experimental y un tipo de estudio correlacional. Se aplicó la escala de automedición (EAA) de William Zung (2002) y el Cuestionario de Agresión (AQ) de Buss y Perry, adaptado a Perú por Matalinares y colaboradores (2014). De acuerdo a los resultados se obtuvo lo siguiente: No existe correlación significativa (sig. .061) entre ansiedad y agresividad, ya que el coeficiente de correlación asumió valores $\rho = -.113$. Por otro lado, los niveles que más predominan en la variable ansiedad es moderado y leve representado por un 51.1%, y 39.1%, así como también los niveles de agresividad que más predominan son los niveles bajo y medio representado por un 36.1% y un 32.1% respectivamente. A la vez existen diferencias significativas con la agresividad y ansiedad según sexo.

Palabras clave: Ansiedad, agresividad, adicción.

ABSTRACT

The main objective of this research work was to determine the relationship between anxiety and aggressiveness in patient's dependent on psychoactive substances in three therapeutic communities of Lima - South, 2019. The sample consisted of 274 patients, 138 men and 136 women. Likewise, we worked with a non-experimental design and a type of correlational study. The self-publishing scale (EAA) of William Zung (2002) and the Aggression Questionnaire (AQ) of Buss and Perry, adapted to Peru by Matalinares et al. (2014), were applied. According to the results, the following was obtained: There is no significant correlation (sig. .061) between anxiety and aggressiveness, since the correlation coefficient assumed values $\rho = -.113$. On the other hand, the levels that most predominate in the anxiety variable are moderate and mild represented by 51.1%, and 39.1%, as well as the levels of aggression that predominate are the low and medium levels represented by 36.1% and a 32.1% respectively. At the same time there are significant differences with aggressiveness and anxiety according to sex.

Keywords: Anxiety, aggressiveness, addiction.

I. INTRODUCCIÓN

Claramente hemos podido presenciar que en la actualidad el problema más resaltante en nuestra sociedad es la violencia, todo inicia desde la familia nuclear, el resto se encarga la sociedad y los medios de comunicación, así mismo, recibimos el refuerzo de parte de nuestro entorno o contexto social, el cual en muchas ocasiones es violento, la reacción de la persona se rige por lo enseñado en casa y de cómo se encuentre emocionalmente, a la vez influye el estilo de vida que lleva, lo que origina que se pueda presentar problemas en todo su entorno, “La Organización Mundial de la Salud (2013) determina como violencia el uso desconsiderado de la fuerza física o poder, ya sea en cualquiera de estas dos formas: en acción o en amenaza, hacia otro individuo, grupo o comunidad o hacia uno mismo, teniendo la ventaja de causar daños psicológicos, físicos y en algunas situaciones hasta la muerte, cuando se define violencia según la organización mundial de la salud, no solo se refiere al daño que se causa a terceras personas o a un grupo sino también es el daño que podemos causar a nuestra persona, sin tener en cuenta las consecuencias generando lesiones irreversibles, la violencia abre las puertas a muchos problemas psicosociales y genera enfermedades como la ansiedad, la OMS(2016) refiere que unas de las enfermedades que en los últimos tiempos se ha incrementado de manera desmesurada es la ansiedad, entre los años 1990 y el 2016, el 50% de personas ya padecen de aquel trastorno sin conocerlo, en cifras concretas hablamos de 416 millones a 615 millones personas con ansiedad. También se señala que un 15% de los individuos ya tiene este trastorno y un 30% se atiende por emergencias de salud mental no mortal. La ansiedad mal canalizada desata hábitos no adecuados y genera dependencias químicas y físicas. En la actualidad, en nuestro país observamos que el consumo de sustancias psicoactivas está creciendo de manera descontrolada y se está iniciando a una edad prematura y el peligro de la ingesta de dichas sustancias cada vez es mayor, los factores que detonan dichas acciones se manifiestan en lo familiar y social; tal razón predomina para entrar al consumo de sustancias psicoactivas, más conocidas como drogas, estas sustancias son ingeridas en todo el mundo y lo que genera en el cuerpo humano es el mal funcionamiento de este. La OMS (2013) manifiesta que, el ingerir drogas, afecta de tal forma que el sistema nervioso no trabaja de manera correcta, haciendo que la conciencia, el estado de ánimo y los procesos de pensamiento se vean afectados. En estudios realizados sobre el consumo de drogas, mencionan que generan alteraciones y afecta de una manera mortal a las neuronas y neurotransmisores del sistema nervioso central, en algunos casos

este déficit genera otras enfermedades que a la larga pueden generar la muerte. Cabe resaltar que el detonante principal es la ingesta de drogas.

En base al reporte a nivel mundial de las drogas, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (Unodc, 2016) refiere que el 5% de la población mundial es decir cerca de 246 millones de personas, entre los 15 años hasta la edad adulta de 64 años son consumidores activos de sustancias psicoactivas. La salud pública en todo el mundo, es responsable de todo lo que se refiera a prevención, tratamiento, consecuencias, causas y factores asociados en el ingesta del consumo de drogas y sobre todo de informar que esta enfermedad es mortal; existe información que de 10 consumidores activos de sustancias psicoactivas solo 2 son afortunados de llevar un tratamiento de rehabilitación, estos tratamientos se pueden dar de manera residencial o ambulatorio, teniendo en cuenta esta información García Ráez de Devida (2017) explicó que hay una concordancia entre la ingesta de sustancias y la delincuencia juvenil, en su trabajo de investigación "Justicia juvenil diferenciada" refiere que el 80% de los delincuentes juveniles consumen alcohol y el 59%, drogas, claro está, que en nuestra actualidad se ha incrementado la problemática del consumo de drogas, y las diversas consecuencias negativas que genera el dependiente a su persona, el entorno familiar y social. Cedro (2015) en su investigación denominada, "Estudio médico sobre sustancias psicoactivas en la población de Lima entre el 2010 y 2015, el producto final determinó que las sustancias legales para los encuestados es el alcohol y el tabaco por tal motivo son las que tienen mayor consumo, su acceso a ellas es mucho más fácil y para la sociedad no es mal visto la acción de ingerirlas, teniendo en cuenta a Pedrero Pérez (2011) refiere que los programas para personas drogodependientes, demandan una tarea compleja, que se debe abordar según los diferentes factores que se presenten, ya sean de índole biológico, neurobiológico, cognitivo conductual y sociológico. Este escenario nos presenta un conjunto de intervenciones que el paciente deberá afrontar por periodos prolongados según el enfoque de cada centro de rehabilitación. Al llevar un tratamiento residencial es importante que cumpla los objetivos, las evaluaciones y el monitoreo constante será determinante para su alta clínica.

La agresividad y la ansiedad, es un compuesto de conductas y emociones, los niveles en la población del estudio se presentan más elevados mientras mantienen el consumo activo, las respuestas físicas y psicológicas que presentan los pacientes pueden ser calmadas o agresivas. Es muy común que se corte el tratamiento por abandono o por que la familia cae en la

manipulación, lo cual es crucial para entorpecer el programa. Con frecuencia estas conductas suelen ser variantes ahora que están en proceso de rehabilitación; estos pacientes antes de llevar un proceso interno tendían a ser violentos contra ellos mismos y en algunas oportunidades con la familia o entorno social, ahora que se encuentran en abstinencia se buscó medir el nivel de ansiedad y agresividad y la relación que hay entre ellas, en personas consumidoras para así lograr el interés de instituciones que puedan brindar programas preventivos y poder brindar información a poblaciones que están amenazadas y vulnerables con esta enfermedad de las drogas.

Dando mención a los antecedentes internacionales, se encuentra a William Chox (2018) que realizó una investigación de tipo descriptivo, con el objetivo de identificar los principales rasgos de personalidad y nivel de agresividad en 60 escolares de nivel secundario, ubicados en el pueblo Quetzaltenango, Guatemala. Se utilizó los instrumentos: Cuestionario de 16 factores de personalidad y el test INAS-87, dando como resultado que el 55% se encontraba en un nivel medio de agresividad, de igual manera; tenemos el estudio de López (2015) en Tungurahua – Ecuador; donde investigó sobre las influencias de las creencias irracionales en las conductas agresivas en 258 estudiantes con la edad de 14 a 18 años, las pruebas que se aplicaron fueron el test de creencias irracionales y el Cuestionario de agresión de Buss y Perry, obteniendo como resultado, que las principales creencias irracionales son: “Miedo a lo peligroso y desconocido ” obtuvo un 24%; la creencia “Ayuda de algo más que uno mismo” 22%; conductas agresivas 98% y el 41 % de hostilidad y 31 % de ira. La revista electrónica “Jornada y Resumen sobre la Educación Psicológica” que se redactó en España en el año 2014 , se aplicó en 371 adolescentes para estudiar la conexión entre agresividad y estilos educativos parentales, con los Test de Exigencias (ENE), y la batería de Escala de Normas y la Escala de Afecto (EA) y el Cuestionario de Agresividad, los datos que arrojaron fue; que existe correlación significativa entre las dos variables, el estilo autoritario se relaciona con la conducta agresiva. Se corrobora que los hombres son físicamente más agresivos que las damas, da como resultado que el modelo parental autoritario se asemeja más con las conductas agresivas; ese mismo año López de la universidad Rafael Landívar de Colombia, en su estudio de modelo descriptivo, en una población de 150 personas entre hombres y mujeres, investiga si existe niveles de ansiedad que se generan por delincuencia. La batería psicológica utilizada fue el Stai-82, los resultados

obtenidos arrojaron que los pobladores de la colonia Vista Bella presentan un nivel alto de ansiedad.

En el 2013 en la empresa Fantasía ubicada en Mazatenango Suchitepéque – Guatemala. Se realizó una investigación por Letona; la influencia de la adicción cibernética en las conductas agresivas y violentas en una población conformada por 40 adolescentes entre las edades de 13 a 17 años, donde se les aplico la prueba INAS87 y el cuestionario de adicción a los videojuegos por niveles, se obtuvo que los adolescentes presentan bajo nivel de agresividad representado por el 60%.

