



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TÍTULO:

**“RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y CONDUCTAS AGRESIVAS
EN ADOLESCENTES QUE CURSAN EL DÉCIMO AÑO DE
EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA ADOLFO
VALAREZO, PERIODO 2018 -2019.”**

Tesis previa a la obtención del título de
Psicólogo Clínico

AUTOR: Byron Agustin González Torrez

DIRECTORA: Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala, Mg. Sc

**LOJA - ECUADOR
2019**

CERTIFICACIÓN

Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala, Mg. Sc

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación **“RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y CONDUCTAS AGRESIVAS EN ADOLESCENTES QUE CURSAN EL DÉCIMO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA ADOLFO VALAREZO, PERIODO 2018 -2019”**, del egresado de la carrera de Psicología Clínica señor, Byron Agustín González Torres, con número de cédula 1104683758, reúne con satisfacción los requisitos de fondo y forma estipulados en el Reglamento de Régimen Académico. Por lo tanto, se autoriza su presentación para la designación del Tribunal de Calificación y Disertación Pública necesaria para la graduación.

Loja, 26 de agosto de 2019

Atentamente,


Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Byron Agustín González Torres, declaro ser el autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad de Loja y su Facultad de la Salud Humana, así como a sus responsables jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Byron Agustín González Torres

Número de cedula: 1104683758

Fecha: 26 de agosto del 2019

Firma:

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Byron Agustín González Torres', written in a cursive style.

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **Byron Agustín González Torres**, declaro ser autor de la tesis titulada “Relación entre Ansiedad y Conductas Agresivas en Adolescentes que cursan el Décimo año de Educación Básica de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo, Periodo 2018 -2019”, como requerimiento para optar el grado de Psicólogo Clínico; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la misma en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veintisiete días del mes de agosto del dos mil diecinueve, firma la autora.

Firma:



Autor: Byron Agustín González Torres

Cédula: 110468375-8

Dirección: Loja, Argentina y Sevilla de Oro, Barrio San Pedro

Correo electrónico: byron_87libra@hotmail.com

Teléfono móvil: 0999385314

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc

Tribunal de grado:

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

Presidenta

Psic. Cli. Doménica Alexandra Burneo Álvarez, Mg.Sc.

Vocal

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg Sc.

Vocal

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis seres queridos: familia, docentes y compañeros, personas que de una u otra manera han dejado grandes enseñanzas a través de estos años de vida universitaria. Pero en especial a mi madre, pilar fundamental en mi vida, con mucho amor, le brindo todo mi esfuerzo, en reconocimiento a todo el sacrificio puesto para que pueda finalizar mi carrera universitaria, gracias por ser mi fortín, mi iluminación y mi mayor orgullo.

Byron Agustín González Torres

AGRADECIMIENTO

Mis más sinceros agradecimientos a los participantes de esta investigación por su generosa cooperación, siendo hoy partícipes en la obtención de esta meta. A las autoridades de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo, por brindarme la oportunidad de ejecutar el trabajo en la institución.

Consecutivamente quisiera dar las gracias de forma muy especial a mi Directora de Tesis, Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc, por su guía y paciencia durante el proceso de este trabajo, hasta la culminación del mismo. A la Universidad Nacional de Loja y a todos los docentes por los conocimientos impartidos en el aula de clase en base a su profesionalismo y experiencia. A mis compañeros y futuros colegas, por haberme brindado su amistad y conocimientos durante estos cinco años y por hacer de esta formación académica una bonita experiencia.

Y por supuesto, el agradecimiento más profundo para mi familia, que gracias a su esfuerzo y sostén me proporcionaron la oportunidad de finalizar mis estudios, alcanzando así mi sueño. Gracias por brindarme su sabiduría y amor incondicional en todo momento.

Byron Agustín González Torres

ÍNDICE GENERAL

CARÁTULA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE GENERAL	vii
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	8
4.1. Adolescencia.....	8
4.1.1. Definición	8
4.1.2. Teorías de la adolescencia.....	8
4.1.2.1. Perspectiva Psicoanalítica.	9
4.1.2.2. Perspectiva Cognitivo-evolutiva.	9
4.1.2.3. Sociológica.	9
4.1.3. Etapas de la adolescencia.....	10
4.1.3.1. La adolescencia inicial.	10
4.1.3.2. La adolescencia media.	10
4.1.3.3. La adolescencia tardía.	11

4.1.4.Desarrollo de la adolescencia.....	11
4.1.4.2. Desarrollo psicológico- cognitivo.	11
4.1.4.3. Cambios en el desarrollo social.....	12
4.1.5.Problemas en la adolescencia.....	13
4.2. Ansiedad	14
4.2.1. Definición.....	14
4.2.1.1. Ansiedad normal y patológica.....	14
4.2.2. Síntomas de ansiedad	14
4.2.2.1 Respuestas de Ansiedad	15
4.2.2.2. Situaciones de ansiedad.....	15
4.2.2.3. Niveles de Ansiedad	16
4.2.2.4. Efectos de la ansiedad	16
4.2.3. Ansiedad en el adolescente	17
4.2.4. Causas de ansiedad en los adolescentes	18
4.3. Agresividad.....	20
4.3.1. Definición	20
4.3.2. Teorías de agresividad	20
4.3.3. Modelos de agresión.....	21
4.3.3.1. Modelo de Coerción de Patterson.	21
4.3.3.2. Modelo del Aprendizaje Social de Bandura.....	21
4.3.3.3. Modelo de déficit de procesamiento de la información.	21
4.3.3.4. Modelo de Agresión General de Anderson y Bushman.....	22
4.3.4. Tipos de agresiones.....	22
4.3.4.1. Agresión Reactiva.	22