De igual manera en los antecedentes nacionales en la ciudad de Chiclayo, Medina (2016) realizó una investigación de tipo no experimental sobre estilos de crianza y agresividad en adolescentes de un centro educativo, donde participaron 160 adolescente y se utilizó el cuestionario AQ de agresividad y la ficha de estilos de crianza, arrojó como resultado que el 34% de estudiantes tienen baja agresividad, el 26% descuido en la crianza y el 20% muy condescendiente; del mismo modo en la investigación creencias irracionales asociadas a la ansiedad por García (2014) conformada por 100 universitarios de la línea de estudio de medicina de la universidad Nacional en Tarapoto- Perú, utilizó el inventario de creencias irracionales de Ellis y el Inventario de Ansiedad Rasgo/Estado, los resultados obtenidos fueron la creencia “aprobación”; “pasado prima el presente”; “es mejor alejarme de los problemas ” conexión con rango y ansiedad “tiempo libre” conexión con estado ansiedad, “temor a lo desconocido ” predomina en los hombres de 2do ciclo. Siguiendo la rama de estudiantes tenemos a Ríos y Quijano (2014) quienes realizaron un estudio con 225 alumnos de secundaria; de tipo no experimental y descriptiva, utilizando el test AQ de agresividad de Buss y Perry se culminó que existe niveles medio agresivo por parte de los varones, existe nivel alto en agresividad por parte de los de 2do de secundaria y los demás grados cuentan un nivel equilibrado. Para Cortez en el mismo año en su estudio dependencia al internet, ansiedad rasgo - estado en adolescentes en el colegio Honorio Delgado, intervino aplicando en 250 alumnos la batería de pruebas que consistían en la prueba ansiedad al internet y los niveles de rasgos- estados. Concluyendo que la dependencia al internet esta elevado al igual que los niveles de ansiedad rasgos – estados. Se obtuvo que la adicción y ansiedad se maneja de manera moderada, los que presentaron mayor ansiedad y adicción son adolescentes que no tienen una imagen de autoridad en casa. Y con respecto a Morales (2013) en su investigación de familias drogodependientes – niveles de ansiedad en centros de

rehabilitación de Lima, cuya población fue de 75 familiares entre las edades de 18 años a 70 años, la investigación fue no experimental, descriptiva y no probabilístico, se aplicó el test de Ansiedad de Zung (EAA). Los resultados arrojaron que existe un nivel marcado de ansiedad. Del mismo modo se menciona el estudio que realizaron Pérez y Villegas (2012) el cual tuvo como fin determinar la existencia de la correlación de agresividad y ansiedad, los participantes para la muestra fueron un total de 120 sujetos, se encontró como resultado que los factores de agresividad muestran un nivel medio en agresividad física, verbal, hostilidad e Ira; con un 58%, 75%, 84% y 60% respectivamente. Se afirma entonces que existe una estrecha relación entre ira, la hostilidad y la agresividad, de igual modo con el resentimiento.

Para este estudio investigamos estas dos variables donde tenemos a Moreno (2008) que refiere que la ansiedad es algo natural propio del ser humano que se aprende por observación y se va adecuando a las vivencias, según el instinto propio del ser humano. Pero en algunos casos este modelo de defensa y autoprotección a veces no funciona de manera correcta, lo cual genera perturbaciones, cuando ocurre algún problema, conflicto o situación que no se tengan el control o se sientan amenazados, esto genera miedo, temor a que les pueda ocurrir o suceder algo que atente contra su vida por consiguiente para Clark y Beck (2012) refiere que es un sistema de respuestas a las conductas que la persona está experimentando, para anticiparse algún suceso que esta por ocurrir ya sea físico o emocional. Estas situaciones se presentan por las diversas situaciones de estrés que hoy en día experimentan las personas, donde creen que no podrán resolver. Pero para Pereyra (2008) manifiesta a la ansiedad como un malestar psicofísico, que se da por una inseguridad, temor, miedo y angustia. Estas reacciones que el individuo experimenta de manera cotidiana pasarían desapercibidas si es que la persona las manejaría de una manera adecuada, pero cuando estas aumentan y llegan a un nivel alto se convierte en un trastorno de ansiedad. El ser humano para alcanzar una personalidad madura es necesario que afronte miedos, temores que están presentes en el día a día, las emociones están presentes en las diversas situaciones, una persona que solo está en su zona confort es más vulnerable a padecer este trastorno. Las observaciones de Harvard medical school (2014) donde refiere que “La ansiedad no solo es una condición única, si no son un conjunto de trastornos relacionados entre sí”. Manifestando que un trastorno lleva a que se origine otro, los cuales se acompañan, que al unirse hacen que las respuestas psicósomáticas tengan más fuerza. Sin embargo, Sarudiansky (2013) cita a Spielberger, mencionando que la ansiedad presenta síntomas muy diversos que se

pueden reconocer como la hiperactividad vegetativa, mediante taquicardia, sensación de ahogo, pérdida del conocimiento, temblores; estos síntomas se pueden manifestar de 3 maneras: conductual, cognitivo y físico. Lo que manifiesta una persona cuando presenta un cuadro de ansiedad es una fuerte presión la cual genera que su estado de ánimo y sus acciones no estén acorde de lo normal o lo adecuado, no todos atraviesan estas mismas conductas o sensaciones, cada individuo lo refleja de diferente forma. Los síntomas físicos presentes y claros que afectan al medio en el que se rodea la persona que está atravesando por este trastorno, donde puede manifestar emociones positivas y negativas.

Cuando hablamos de una persona en consumo esta experimenta síntomas, conductas provocadas por la ansiedad donde esta se vuelve una amenaza, ya que abre paso a una recaída. Para Beck (2012) refiere que la presencia de la ansiedad hace más propenso el riesgo del consumo del alcohol y las drogas, se debe tomar en cuenta que el consumo de sustancias psicotrópicas son las que conllevan a una ansiedad. Las situaciones que atraviesa el consumidor y teniendo en cuenta los problemas y estilo de vida que está llevando la persona Wood (2010) menciona que esto les genera angustia, desesperación, lo cual obstruye que el individuo pueda resolver dichos problemas y se refugie en el consumo de las drogas y le cueste salir de la problemática. Esto es más frecuente en jóvenes, pero puede ocurrir a cualquier edad. En la condición de drogodependiente la ansiedad genera el síndrome de abstinencia, lo más común es que se presente la ansiedad y luego el consumo o viceversa. La intensidad de la ansiedad aumenta en la persona cuando está en consumo o atravesando su síndrome de abstinencia según Lipschitz (1988) el también realiza la comparación entre las drogas prohibidas y legales, y el grado de ansiedad es el mismo, cabe resaltar que la ansiedad es progresiva, teniendo en cuenta que si la persona tiene un consumo habitual y progresivo levanta una tolerancia y el propio cuerpo almacena la sustancia e involuntariamente el consumo se eleva.

La condición de un consumidor genera 3 procesos biológicos, el cuerpo se adecua según la ingesta habitual de dichas sustancias. Mayor consumo, las consecuencias físicas que se pueden presentar y el síndrome de abstinencia se presenta más frecuente cuando el adicto desea dejar el consumo.

Este síndrome se manifiesta mediante síntomas físicos, biológicos y psicológicos. El adicto pretende que estos síntomas no aparezcan y su consumo lo aumenta, ya que no desean experimentar la sensación de estos síntomas.

Haciendo mención en sus características en algunas personas los síntomas son más intensificados, manifestándose con la preocupación, miedo, terror, inestabilidad emocional, insomnio, falta de apetito. En este proceso el sistema nervioso, sistema inmunológico y sistema endocrino sufren las consecuencias de estos síntomas. Se presenta dolores musculares, pérdida de apetito sexual, pérdida de apetito, problemas para dormir. Existen síntomas ansiosos:

En el ámbito Físico, se hacen presentes de manera corporal representados por taquicardia, náuseas, cansancio, fatiga, rigidez muscular, vómitos, falta de respiración, hormigueos, pérdida de sueño, problemas de alimentación, deseo sexual. Cuando hablamos de la parte psicológica se presenta, el agobio, sensación de amenaza, temor a morir, dificultad para poder tomar decisiones, miedo a quedarse solos, pensamientos suicidas, temor a enfermedades y tener una enfermedad incurable. En la interacción social y entorno se dificulta manejar una conversación, no sabe dar respuesta a preguntas que formulan, dificultad para expresar emociones no sabe cómo expresar opiniones, miedo y mucho temor a los problemas y cómo afrontarlos. La conducta que muestra no tiene autocontrol, bloqueo de pensamientos, el mal manejo de los impulsos y comportamientos fuera de control. La persona no puede actuar en los diferentes sucesos que se presenten, su carencia de expresión corporal y la expresión verbal, los movimientos motores, cambio de voz (tartamudear, tono de voz baja), estos son algunas de las consecuencias que se evidencian en las personas que atraviesan estos cuadros de ansiedad, así mismo en el ámbito intelectual o cognitivo se refleja en mala retención, divagaciones, pensamientos catastróficos, falta de concentración, temor, miedo, incertidumbre, confusión, pensamientos negativos y preocupación excesiva. Todas las personas pueden manifestar niveles de ansiedad, pero hay algunas etapas donde la persona atraviesa una situación donde se vuelve insostenible afectando el desarrollo de vida; estos síntomas generan que la persona se sienta mal, el pánico, angustia se dan con mayor prevalencia, la ansiedad se manifiesta el síndrome de abstinencia, lo cual hace que la persona se llene de miedo y más aún si existe por parte de la persona un consumo de drogas esto hace que la persona tema llegar a experimentar este síndrome.

Siguiendo con la investigación con nuestra segunda variable de estudio, Matalinares (2010) define agresividad según Berkowitz (1996, citado en Matalinares, et al., 2010) menciona esta "conducta como estados de sentimientos que van desde el odio, dañar a personas, animales u objetos" sin embargo para Buss (1992, citado en Matalinares, et al., 2010) respuesta por medio

de estímulos negativos sobre otras personas. Pearce (1996, citado en Matalinares, et al., 2010) refiere que cuando una persona no logra satisfacer sus necesidades personales, profesionales y sociales, es ahí donde surge agresividad. Existe una estrecha relación entre ira y agresividad, de igual modo con el resentimiento. Para la RAE (2014) refiere que es un accionar que ofende, incita a la falta de respeto con la única finalidad de perjudicar emocionalmente, físicamente y psicológicamente a las personas de su entorno o en el peor de los casos así mismo, el grado de la acción del poder y fuerza de manera premeditada hacia un grupo de personas o uno mismo, dando como resultado lesiones, perjuicios mentales, trastornos mentales o la muerte, todo lo mencionado refiere la OMS (2013) sobre la violencia. De igual manera para Buss y Plomin (1980) afirman que se puede explicar con una mezcla de tres temperamentos la agresividad que son: impulsividad, actividad y emocional. Este conjunto emociones que al mezclarse muestran el temperamento basado en la extroversión, la impulsividad no genera que surja la agresividad. Teniendo en cuenta que estos tres temperamentos contribuyen a la agresividad de manera considerada de tal forma que si hay un nivel alto de estas características; sociedad, emocional e impulsividad, podría equivaler a una persona agresiva (p. 264). La agresividad es una forma de mostrar nuestras acciones para la vida social, capacidad que tiene una persona para lograr beneficios en una gresca o un conflicto, se muestra como lo obtenido en una batalla, lo que uno pierde – lo que uno gana – y lo que uno se beneficia. La agresividad y violencia por más que resulten ser familiares, estos dos términos tienen diferencias significativas, según el criterio de cada persona y el daño físico que pueden generar, aunque no es necesario ocasionar daños físicos, golpes, moretones etc. (p. 195). Se sobre entiende que una persona que genera una respuesta agresiva, tiene el fundamento que se basa en lo genético o que es influenciado por generaciones pasadas lo cual muestra reacciones y conductas violentas o agresivas en diferentes situaciones. Ricardo Osorio (2013) menciona que cuando hablamos de violencia es muy distinto a referirnos a la agresividad, no es primordial hacer daños o perjuicios físicos. Siguiendo la rama sobre las teorías de la agresividad tenemos a Schunk (1997) en uno de los capítulos de su libro, teorías del aprendizaje cognoscitivo social, menciona que todos los seres humanos tienen una ligera predisposición al aprendizaje por observación. Es por esa razón que las personas imitan las acciones agresivas de terceras personas, los estímulos reforzadores de esas conductas. En algunas situaciones los victimarios no reaccionan con la intención de hacer daños (a propósito,

o casuales) ni desean un beneficio, sucede que estas personas actúan con la finalidad de no ser lastimadas.

Por consiguiente, encontramos ciertas características en esta variable, como la agresividad física, que se origina de una persona a otra, o hacia ella misma, generando daños evidentes y tangibles ante las personas del entorno, haciendo uso de la fuerza física o de algún objeto. Con la única finalidad de generar un daño certero y en algunos casos un daño irreversible, buscando su muerte o destrucción. En algunas ocasiones esto se da en defensa propia reforzando la conducta agresiva, buscando establecer superioridad en el prójimo. La agresividad también se muestra de manera verbal, esta forma de agresión se desarrolla de manera prepotente y llena de emociones las cuales son ofensas verbales esta acción se enfoca en la humillación, el desprecio y al rechazo. Para la persona que lo aplica solo sería una respuesta a comparación de la fase anterior esta es usada de manera muy sutil para generar un daño colateral sin poder notarlo. Hay tres tipos de agresión verbal, no todas las expresiones son iguales, el primero es el agudo , el segundo es de nulidad y el tercero, el ultimo es la acción del insulto , estos cuentan con una particular carga agresiva, tomando en cuenta el primer tipo tenemos a la agresividad psicológica, esta agresión genera daño a la persona de manera indirecta con la única finalidad que la respuesta de esta sea totalmente errónea , provocando que el individuo se aleje del grupo o que cree una apatía, esta es la manera más cotidiana en la que se da a notar los daños psicológicos. El proceso de daño suele tener diferente naturaleza, distinguiéndose en dos tipos, el primero es la agresividad industrial, aquella clase de agresividad se enfoca en obtener un objetivo establecido; por lo general la persona agredida no tiene ningún vínculo emocional o sentimiento fuerte con el agresor, el objetivo es generar daño sin importar la víctima. Esta clase de agresividad se caracteriza por tener o cumplir su objetivo generando una ganancia, cual sea su naturaleza, se puede considerar industrial, el segundo tipo es la agresividad hostil, este tipo de naturaleza agresiva se origina como una conducta toxica, liberando la ira y el enojo, con la finalidad de hacer un daño directo hacia una persona y en algunas ocasiones se busca la muerte. Las conductas morales son violadas por aquel esquema que tienen los aspectos sociales que conforman este tipo de agresividad ya que confabula el autocontrol de esta misma, cuando mencionamos a la ira nos referimos que es un conjunto de emociones o sentimientos que busca manifestar que la persona se siente dañada, no tiene como objetivo principal lastimar o agredir.

En cambio, la hostilidad, por lo general esta conducta si tiene como objetivo generar un daño o en algunos casos el deseo de que a esta persona le vaya mal.

En este sentido, se procede con la formulación del problema, teniendo como tema de estudio la siguiente pregunta: ¿Existe relación entre la ansiedad y la agresividad en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas de tres comunidades terapéuticas de Lima – Sur, 2019? Es así que, justificamos el estudio como relevante ya que se abordarán las conductas ansiosas y agresivas conjugando con una serie de aspectos psicosociales en una población numerosa que se encuentra afectada, por estas acciones y por personas con dichos problemas de dependencia a sustancias psicoactivas, por lo tanto, la expectativa de este estudio es observar que tanto se reduce la conducta ansiosa y agresiva en pacientes drogodependientes, en aquellas instituciones llamadas comunidades terapéuticas, así mismo la base de este estudio está en la exposición de los resultados siendo aquello la justificación teórica de este estudio, conforme con las teorías que se han utilizado, a la vez se muestra los resultados obtenidos en las comunidades terapéuticas en cuanto, a la ansiedad y agresividad; por lo tanto, crear estrategias para hacer un tratamiento más efectivo para el paciente drogodependiente, por lo tanto, la práctica se manifiesta en la justificación de la investigación. A su vez por medio de esta investigación se busca ayudar en la restauración a los centros de rehabilitación por medio de programas, talleres y charlas de acuerdo a la problemática existente. Estas investigaciones son de gran beneficio para pacientes que se encuentran en un centro de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas, son más propensos atravesar problemas de agresividad y ansiedad. Esta investigación es de gran alcance para el trabajo que presente instituciones que brindan estos servicios de deshabitación de drogas.

Dando mención a las hipótesis, como hipótesis general se formuló de tal forma: la ansiedad se correlaciona de manera directa y significativa con la agresividad en pacientes dependientes a sustancia psicoactivas de tres comunidades terapéuticas de Lima – Sur, 2019. Asimismo, se plantean las hipótesis específicas contamos con dos; la ansiedad afectiva se correlaciona de manera directa y significativa con las dimensiones de agresividad expresada en agresión verbal, agresión física, hostilidad e ira en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas. Así como, la ansiedad somática se correlaciona de manera directa y significativa con las dimensiones de

agresividad expresada en agresión verbal, agresión física, hostilidad e ira en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas.

Es importante en esta investigación mencionar los objetivos y como general está, de determinar la relación entre ansiedad y agresividad en pacientes dependientes a sustancia psicoactivas de tres comunidades terapéutica de Lima – Sur, 2019.

Los objetivos específicos que presenta la investigación son 6 y se procedió a ordenarlos de esta manera; determinar la relación, a modo de correlación, entre la ansiedad y las dimensiones de la agresividad; en segundo lugar, determinar la relación, a modo de correlación, entre la agresividad y las dimensiones de la ansiedad. Como tercer y cuarto objetivo específico se pretende describir la conducta ansiosa y agresiva que predomina en pacientes dependientes a sustancia psicoactivas de tres comunidades terapéuticas. Como quinto y sexto objetivo comparativo esta determinar si existen diferencias que sean significativas entre agresividad y ansiedad en pacientes internados por consumo de sustancias psicoactivas según su sexo.

II. MÉTODO

2.1 Tipo y diseño de investigación

a) Diseño de investigación

La investigación pertenece a un método de diseño no experimental de corte transversal, ya que no manipulara las variables estudiadas, porque ya están formadas o tomadas, ya acontecieron (Ávila, 2006, p. 76). Pretendiendo que solo se le aplicará las pruebas una sola vez y que no se hará ninguna modificación en la población estudiada, ya que los resultados servirán para realizar una investigación.

b) Tipo de estudio

Este estudio es tipo correlacional, la única finalidad es indagar los entendimientos hipotéticos logrados en la presente problemática, con el único beneficio de verificar o descartar las hipótesis presentadas (Hernández, et al, 2018).

c) Nivel

De nivel básico, ya que se busca conocer el comportamiento de las variables ansiedad y agresividad (Tam, Vega y Oliveros, 2008).

d) Enfoque

La metodología cuantitativa es el enfoque de esta investigación porque se ha recolectado los datos con el objetivo de medir las variables, por medio de instrumentos, ya que se busca la exactitud con la finalidad de generalizar los resultados a poblaciones o a situaciones amplias (Galeano, 2004, p. 24)

2.2 Variables y definición operacional

Variable: Ansiedad

Definición Conceptual: Según Sierra (2003) la ansiedad, es una respuesta emocional y a la vez natural cuando un individuo detecta amenaza o peligro, tiene como reacción un grupo de respuestas: fisiológicas, motora y cognitiva.

Definición operacional: La ansiedad que es una variable se puede medir con el instrumento Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung (EAA), refiere William Zung que por medio de estas dos dimensiones se mide: Ansiedad somática y Ansiedad afectiva.

Dimensiones:

1. Ansiedad somática: se manifiesta por medio de síntomas físicos generadas por el estado de alerta
Ítem: 6,7,8, 9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20
2. Ansiedad Afectiva: se puede observar en las emociones del individuo
Ítem: 1,2,3,4,5

Variable: Agresividad

Definición Conceptual: Buss y Perry (1992) dan como definición a la agresividad a las respuestas que genera reacciones letales hacia otro ser, es decir que la agresión es la acción de un individuo que tiene como finalidad lastimar o causar dolor a otra persona o a sí mismo.

Definición operacional: Medida obtenida por los puntajes del Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry (1992), adaptado al contexto peruano por Matalinares et al. (2012). La prueba está conformada por 4 dimensiones.

Dimensiones

1. Agresión verbal, conforma de ataques mediante insultos, gritos, amenazas, apelativos, discriminación, etc. Generando a la persona atacada angustia y malestar. (Buss, 1961, citado por; Cuello y Oros, 2013).
Ítem: 2,6,10,14,18

2. Agresión física, (Buss, 1961, citado por; Cuello y Oros, 2013) esta agresión se manifiesta por medio de la fuerza física dañando a otro ser humano o grupo.
Ítem: 1,5,9,13,17,21,24,27,29
3. Hostilidad, esta conducta involucra reacciones motoras o verbales hacia un individuo o cosa, generada por una evaluación negativa de las mismas. (Buss, 1961).
Ítem: 4,8,12,16,20,23,26,28
4. Ira, se manifiesta esta conducta por medio de lo emocional, físico o cognitivo invadiendo el espacio personal y genera frustración distorsionando la realidad. (Buss, 1961).
Ítem: 3,7,11,15,19,22,25

2.3 Población, muestra y muestreo

2.3.1 Población

Grupo de personas, entidades, instituciones, empresas, etc. Que presentan las mismas características y conductas. (Hernández, et al, 2018).

instituciones	Hombres	Mujeres	Total
Restauración Life	50	75	125
Proyecto Fénix	40	24	64
Novo World	48	37	85
	138	136	274

Tomada del área administrativa de las comunidades, 2019.

2.3.2 Muestra

La muestra de esta investigación es censal y está conformada por 274 pacientes de tres comunidades terapéuticas. Aquella muestra se considera censal porque se seleccionará la población en su totalidad, al tener en cuenta que es una cantidad de sujetos manejable. (Ramírez, 1997)

2.3.3 Muestreo

No Probabilístico por conveniencia, el investigador selecciona los elementos que a su juicio son representativos; en este caso, se usará a todos los pacientes de tres comunidades terapéuticas de Lima Sur en su totalidad. (Behar, 2008).

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

2.4.1 Técnicas de medición:

Se usó técnicas básicas como la observación para poder constatar de que el evaluado desarrolle los test de manera adecuada y al finalizar se utilizó la entrevista para hacer una retroalimentación de cómo se sintió en pleno desarrollo de los instrumentos a la vez se hizo uso de las técnicas psicométricas que es un grupo de modelos formales, de esta manera las variables psicológicas pueden ser medidas, centrados en las condiciones que permiten llevar adecuadamente cualquier proceso de medición en psicología. (Arias, 1996).

2.4.2 Instrumentos

Escala de Auto medición de Ansiedad

Nombre del test:	Escala de auto medición de ansiedad (EAA)
Nombre del autor:	William Zung (2002).
Administración:	Individual y colectivo.
Tiempo:	10 a 15 min
Numero de ítems:	20

Componentes:

- afectiva
- somáticas

Validez y confiabilidad

Zung (1965) valida la escala (EAMD), con un grupo de pacientes que eran atendidos de forma externa en el DUKE P.H tenían como diagnóstico ansiedad y depresión junto con ellos trastornos de personalidad, en el año 1968 se continuó con la validación aplicando la prueba en los países como Inglaterra, Alemania, Checoslovaquia, Japón y Australia.

Para la realización del proyecto se aplicó el piloto a una muestra, dando evidencia de confiabilidad de ($.752$) en el Alfa de Cronbach en el total de sus elementos, este resultado respalda a la escala refiriendo que es confiable y para la validez se hizo uso del juicio de expertos, para obtener evidencias de validez, obteniendo como resultado (1) mediante el coeficiente de V de Aiken.

Cuestionario de agresividad de Buss y Perry

Autores:	Arnold Buss Durkeim y Perry M
Autor de la adaptación en Perú:	María Matalinares, Juan Yaringaño, Joel Uceda, Erika Fernández, Yasmin Huari, Alonso Campos y Nayda Villavicencio.
Año de la creación:	1992
Año de adaptación:	2014
Objetivo de la medición:	Medir los tipos y nivel de agresión en los pacientes.
Forma de administración:	Individual y colectiva.
Rango de aplicación:	Adolescentes y adultos.
Descripción:	Prueba que evalúa tipos de agresión según la percepción, sentimientos y conductas ciertas situaciones.

Validez y confiabilidad en el Perú

María Matalinares, Juan Yaringaño, Joel Uceda, Erika Fernández, Yasmin Huari, Alonso Campos y Nayda Villavicencio diseñaron la adaptación psicométrica en el 2014. En donde

participaron 3632 estudiantes de ambos sexos con edades oscilando entre 10 a 19 años, de diferentes colegios de todos los departamentos del Perú, del 1° a 5° de secundaria.

El estudio pretende analizar la estructura del cuestionario mediante el análisis factorial exploratorio concluyendo que la consistencia interna es aceptable, con un alfa de cronbach de 0,836. Los resultados evidencian un ajuste aceptable al modelo de cuatro factores, baremos percentiles y normas interpretativas.

Para la realización de la investigación se aplicó el piloto a una muestra, dando evidencia de confiabilidad de (,831) en el Alfa de Cronbach en el total de sus elementos, este resultado respalda a la escala refiriendo que es confiable y para la valides se hizo uso del juicio de expertos, para obtener evidencias de validez, obteniendo como resultado (1) mediante el coeficiente de V de Aiken.

2.5 Procedimiento

Se realizó la entrega de las cartas de permiso a las comunidades terapéuticas para poder aplicar los test psicológicos, se le explico claramente el objetivo de la investigación, ya con el permiso de los encargadas de las instituciones se programó de manera mutua la fecha y hora de la aplicación de los instrumentos, se les entrego el asentimiento informado donde se les explica que su participación es anónima, voluntaria e individual, luego de la firma de los pacientes, se procedió a aplicar los instrumentos, se orientó de manera adecuada el llenado de los test , y se resolvió cualquier duda que presentaban, a la vez se dejó claro que los resultados tiene como finalidad es el desarrollo de la investigación.

2.6 Método de análisis de datos

En esta investigación se realizó un estudio cuantitativa; ya que se empleó la recolección de datos, a la vez utilizamos una medición numérica y análisis estadístico, con la finalidad de obtener información sobre la población a través de la muestra tomada y así certificar las hipótesis que se plantearon, con la información obtenida a través de inventarios, análisis socio demográficos y de cuestionarios y test pasamos a crear una base de datos en Excel, luego teniendo estos datos utilizamos el estadístico SPSS versión 25, para tener los resultados de confiabilidad y correlacionales. Se utilizó la prueba de normalidad Shapiro-Wilk, ya con la distribución no normal, se procedió con una prueba no paramétrica que es el Rho Spearman,

seguidamente para la comparación se efectuó la prueba U Mann-Whitney. Esta investigación se realizó con un fin y con respecto aquello obtener conclusiones concretas. (Hernández, 2018)

2.7 Aspectos éticos

El aspecto ético de esta investigación como base tiene el compromiso, el respeto, la responsabilidad y honradez en el desarrollo de esta, sin utilizar plagios y mucho menos falsedades, es por aquella razón que se ha respetado el material de las teorías utilizadas citando a los autores de manera correcta, American Psychological Association (2010).

Los principios bioética que se utilizaron en la investigación:

El comienzo de la autonomía. Se ha respetado la identidad, los resultados y confiabilidad de las investigaciones, a la vez se ha mantenido en discreción y anonimidad los resultados y la identidad de los participantes estos mismos estuvieron de acuerdo con la aplicación de las pruebas.

Principio de beneficencia. La participación fue totalmente voluntaria de los pacientes para así aportar en la investigación y de esa manera poder ayudar a prevenir posibles problemáticas que puedan suceder en alguna comunidad terapéutica. (Vera, 2016)

Principio de no maleficencia. De forma clara y con respeto se le dio a saber la causa de la investigación.

Principio de justicia. En el desarrollo de las pruebas psicológicas, no se trató a ningún paciente con diferencias o discriminación alguna.

La presente investigación cumple y cuenta con todos los requisitos y consentimientos hacia las partes, a su vez a las comunidades que estuvieron involucradas se solicitaron los permisos respectivos en el área psicológica, las cuales ayudaron a la investigación, se les menciona el proceso de la evaluación a cada residente. Al finalizar se pudo comprobar que los test fueron resueltos en su totalidad obteniendo un análisis estadístico óptimo.

III. RESULTADOS

Pruebas de normalidad

Tabla 1

Prueba de normalidad de Ansiedad

	Ansiedad		
	ansiedad	a. afectiva	a. somática
sw	,949	,979	,981
p	,000	,001	,001
n	274	274	274

La tabla 1, ofrece el estadístico de Shapiro wilk acompañados de sus correspondientes niveles críticos (*Sig. = Significación*). Lo cual permite contrastar la hipótesis nula de que los datos muestrales no proceden de una población normal. De acuerdo con los resultados obtenidos en ansiedad y sus dimensiones los niveles críticos son menores a 0,05 (*sig. < 0,05*), lo que lleva a concluir los datos no proceden de poblaciones normales, según Mohd (2011).

Tabla 2

Prueba de normalidad de agresividad

	Agresividad				
	agresividad	a. verbal	a. física	hostilidad	ira
sw	,992	,9983	,986	,986	,987
p	,134	,002	,009	,007	,014
n	274	274	274	274	274

La tabla 2, ofrece el estadístico de Shapiro wilk acompañados de sus correspondientes niveles críticos (*Sig. = Significación*). Lo cual permite contrastar la hipótesis nula. Según Mohd (2011) los datos muestrales no proceden de una población normal debido a que su sig. es menor de 0,05, a excepción de la agresividad que es mayor de 0,05.

Tabla 3*Correlación entre la Ansiedad y Agresividad en pacientes dependientes*

		Ansiedad
Agresividad	Rho de Spearman	-,113
	r ²	,013
	P	,061
	N	274

La tabla 3, presenta la información referida al coeficiente *rho de Spearman*. En esta tabla se presentan el valor del coeficiente de correlación y el nivel crítico asociado al coeficiente (*Sig.*). Se observa valores de significancia o “p” mayores de 0,05 rechazando la hipótesis, ya que no hay una relación significativa entre la Ansiedad y Agresividad. Según Tuya, Martínez, Pérez, Cánovas (2009). El tamaño del efecto es pequeño, Cohen (1998).

Tabla 4*Correlación entre la agresividad y las dimensiones de ansiedad en pacientes dependientes*

		Agresividad
Ansiedad afectiva	rho de Spearman	-,092
	r ²	,008
	p	,887
Ansiedad somática	rho de Spearman	-,056
	r ²	,003
	p	,356

La tabla 4, presenta la información referida al coeficiente *rho de Spearman*. En esta tabla se presentan el valor del coeficiente de correlación entre la agresividad y las dimensiones de ansiedad, con el nivel crítico asociado al coeficiente (*Sig.*). Se observa en la tabla que la relación entre la variable agresividad y las dimensiones de ansiedad asumen valores de significancia o “p” mayores de 0,05. Según Tuya, Martínez, Pérez, Cánovas (2009), se rechaza la hipótesis específica, por lo que no hay relaciones significativas entre la variable y sus dimensiones. De acuerdo a D de Cohen (1998) el tamaño del efecto es pequeño.

Tabla 5*Correlación entre la ansiedad y las dimensiones de Agresividad en pacientes dependientes*

		Ansiedad
Agresividad física	Rho de Spearman	-,064
	r ²	,004
	p	,309
Agresividad verbal	Rho de Spearman	,017
	r ²	,000
	p	,774
Hostilidad	Rho de Spearman	-,104
	r ²	,001
	p	,087
Ira	Rho de Spearman	-,162*
	r ²	,003
	p	,007

La tabla 5, presenta la información referida al coeficiente *rho de Spearman*. En esta tabla se presentan el valor del coeficiente de correlación y el nivel crítico asociado al coeficiente (*Sig.*). Según Tuya, Martínez, Pérez, Cánovas (2009), se observa en la tabla que la relación entre la variable ansiedad y las dimensiones de agresividad asumen valores inferiores de rho = -,162, no siendo significativa (sig. <0,774), dado el resultado se rechaza la hipótesis específica ya que no hay correlación significativa. De acuerdo con lo dicho por Cohen (1998) el efecto del tamaño es pequeña.

Tabla 6*Niveles de Ansiedad en pacientes dependientes de tres comunidades terapéuticas de Lima - Sur*

	Frecuencia	Porcentaje
Moderada	140	51.1%
Leve	107	39.1%
Normal	18	6.6%
Intensa	9	3.3%
Total	274	100.0%

En la tabla 6, se observa que existe un nivel moderado de Ansiedad representado por el 51,1%, seguido del nivel leve representado por un 39,1%, seguido del nivel normal representado por un 6,6% y un nivel intenso representado por un 3,3%.

Tabla 7*Niveles en las dimensiones de Ansiedad en pacientes dependientes de tres comunidades terapéuticas de Lima - Sur*

	Niveles de ansiedad Afectiva		Niveles de ansiedad somática	
	f	%	f	%
Normal	31	11.3	11	4.0
Leve	191	69.7	122	44.5
Moderada	48	17.5	139	50.7
Intensa	4	1.5	2	.7
Total	274	100.0	274	100.0

La tabla 7 indica que existe mayor predominio en el nivel leve de Ansiedad afectiva representado por el 69,7%, seguido del nivel moderado para la Ansiedad somática representada por un 50,7% y un nivel leve representado por el 44,5%.

Tabla 8

Niveles de Agresividad en pacientes dependientes de tres comunidades terapéuticas de Lima - Sur

	f	%
Bajo	99	36,1%
Promedio	88	32,1%
Alto	45	16,4%
Muy Bajo	37	13,5%
Muy Alto	5	1,8%
Total	274	100,0%

En la tabla 8 se observa que existe un nivel bajo de Agresividad representado por el 36,1%, seguido del nivel promedio representado por un 32,1%, seguido del nivel alto representado por un 16,4%. seguido de un nivel muy bajo representado por un 13,5% y un nivel muy alto representado por un 1,8%.

Tabla 9

Niveles de las dimensiones de agresividad en pacientes dependientes de tres comunidades terapéuticas de Lima - Sur

	Niveles de agresividad física		Niveles de agresividad Verbal		Niveles de hostilidad		Niveles de Ira	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Muy Bajo	43	15,7	40	14,6	18	6,6	15	5,5
Bajo	104	38,0	89	32,5	56	20,4	75	27,4
Promedio	87	31,8	98	35,8	120	43,8	115	42,0
Alto	34	12,4	38	13,9	54	19,7	48	17,5
Muy Alto	6	2,2	9	3,3	26	9,5	21	7,7
Total	274	100,0	274	100,0	274	100,0	274	100,0

La tabla 9, indica que existe un mayor predominio en el nivel promedio para la dimensión hostilidad e Ira representadas por el 42,0% y 43,8%.

Prueba de U de Mann-Whitney

Tabla 10

Diferencias entre la ansiedad según género

Genero		N	sw	p	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney
Ansiedad	Masculino	138			115,21	15899,50	
	Femenino	136	,001	,000	160,11	21775,50	6308,5000
	Total	274					

La tabla 10, ofrece el estadístico *U* de *Mann-Whitney*. La tipificación de ambos vale, $Z = -4,707$; y el nivel crítico bilateral (*Significación asintótica bilateral*) vale 0,000. Por tanto, se afirma que si existen diferencias entre la ansiedad según el género. Encontrándose que las mujeres suelen ser más ansiosas que los varones.

Tabla 11

Diferencias entre la agresividad según género

Genero		N	sw	p	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney
Agresividad	Masculino	138			126,22	17419,00	
	Femenino	136	,01	,018	148,94	20256,00	7828,000
	Total	274					

La tabla 11, ofrece el estadístico *U* de *Mann-Whitney*. La tipificación de ambos vale, $Z = -2,373$; y el nivel crítico bilateral (*Significación asintótica bilateral*) vale 0,018. Por tanto, se afirma que si existen diferencias entre la agresividad según el género. Encontrándose que las mujeres muestran ser más agresivas que los varones.

IV. DISCUSIÓN

La finalidad del estudio fue determinar la relación entre la ansiedad y la agresividad en pacientes en pacientes dependientes a sustancia psicoactivas de tres comunidades terapéuticas de Lima – Sur, 2019, la muestra estuvo conformada por 274 participantes, 138 hombres 136 mujeres respectivamente.

Respondiendo al objetivo general del presente estudio, de acuerdo a los resultados inferenciales se encontró que no existe relación significativa entre la ansiedad y la agresividad, ya que el coeficiente de correlación asumió un valor de $\rho = -.113$ y un nivel de significancia de ($\text{sig.} < 0,061$). Estos resultados difieren con la investigación que realizaron Pérez y Villegas (2012) quienes llevaron a cabo un estudio cuyo tipo fue descriptivo correlacional, el cual tuvo como finalidad determinar la existencia de la correlación de agresividad y ansiedad, en lo que respecta a la correlación, se presentó positiva fuerte. Este resultado se puede explicar por medio de Moreno (2008) quien refiere que la ansiedad es algo natural propio del ser humano que se aprende por observación y se va adecuando a las vivencias, según el instinto del propio ser humano. Pero en algunos casos este modelo de defensa y autoprotección a veces no funciona de manera correcta, lo cual genera perturbaciones, cuando ocurre algún problema, conflicto o situación que no se tengan el control o se sientan amenazados, esto genera miedo, temor a que les pueda ocurrir o suceder algo que atente contra su vida. La ansiedad y agresividad no se asocian siempre debido a que pueden existir factores externos como el contexto y el entorno social en el cual están las personas; cabe mencionar, que la agresividad también puede ser aprendida ya que según la teoría de la agresividad Schunk (1997) afirma en su teoría del aprendizaje que los seres humanos tienen una predisposición al aprendizaje, una de las posibilidades de aprender es a través de la observación de otras personas. Es por esa razón que las personas imitan las acciones agresivas de terceras personas, los estímulos reforzadores de esas conductas

Los resultados muestran que no existe relación significativa entre la ansiedad y dimensiones de agresividad, ya que p es mayor que 0,05 a excepción de la agresividad verbal. No existe una teoría como tal que explique lo planteado, por lo que se puede inferir que pueden haber involucrados otros factores externos como la familia, los amigos y el soporte emocional que reciben en el tratamiento interno las personas que padecen de ansiedad.

De igual manera en cuanto a la relación entre la agresividad y las dimensiones de ansiedad no

hay una relación significativa. Tampoco se encontraron teorías o autores que expliquen la relación de las mismas por lo cual se puede afirmar que la agresividad puede estar asociada también a la imitación y al aprendizaje, lo que hace que estas conductas se incorporen y formen parte de nuestra personalidad.

Los resultados indican que los pacientes presentan un nivel moderado de Ansiedad representado por el 51.1%, seguido del nivel leve representado por un 39.1%, seguido del nivel normal representado por un 6.6% y un nivel intenso representado por un 3.3%, estos resultados se asemejan con la investigación que realizó Morales en el 2013 en el estudio que realizo basado en estudiar los niveles de ansiedad en familias drogodependientes de pacientes que llevan tratamiento por drogas en comunidades terapéutica de Lima, en donde se intervino a 75 familiares entre los 18 a 70 años de edad, se les aplico el cuestionario de Ansiedad de Zung (EAA) y como resultado se obtuvo que las familias muestran un nivel de ansiedad marcada. Estos resultados también se entienden por medio de Pereyra (2008) quien manifiesta a la ansiedad como un malestar psicofísico, que se da por una inseguridad, temor, miedo y angustia. Estas reacciones que el individuo experimenta de manera cotidiana pasarían desapercibidas si es que la persona las manejaría de una manera adecuada, pero cuando estas aumentan y llegan a un nivel alto se convierte en un trastorno de ansiedad.

Respecto a los tipos de ansiedad se encontró que existe predominancia leve en cuanto a la ansiedad afectiva representada por un 69.7% y un nivel moderado en cuanto a la ansiedad somática.

Del mismo modo se encuentra que el 36.1% presentan un nivel bajo de agresividad en los pacientes internados , seguido del nivel promedio representado por un 32.1%, seguido del nivel alto representado por un 16.4%.seguido de un nivel muy bajo representado por un 13.5% y un nivel muy alto representado por un 1.8%, estos resultado coinciden con la investigación que realizo en el 2013 la empresa ´Fantasía´ ubicada en Mazatenango Suchitepéque – Guatemala , la cual tuvo como objetivo determinar la influencia de la adicción cibernética en la conducta agresiva, trabajando con 40 adolescentes y utilizando la prueba INAS87 y un cuestionario sobre el nivel de adicción a los videojuegos, los resultados obtenidos arrojaron que el 60% de la población presenta un bajo nivel de agresividad . De igual manera resultados similares se encuentran en la investigación que realizo Medina en el 2016 sobre los estilos de crianza y agresividad en adolescentes de un centro educativo, donde participaron 160 adolescente y se

utilizó el cuestionario AQ de agresividad y el cuestionario de estilos de crianza, se obtuvo que los estudiantes tienen baja agresividad, representados por un 33%. Con estos resultados se puede llegar a afirmar que cuando hablamos de agresividad es una forma de dar a conocer nuestras conductas, compitiendo de esta manera en la sociedad, en la cual da beneficios cuando el individuo se presenta ante un conflicto o problema, es decir, ganar beneficios- pérdidas – ganancias.

Respecto a los tipos que se encuentran entorno a la agresividad, observamos que existe un bajo nivel de agresividad física que se manifiesta con el 38%, seguidamente por un nivel promedio de agresividad verbal que se manifiesta con el 35.8%, seguido de un nivel promedio de hostilidad que se manifiesta con el 43.8% y un nivel promedio de Ira manifestado con el 42.0%. Estos resultados coinciden con la investigación que realizó López en el 2015 en Tungurahua – Ecuador; el cual tuvo como objetivo determinar las influencias de las creencias irracionales en las conductas agresivas en 258 estudiantes con la edad de 14 a 18 años, obteniendo como resultado que las conductas de agresividad se presentan en un 98% con un 41 % de hostilidad y 31 % de ira. Del mismo estos resultados se asemejan a los resultados que se encontraron en el estudio que realizaron Pérez y Villegas (2012) el cual tuvo como fin determinar la existencia de la correlación de agresividad y ansiedad, se encontró como resultado que los factores de agresividad muestran un nivel medio en agresividad física, verbal, hostilidad e Ira; con un 58%, 75%, 84% y 60% respectivamente. Se afirma entonces que existe una estrecha relación entre ira, la hostilidad y la agresividad, de igual modo con el resentimiento.

Otro de los objetivos también fue determinar las diferencias entre la ansiedad según el género, los resultados según la prueba de U de Mann-Whitney que se encontraron indican que, si existen diferencias entre la ansiedad según género, ya que el nivel de significancia que se obtuvo fue de ($\text{Sig.} > 0,000$). Este resultado se explica por medio de las investigaciones que se realizaron en Europa en los cuales se ha encontrado que las mujeres son más ansiosas que los hombres, debido a los estilos de crianza, el desarrollo social, en general a las experiencias cotidianas. También pueden verse involucradas las hormonas, ya que según estudios de laboratorios indican que ante situaciones estresantes los hombres liberan hormonas que mejoran su capacidad para aprender; a diferencia de las mujeres que, ante situaciones similares, las hormonas impedían la capacidad para que puedan resolver situaciones de alta ansiedad.

Del mismo modo también se encontraron diferencias entre la agresividad según género ya que

los resultados según la prueba de U de Mann-Whitney indican que si existen diferencias entre la agresividad según género ya que el nivel significancia que se obtuvo fue de (Sig.>0,018). Dando como resultado que las mujeres son más agresivas que los hombres, difiriendo con el trabajo que realizaron Ríos y Quijano en el 2014 en el cual, se encontró que según el sexo hay un nivel medio de agresividad por parte de los varones. Estos resultados se explican por medio de los aspectos psicosociales ya que los varones en la infancia han presentado problemas de conducta y agresividad, los juegos para los varones suelen ser más brusco que el de las mujeres, ahora desde el punto de vista biológico también se puede afirmar que, en los varones a comparación de las mujeres, el nivel de testosterona para que precipiten la agresividad es muy alto.

V. CONCLUSIONES

Conforme a los resultados de los análisis de esta investigación se puede concluir de la siguiente manera:

PRIMERA: No existe relación significativa entre la ansiedad y la agresividad ya que el coeficiente de correlación asumió un valor de $\rho = -0,113$, siendo no significativa (sig. $<0,061$). Es decir, se rechaza la hipótesis de investigación.

SEGUNDA: No existe relación significativa entre la ansiedad y las dimensiones de agresividad ya que el coeficiente de correlación asumió valores inferiores a $\rho = -0,092$, siendo no significativa (sig. $<0,887$). Es decir, se rechaza la hipótesis de investigación.

TERCERA: No existe relación significativa entre la agresividad y las dimensiones de ansiedad ya que el coeficiente de correlación asumió valores inferiores a $\rho = -0,162$, siendo no significativa (sig. $<0,774$). Es decir, se rechaza la hipótesis de investigación.

CUARTA: Existe un nivel moderado de Ansiedad figurado por el 51,1%, seguido del nivel leve figurado por un 39,1%, seguido del nivel normal figurado por un 6,6% y un nivel intenso figurado por un 3,3%.

QUINTA: La ansiedad afectiva presenta un nivel leve representada por un 69,7% y la ansiedad somática un nivel moderado representada por un 50,7%.

SEXTA: Existe bajo nivel de Agresividad figurado por el 36,1%, seguido del nivel promedio figurado por un 32,1%, seguido del nivel alto figurado por un 16,4%. seguido de un nivel muy bajo figurado por un 13,5% y un nivel muy alto figurado por un 1,8%.

SÉPTIMA: La agresividad física presenta un nivel bajo figurado por un 38,0%, nivel promedio de agresividad figurado por el 35,8%, hostilidad figurado por el 43,8% y por último la ira figurado por el 42,8%

OCTAVA: Se afirma que, si existen diferencias entre la ansiedad según el género (sig. < 0,000). Encontrándose que las mujeres suelen ser más ansiosas que los varones.

NOVENA: Por tanto, se afirma que si existen diferencias entre la agresividad según el género (sig. < 0,018). Encontrándose que las mujeres muestran ser más agresivas que los varones.

VI. RECOMENDACIONES

1. Profundizar el conocimiento de la problemática por medio de los resultados con la finalidad de que los pacientes dependientes a sustancias psicoactivas puedan tener un soporte emocional.
2. Se recomienda en las comunidades terapéuticas elaborar programas para reducir los niveles de ansiedad en los pacientes dependientes a sustancias psicoactivas.
3. Se recomienda en las comunidades terapéuticas elaborar programas referentes al control de impulsos y estabilidad emocional con el único fin de medir los niveles de agresividad y lograr que estos no se incrementen y así mismo reducir los niveles en cuanto a los tipos de agresividad como en agresividad verbal, hostilidad e ira.
4. Se recomienda dar a conocer los resultados de estudio a los padres de familia de los pacientes dependientes a sustancias psicoactivas con la finalidad de que logren en ellos un equilibrio en cuanto a sus niveles de ansiedad y niveles de agresividad.
5. Es importante que este estudio pueda desarrollarse en otras comunidades para así generalizar los resultados.
6. Cada cierto tiempo se deberá tomar los test a cargo del psicólogo de la institución, con la finalidad de hacer un seguimiento y determinar si hay algún cambio con respecto a la relación que no tienen estas variables
7. Se recomienda aplicar el estudio en otras poblaciones con las mismas variables para saber el grado de relación entre las mismas y si es que existen diferencias.

VII. REFERENCIAS

- Acosta, Z. (2012). *Estudio de la ansiedad en los deportistas de la disciplina de Atletismo entre 16 y 19 años de edad, de la federación deportiva de Guayas-2012*. Recuperado: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6479/1/TESIS%20PSICOLOGA%20CLINICA%20ESTUDIO%20ANSIEDAD%20-ZAHYRA%20JORGGE.pdf>.
- Andrade, M. (2010). *Efectos de un programa de inteligencia emocional para resolución de conflictos sobre violencia estudiantil en adolescentes*. Recuperado: <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/9218-11-06691.pdf>.
- Arias, R. (1996). *Psicometría: teoría de los test psicológicos y educativos*. Síntesis. Barcelona
- Ávila, H. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación*. Recuperación de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2006c/203/#índice>.
- Bandura, A. (1976). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. The Guilford Press. New York, USA: Editorial desclee de brouwer, S. A.
- Berkowitz, L. (1996). *Aggression: A social psychological analysis*. New York: McGrawHill.
- Behar, D. (2008). *Metodología de la investigación*. Shalom.
- Buenaño Cadena, J. J. (2012). *Eficacia de la musicoterapia como técnica psicoterapéutica para la eliminación de sintomatología en pacientes con trastornos ansiosos en el hospital pablo arturo suárez de la ciudad de quito, en el período de enero del 2010 a junio del 2010*.
- Buss, A. (1961). *The psychology of aggression*. New York: Printed. Recuperado de <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015001638835;view=1up;seq=10>
- Buss A. y Perry, M. (1992). *The aggression Questionnaire*. *Journal of Personality and Social Psychology*. 63(3), 452-459.
- Buss, A y Plomin, R. (1980). *The development of personality: Una perspectiva temperamental*. (pp. 263-264). España, Madrid: Marova.
- Casanova, P., García, M. y De la Torre, M. (2014). *Relaciones entre estilos educativos parentales y agresividad en adolescentes*. *Electronic Journal of Research in Educational*, 12(32), 147-170. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293130506007>
- Castillo, M. (2010). *Ansiedad estado rasgo en pacientes drogodependientes residentes en comunidad terapéutica de San Martín de Porres, 2010*. Lima: Universidad Cesar Vallejo.

- Cía, A. (2ª ed.). (2007). *La ansiedad y sus trastornos: manual diagnóstico y terapéutico*. Buenos Aires: Polemos.
- Chox, W. (2018). *Rasgo de personalidad y agresividad*. (Tesis de licenciamiento).
- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Erlbaum.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. (DEVIDA). (2017). *Informe sobre la Situación y Tendencias del Problema de las Drogas en el Perú*. Recuperado de: http://www.devida.gob.pe/wp-content/uploads/2014/12/Situaci%C3%B3n-y-tendenciasdel-problema-de-las-drogas-en-el-Per%C3%BA_-Informe2013.pdf.
- Córdova, L., Arriagada, A., Orbenes, C., Berger, C., Carrasco, E., Orellana, M. y Caamaño, P. (2012). *Ansiedad en estudiantes de 7º y 8º básico de escuelas municipales*. Chillán. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. (10-19). Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v30n1/art3.pdf>
- Cortes, J. (2014). *Adición al internet y ansiedad rasgo - estado de la institución educativa Honorio Delgado*. (Tesis de pregrado). Universidad San Martín de Porres, Lima Perú.
- De la Torre-Cruz, Manuel J.; García-Linares, M. C.; Casanova-Arias, P.F. (2014) Relaciones entre estilos educativos parentales y agresividad en adolescentes *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, vol. 12(1), pp. 147-170.
- Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, O. y Sears, R. (1939) *Frustration and Aggression*. New Haven: Yale University Press.
- García, E., Magaz A. y García, R. (2011). *Escala Magallanes de Ansiedad*. Bilbao: COHS Consultores en Ciencias Humanas.
- Goldencia, V. (2005). *Learners' aggressive behaviour in secondary school: a psycho-social perspective*. (Doctor of Education). University of South Africa, South Africa.
- Gutierrez, M. (1996). *Ansiedad y Deterioro Cognitivo: Incidencia en el rendimiento académico*. *Ansiedad y Estrés*, 2(2-3), 173-194.
- Harvard Medical School. (2014). *Ansiedad y fobias*. Lima: Producción Cantabria S.A.C.
- Hernández, S; Fernández, C. & Baptista. P. (2018) *Metodología de la investigación* (7ª ed.). México: McGraw-Hill.

- INEGI. (2005). *Curso de la Metodología de la Investigación*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/spc/doc/INTERNET/22%20CURSO%20DE%20METODOLOGÍA%20D>
- Kassinove, H. y Chip, R. (Ed.). (2005). *El manejo de la agresividad: Manual de tratamiento completo para profesionales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Letona, M. (2013). *Agresividad en adolescentes ciberadictos: estudio realizado con adolescentes que asisten a videojuegos de la zona 3 del municipio de Mazatenango, Suchitepéquez*. (Tesis de pregrado, Universidad Rafael Landívar). Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/22/Letona-Maria.pdf>
- Lipschitz, A. (1988). *Diagnosis and classification of anxiety disorders*. En C.G. Last y M. Hersen (Eds.): *HandBook of disorders*. New York: Pergamon Press.
- López, E. (2015). *Ideas Irracionales y su influencia en las conductas agresivas de los estudiantes de los primeros cursos de bachillerato en los colegios fiscales urbanos del cantón pelileo de la provincia de Tungurahua*, (tesis de 54 título de psicóloga clínica). Recuperado de: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9319/1/L%C3%B3pez%20Manjarr%C3%A9s%20Evelin%20Isabel.pdf>
- López, L. (2014). *Ansiedad causada por la delincuencia*. Recuperado: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/22/Lopez-Leslie.pdf>.
- Matalinares, M., Arenas, C., Sotelo, L., Díaz, G., Dioses, A., Yaringaño, J., et. al. (2010). *Clima familiar y agresividad en estudiantes de Secundaria de Lima Metropolitana*. Revista IIPSI, Facultad de Psicología, Universidad Mayor de San Marcos, 13 (1).
- Matalinares, M., Yaringaño, J., Uceda, J., Fernández, E., Huari, Y., Campos, A., et. al. (2012). *Estudio psicométrico de la versión española del cuestionario de agresión de Buss y Perry*. Revista IIPSI, Facultad de Psicología, Universidad Mayor de San Marcos, 15 (1).
- Medina, R. (2016). *Estilos de crianza y agresividad en adolescentes de una institución educativa nacional de Chiclayo*. Recuperado: <http://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/64/1/Idrogo%20%26%20Medina.pdf>
- Mohd, N., Wah, B. (2011). Las comparaciones de potencia de Shapiro Wilk, de Kolmogorov, de Liliefors y análisis Andreson-Dearling.
- Morales J. (2013). *Niveles de ansiedad en familiares de drogodependientes residentes en comunidades terapéutica de Lima, 2011*. Lima: Universidad Cesar Vallejo.

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (ONUDD). (2016) *Informe mundial sobre las drogas 2016. Resumen ejecutivo*. Recuperado de https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington D.C.: autor
- OMS. (2016). *Ansiedad enfermedad no mortal*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/> OMS. (Noviembrede2016).
Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- Osorio, R. (2013). *Impulsividad y agresividad en adolescentes*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Pérez y Villegas (2012) *Clima Social Familiar y Agresividad en alumnos de secundaria (tesis de pregrado)*. Universidad Señor de Sipán, Chiclayo, Perú.
- Prada y Atoche (2009). *Estrategias de Afrontamiento y Agresividad en alumnos de 4to y 5to. Grado de Educación Secundaria (tesis de licenciatura)*. Universidad Señor de Sipán. Chiclayo, Perú
- Ramírez, T. (1997). *Cómo hacer un proyecto de investigación*. Caracas, Venezuela: Panapo.
- Real Academia Española. (2014). *Definición de Agresividad*. Recuperado: <http://dle.rae.es/?id=19Y31Cf>.
- Ríos, M. & Quijano, S. (2014). *Agresividad en adolescentes de educación secundaria de una institución educativa nacional, La Victoria*. Recuperado: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/350/1/TL_QuijanoSignoriStephanie_RiosFernandezMarcela.pdf
- Richter, M. (2017). *Nivel de ansiedad en adolescentes de bachillerato de un colegio privado en días previos y posteriores a evaluaciones trimestrales. (Tesis de licenciatura inédita)*. Universidad Rafael Landívar. Campus Quetzaltenango, Quetzaltenango. Guatemala, C.A. Recuperado de. <http://biblio4.url.edu.gt/Tesis/V20/seol/Tesis/2017/05/42/Richter-Maria.pdf>
- Rojas, E. (Ed.). (2014). *Cómo superar la ansiedad*. Barcelona: Editorial Planeta S.A.
- Serrano, I. (2006). *Agresividad infantil*. Madrid: Pirámide.
- Tam, J., Vega, G. y Oliveros, R. (2008). *Tipos, métodos y estrategias de investigación. Pensamiento y acción*, 5, 145-154. Recuperado de http://www.imarpe.pe/imarpe/archivos/articulos/imarpe/oceanografia/adj_modela_pa-5-145-tam-2008-investig.pdf

Tuya, L., Martínez, M., Pérez, A. y Cánovas, A (2009). El coeficiente de correlación de los rangos del coeficiente de Spearman caracterización. ISCM-H Rev haban cienc méd La Habana, Vol. VIII No 2, Abr-Jun 2009.

Vera, C. O. (2016) El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. Revista Médica de paz, 22(1) pp. 8.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100010

Wood., D. (2010, abril 2). Salinas Vallery. Retrieved from Abuso y adicción a las drogas:
<http://www.svmh.com/health/content.aspx?Chunkiid=103721>

ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos

ESCALA DE AUTOVALORACION D. A. POR W. W. K. ZUNG

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento. ____/____/____

Fecha: ____/____/____

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.					
2	Me siento con temor sin razón.					
3	Despierto con facilidad o siento pánico.					
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.					
5	Siento que todo esta bien y que nada malo puede suceder					
6	Me tiemblan las manos y las piernas.					
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.					
8	Me siento débil y me canso fácilmente.					
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.					
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.					
11	Sufro de mareos.					
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.					
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente					
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.					
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.					
16	Orino con mucha frecuencia.					
17	Generalmente mis manos están sacas y calientes.					
18	Siento bochornos.					
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche					
20	Tengo pesadillas.					
TOTAL DE PUNTOS						

CUESTIONARIO DE AGRESIÓN (AQ) Buss y Perry (1992)

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____ Sexo: _____

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 VF= Ni verdadero, ni falso para mí BF = Bastante falso para mí
BV = Bastante verdadero para mí CV = Completamente verdadero para mí

		CF	BF	VF	BV	CV
1	De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona					
2	Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos					
3	Me enojo rápidamente, pero se me pasa en seguida					
4	A veces soy bastante envidioso					
5	Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona					
6	A menudo insulto a la gente cuando no estoy de acuerdo con ellos.					
7	Cuando estoy frustrado, muestro el enojo que tengo					
8	En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente					
9	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, porque sé que solo fingen.					
24	No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona					
25	Tengo dificultades para controlar mi genio					
26	No me siento mal si veo que alguien no consigue lo que tanto esperaba.					
27	He amenazado con golpear					
28	Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán					
29	He llegado a estar tan furioso que rompía cosas					

Anexo 2: Confiabilidad de Alfa de Cronbach del Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry y Escala de auto medición de ansiedad (EAA)

Tabla 12

Agresividad

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.831	29

En la tabla se muestra el alfa de Cronbach obtenido para la variable agresividad, el cual es de 0.83, lo cual indica que la prueba es confiable. En ese sentido, los puntajes de los ítems son consistentes con el puntaje total lo que asegura la consistencia interna del instrumento.

Dimensiones de agresividad

Anexo 2.1 Confiabilidad de Alfa de Cronbach de las dimensiones de Agresividad

AGRESIVIDAD FÍSICA

Confiabilidad

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.715	5

En la tabla se muestra el alfa de Cronbach obtenido para la dimensión agresividad física, el cual es de 0.715, lo cual indica que la dimensión de la prueba es confiable. En ese sentido, los puntajes de los ítems son consistentes con el puntaje total lo que asegura la consistencia interna del instrumento.

Validez

	Correlación total de elementos corregida
AGR2	.286
AGR6	.379
AGR10	.384
AGR14	.496

AGR18 ,407

La tabla indica la validez de los ítems. Se cumple el siguiente criterio: Para que sean válidos deben ser mayores a 0.20. Por lo tanto, según los resultados encontrados en la dimensión agresividad física, todos los ítems cumplen con el criterio establecido por lo tanto son válidos.

AGRESIVIDAD VERBAL

Confiabilidad

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,719	9

En la tabla se muestra el alfa de Cronbach obtenido para la dimensión agresividad verbal, el cual es de 0.719, lo cual indica que la dimensión de la prueba es confiable. En ese sentido, los puntajes de los ítems son consistentes con el puntaje total lo que asegura la consistencia interna del instrumento.

Validez

	Correlación total de elementos corregida
AGR1	,245
AGR5	,552
AGR9	,555
AGR13	,459
AGR17	,418
AGR21	,565
AGR24	,261
AGR27	,423
AGR29	,343

La tabla indica la validez de los ítems. Se cumple el siguiente criterio: Para que sean válidos deben ser mayores a 0.20. Por lo tanto, según los resultados encontrados en la dimensión

agresividad verbal, todos los ítems cumplen con el criterio establecido por lo tanto son válidos.

HOSTILIDAD

Confiabilidad

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,721	8

En la tabla se muestra el alfa de Cronbach obtenido para la dimensión Hostilidad, el cual es de 0.721, lo cual indica que la dimensión de la prueba es confiable. En ese sentido, los puntajes de los ítems son consistentes con el puntaje total lo que asegura la consistencia interna del instrumento.

Validez

	Correlación total de elementos corregida
AGR4	,280
AGR8	,390
AGR12	,296
AGR16	,318
AGR20	,268
AGR23	,290
AGR26	,270
AGR28	,222

La tabla indica la validez de los ítems. Se cumple el siguiente criterio: Para que sean válidos deben ser mayores a 0.20. Por lo tanto, según los resultados encontrados en la dimensión hostilidad, todos los ítems cumplen con el criterio establecido por lo tanto son válidos.

IRA

Confiabilidad

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,799	7

En la tabla se muestra el alfa de Cronbach obtenido para la dimensión Ira, el cual es de 0.799, lo cual indica que la dimensión de la prueba es confiable. En ese sentido, los puntajes de los ítems son consistentes con el puntaje total lo que asegura la consistencia interna del instrumento.

Validez

	Correlación total de elementos corregida
AGR3	,338
AGR7	,353
AGR11	,407
AGR15	,206
AGR19	,369
AGR22	,308
AGR25	,345

La tabla indica la validez de los ítems. Se cumple el siguiente criterio: Para que sean válidos deben ser mayores a 0.20. Por lo tanto, según los resultados encontrados en la dimensión Ira, todos los ítems cumplen con el criterio establecido por lo tanto son válidos.

Tabla 13

Ansiedad

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.752	20

En la tabla se muestra el alfa de Cronbach obtenido para la variable agresividad, el cual es de 0.752, lo cual indica que la prueba es confiable. En ese sentido, los puntajes de los ítems son consistentes con el puntaje total lo que asegura la consistencia interna del instrumento.

Dimensiones de Ansiedad

Anexo 2.2 Confiabilidad de Alfa de Cronbach de las dimensiones de Ansiedad

ANSIEDAD AFECTIVA**Confiabilidad**

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,787	5

En la tabla se muestra el alfa de Cronbach obtenido para la dimensión Ansiedad afectiva, el cual es de 0.787, lo cual indica que la dimensión de la prueba es confiable. En ese sentido, los puntajes de los ítems son consistentes con el puntaje total lo que asegura la consistencia interna del instrumento.

Validez

	Correlación total de elementos corregida
Z1	,465
Z2	,522
Z3	,561
Z4	,600
Z5	,457

La tabla indica la validez de los ítems. Se cumple el siguiente criterio: Para que sean válidos deben ser mayores a 0.20. Por lo tanto, según los resultados encontrados en la dimensión Ansiedad afectiva, todos los ítems cumplen con el criterio establecido por lo tanto son válidos.

ANSIEDAD SOMÁTICA

Confiabilidad

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,719	15

En la tabla se muestra el alfa de Cronbach obtenido para la dimensión Ansiedad somática, el cual es de 0.719, lo cual indica que la dimensión de la prueba es confiable. En ese sentido, los puntajes de los ítems son consistentes con el puntaje total lo que asegura la consistencia interna del instrumento.

Validez

	Correlación total de elementos corregida
Z6	,467
Z7	,345
Z8	,329
Z9	,303
Z10	,288
Z11	,335
Z12	,247
Z13	,524
Z14	,470
Z15	,432
Z16	,578
Z17	,201
Z18	,301
Z19	,425
Z20	,251

La tabla indica la validez de los ítems. Se cumple el siguiente criterio: Para que sean válidos deben ser mayores a 0.20. Por lo tanto, según los resultados encontrados en la dimensión Ansiedad somática, todos los ítems cumplen con el criterio establecido por lo tanto son válidos.

Anexo 3: V de Aiken del Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry y Escala de auto medición de ansiedad (EAA)
Agresividad

Tabla 14

Ítem	CLARIDAD								PERTINENCIA								RELEVANCIA								V.AIKEN GENERAL
	Jueces								Jueces																
	J1	J2	J3	J4	J5	S	V. AIKEN	J1	J2	J3	J4	J5	S	V. AIKEN	J1	J2	J3	J4	J5	S	V.AIKEN				
1	1	0	1	1	1	4	0.8	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	0.93			
2	1	1	1	1	0	4	0.8	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	0.93			
3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
4	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
5	1	0	1	1	1	4	0.8	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	0.93			
6	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
7	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
8	0	1	1	1	1	4	0.8	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	0.93			
9	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
10	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
11	0	1	1	1	1	4	0.8	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	0.93			
12	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
13	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
14	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
15	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
16	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
17	1	1	1	1	0	4	0.8	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	0.93			
18	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
19	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
20	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
21	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
22	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
23	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
24	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
25	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
26	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
27	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
28	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
29	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			

Se observa que todos los ítems del Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry fueron aprobados por los jueces en sus 4 niveles con (1).

Tabla 15

Ansiedad

Ítem	CLARIDAD								PERTINENCIA								RELEVANCIA								V.AIKEN GENERAL
	Jueces								Jueces								Jueces								
	J1	J2	J3	J4	J5	S	v. AIKEN	J1	J2	J3	J4	J5	S	V. AIKEN	J1	J2	J3	J4	J5	S	V.AIKEN				
1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
2	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
4	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
6	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
7	1	1	1	1	0	4	0.8	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	0.93			
8	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
9	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
10	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
11	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
12	1	1	1	1	0	4	0.8	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	0.93			
13	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
14	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
15	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
16	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
17	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
18	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
19	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
20	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			

Se observa que todos los ítems de la Escala de auto medición de ansiedad (EAA) fueron aprobados por los jueces en sus 2 niveles con (1).

Anexo 4: Criterio de jueces



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.....

Observaciones: *Analizar preguntas 5 y 9.*

Opinión de aplicabilidad: Aplicable / No aplicable / Aplicable después de corregir

Apellidos y nombres del juez validador Dr./Mg: *Elizabeth C. Tapino B.S.*

DNI: *09660141*

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	<i>UPIGV.</i>	<i>Psicólogo.</i>	
02	<i>Mag. U.N.F.V.</i>	<i>Magister.</i>	

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	<i>U. C. L. L. H.</i>	<i>Psicólogo</i>	<i>Puerto Pardo</i>	<i>2010 - actualidad</i>	<i>Responsable del Nivel Aboluto</i>
02	<i>U. P. C. V.</i>	<i>Docente</i>	<i>Olivos</i>	<i>2013 a actualidad</i>	<i>Docente - Práctico</i>
03	<i>SENATI</i>	<i>Docente</i>	<i>Olivos</i>	<i>2012 a actualidad</i>	<i>Docente - Teórico</i>

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

[Firma]
 B.S. Elizabeth C. Tapino B.S.
 C.R. No 9326.

[Firma]
 N.º de ... del 2019

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.....

Observaciones: _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable | Aplicable después de corregir | No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg.: Comajo del Corpio, Manuel

DNI: 08822481

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

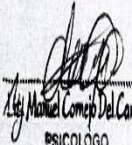
	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UIGV	Psicología	1977-1982
02	UIGV	Música	2009-2011

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	UIGV	Docent	Lima	2009-2011	Docencia
02	UAP	Docent	Lima	2011-2014	Docencia
03	UCV	Docent	Lima	2014-2019	Docencia

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto técnico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


Manuel Comajo del Corpio
 PSICOLOGO
 C.Ps.P. 5016

.... de abril del 2019

26	Directo	Soy una persona apacible	✓	✓	✓	
27	Directo	Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva	✓	✓	✓	
28	Directo	Algunas veces pierdo el control sin razón	✓	✓	✓	
29	Directo	Tengo dificultades para controlar mi genio	✓	✓	✓	

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.....

Observaciones: _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Ivan Roberto Robaza

DNI: 08540831

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	Univ. San Martín de Porres	Psicología	1976 - 1981
02			

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	Clinica Maria Alvarado	Psicólogo	Santiago	2005 - 2009	Psicólogo
02	Clinica San Mateo	Psicólogo	Huancayo	2000 - 2003	Psicólogo
03	Comunidad terapéutica	Psicólogo	V. Salvador	2014 - actualidad	Director Psicológico

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Ivan Roberto Robaza
 Psicólogo Clínico
 C.PSP. 11003

26	Directo	Soy una persona apacible							
27	Directo	Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva							
28	Directo	Algunas veces pierdo el control sin razón							
29	Directo	Tengo dificultades para controlar mi genio							

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.....

Observaciones: _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable | | Aplicable después de corregir | | No aplicable | |

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Estroza Alomia Erika Roxana

DNI: 09904133

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UNMSM	B. Clínica y de la Salud	2009 - 2010
02			

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	UCV	DTC	Los Olivos	2014-2019	Dictado de diversas experiencias en el nivel de formación básica y de especialidad
02					
03					

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Erika Alomia Estroza
 PSICÓLOGA
 C. Ps. P 42224

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.....

Observaciones: _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: BARBOZA ZELADA Luis Alberto

DNI: 07068974

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

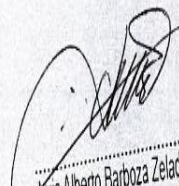
	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES	GRUADO - MAGISTER EN PSICOLOGIA	1981 - 1994 / 2000 - 2002
02	UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO	DOCTOR EN PSICOLOGIA	2013 - 2017

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	PRESE DUEÑO PNP	PSICOLOGO	LIMA	1987 - 2018	PSICOLOGO
02	UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO	DOCENTE UNIVERSTARI	LIMA	2010 - 2019	ASESOR METODOLÓGICO
03					

- ¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- ²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- ³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



.....
Luis Alberto Barboza Zelada
Doctor en Psicología
C.Ps.P. 3516

.....
Luis Alberto Barboza Zelada
11. de abril del 2019

Anexo 5: Carta de presentación



"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

Los Olivos, 10 de junio de 2019

CARTA INV. N° 01092- 2018/EP/PSI. UCV LIMA-LN

Sr.
Mg. Ivan Rebaza Parco
Director Psicologico
Restauracion Life
calle las Ballenas MZ A LT 3-4
Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitar autorización para el Sr. **EDINHO FRETTELL VILLACRICES** estudiante de la carrera de psicología, quien desea realizar su trabajo de investigación realizando una aplicación de una prueba psicológica para fines de su Licenciatura, agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso, en la entidad que está bajo su dirección.

En Esta Oportunidad Hago Propicia La Ocasión Para Renovarle Los Sentimientos De Mi Especial Consideración Y Estima Personal.

Atentamente,




Mgtr. Melisa Sevillano Gamboa
Coordinadora Académica de la
Escuela Profesional de Psicología
Filial Lima Campus Lima Norte

MSG/ALF

Anexo 6: Permiso de la autorización de los autores del instrumento



Anexo 7: Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente:

Rafael Guevara Paico

Con el debido respeto me presento a usted, mi nombre es **Edinho Gabriel Fretell Villacrices** interno de Psicología de la Universidad César Vallejo – Lima. En la actualidad me encuentro realizando una investigación sobre; y para ello quisiera contar con su valiosa colaboración. El proceso consiste en la aplicación de dos pruebas psicológicas: **Escala de auto medición de ansiedad (FAA) de William Zung Magaz y García** y **Cuestionario de agresión (AQ) de Buss y Perry**. De aceptar participar en la investigación, afirma haber sido informado de todos los procedimientos de la investigación. En caso tenga alguna duda con respecto a algunas preguntas se le explicará cada una de ellas.

Gracias por su colaboración.

Atte. Edinho Gabriel Fretell Villacrices
ESTUDIANTE DE LA EP DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Yo

Rafael Guevara Paico

con número de DNI: 0884689

acepto participar en la investigación **Ansiedad y agresividad en pacientes dependientes a sustancia psicoactivas de una comunidad terapéutica de Lima – Sur, 2019** del señor Edinho Gabriel Fretell Villacrices.

Fecha: 13.1.00.19.

Firma

Anexo 8: Matriz de consistencia

TÍTULO: Ansiedad y agresividad en pacientes dependientes a sustancia psicoactivas de una comunidad terapéutica de Lima – Sur, 2019					
PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Indicadores	Ítems
<p>Problema principal</p> <p>¿Existe relación entre la ansiedad y la agresividad en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de Lima-Sur, 2019?</p>	<p>Determinar la relación entre ansiedad y agresividad en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de Lima - Sur, 2019</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Describir la conducta ansiosa que predomina en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica Lima – Sur, 2019 2. Describir la conducta agresiva en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de Lima-Sur, 2019. 3. Determinar la relación significativa de la ansiedad con las dimensiones de la 	<p>Ansiedad</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Afectiva</p> <p>Somáticos</p>	<p>La ansiedad, es una reacción natural y emocional cuando una persona percibe peligro o amenaza, aquello se exterioriza mediante un grupo de respuestas: fisiológicas, motora y cognitiva. (Sierra,2003)</p>	<p>Afectiva</p> <p>Ansiedad</p> <p>Miedo</p> <p>Angustia</p> <p>Desintegración mental</p> <p>Aprehensión</p> <p>Somáticos</p> <p>Temblores</p> <p>Molestias y dolores corporales</p> <p>Tendencia a la fatiga, debilidad</p> <p>Inquietud</p> <p>Palpitaciones</p> <p>Vértigo</p> <p>Desmayos</p> <p>Disnea</p> <p>Parestesias</p> <p>Náuseas y vómitos</p> <p>Micción frecuente</p> <p>Sudoración</p> <p>Rubor facial</p> <p>Insomnio</p> <p>Pesadillas</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>18</p> <p>19</p> <p>20</p>

	<p>agresividad en expresiones de agresión verbal, agresión física, hostilidad e ira.</p> <p>4. Determinar la relación significativa de la agresividad con las dimensiones de la ansiedad en expresiones de afectiva y somática.</p> <p>5. Determinar si hay diferencias significativas en ansiedad según sexo en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de Lima – Sur, 2019.</p> <p>6. Determinar si hay diferencias significativas en agresividad según sexo en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de Lima – Sur, 2019.</p>	<p>Agresividad</p>	<p>Buss y Perry (1992) definen agresividad a las respuestas que genera estímulos nocivos a otro ser, donde también entran a tallar la intención, los juicios, prejuicios, es decir que la agresión se conceptualiza como la actividad de una persona que busca lastimar, infringir dolor físico, a otra persona.</p> <p>Se toma en cuenta la definición operacional de medida respecto a las puntuaciones obtenidas en los ítems de las 4 subescalas:</p> <p>Agresión verbal, Agresión física, Hostilidad e Ira, del cuestionario de agresión de Buss y Perry (Andreu, Peña & Graña, 2002)</p>	<p>Agresión verbal, (Buss, 1961, citado por; Cuello & Oros, 2013) ataque a otra persona con injurias, gritos, amenazas, discriminación, palabras soeces, apelativos, etc. Que ocasiona en quien las recibe angustia y malestar.</p> <p>Agresión física, (Buss, 1961, citado por; Cuello & Oros, 2013) ataque directo a otra persona, empleando el cuerpo o armas. Incluía también, patadas, golpes en general, arañazos, empujones, etc.</p> <p>Hostilidad, referido a la actitud de animadversión hacia una persona o cosa, que involucra reacciones motoras, así como también de forma verbal, generada por una evaluación negativa de las mismas. (Buss, 1961)</p> <p>Ira, respuesta física, cognitiva y emocional ante diferencias distinguidas por la misma persona tal como la invasión de espacio personal y frustraciones que ocasionan distorsión de la realidad. (Buss, 1961)</p>	<p>2, 6, 10, 14,18</p> <p>1, 5, 9, 13, 17, 21, 24, 27, 29</p> <p>4, 8, 12, 16, 20, 23, 26, 28</p> <p>3, 7, 11, 15, 19, 22, 25</p>
--	--	--------------------	--	---	---