4.3.4.2. Agresión Proactiva.....	23
4.3.5. Componente de la conducta agresiva.....	24
4.3.6. Consecuencias de la agresión.....	25
4.3.7. Agresividad en el adolescente.....	26
4.3.8. Factores que influyen en la conducta agresiva en los adolescentes.....	27
5. MATERIALES Y MÉTODOS	28
6. RESULTADOS.....	34
Tabla 1: Respuestas cognitivas, fisiológicas-motoras de ansiedad en los adolescentes que cursan el décimo año de educación básica	34
Figura 1 :	34
Tabla 2: Agresión reactiva y proactiva en los adolescente.....	36
Figura 2:	36
Tabla 3: Correlación de las variables ansiedad y conductas agresivas.....	37
PROGRAMA PSICOEDUCATIVO.....	38
7. DISCUSIÓN.....	56
8. CONCLUSIONES.....	61
9. RECOMENDACIONES	62
10. BIBLIOGRAFÍA.....	63
11. ANEXOS	73
Anexo N°1: A probación del proyecto de tesis	74
Anexo N°2: Autorización del establecimiento para la aplicación de los reactivos.....	75
Anexo N°3: Otros Resultados.....	76
Anexo N°4: Consentimiento informado.....	84
Anexo N°5: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA-J).....	85

Anexo N°6: Cuestionario de Agresión Reactiva y Proactiva (RPQ)	91
Anexo N°7: Evidencias Fotográficas	92
Anexo N°8: Certificado de traducción	94
Anexo N°9: Proyecto de tesis.....	95

1. TÍTULO

“RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y CONDUCTAS AGRESIVAS EN ADOLESCENTES
QUE CURSAN EL DÉCIMO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD
EDUCATIVA ADOLFO VALAREZO, PERIODO 2018 -2019

2. RESUMEN

La adolescencia es una etapa que está llena de cambios, en este período de vida del ser humano se pueden presentar factores que alteren la misma, es por el ello que dentro de la adolescencia se pueden presentar diferentes crisis vitales como ansiedad y conductas agresivas. Por lo anterior mencionado y viendo que esta realidad no es ajena en nuestro medio, surgió la necesidad de realizar el trabajo de investigación denominado: Relación entre ansiedad y conductas agresivas en adolescentes que cursan el décimo año de educación básica de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo, periodo 2018-2019, la misma que determinó la relación que existe entre los niveles de ansiedad y conductas agresivas. La muestra fue de 154 encuestados, 98 de sexo femenino y 56 masculino, en edades comprendidas de 13 a 17 años. El estudio fue descriptivo, cuantitativo, transversal y correlacional. Para la recolección de información y análisis de la misma, se utilizó el consentimiento informado, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA-J, el Cuestionario de Agresión Reactiva-Proactiva (RPQ), el programa estadístico SPSS Versión 25 y el coeficiente de correlación de Rho de Spearman, demostrando en los adolescentes relación positiva entre los niveles de ansiedad y agresividad, lo que comprueba la correlación que existe entre las variables, indicando que a niveles altos de ansiedad se presentan conductas agresivas. El 48% mostraron ansiedad severa en la respuesta cognitiva y agresión reactiva el 43% nivel moderado.

PALABRAS CLAVES: Adolescencia, Ansiedad y Agresión.

ABSTRACT

Adolescence is a stage that is full of changes, in this period of human life can be presented factors that alter the same, it is for the reason that in adolescence can have different life crises which can lead to produce anxiety and this trigger aggressive behavior. For the above mentioned and seeing that this reality is no stranger in our midst, came the need for research work called, relationship between anxiety and aggressive behavior in adolescents enrolled in the tenth year of basic education Educational Unit Adolfo Valarezo, 2018-2019 period, the same as determine the relationship between levels of anxiety and aggressive behavior. The sample was 154 respondents, 98 females and 56 males in aged from 13 to 17 years. He studio was descriptive, quantitative, prospective and correlational. For data collection and analysis thereof, it was used and informed consent, Inventory Situations and Responses Anxiety ISRA-J, the Aggression Questionnaire Reactive-Proactive (RPQ), SPSS version 25 and the correlation coefficient Spearman's Rho, showing in adolescent's positive relationship between levels of anxiety and aggression, which proves the correlation between variables indicating that high levels of anxiety aggressive behaviors are presented. 48% showed severe anxiety and aggression cognitive response reactive 43% moderate level.

KEYWORDS: Adolescence, Anxiety and aggression.

3. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es el principio de un gran cambio en el orden físico y psíquico, en el que se comienza a tomar decisiones propias, y en el que a medida que va pasando el tiempo se sabe que esas decisiones antes tomadas tendrán una consecuencia buena o mala, es el principio de una vida propia (Madrigales, 2012).

En esta etapa de vida del ser humano se pueden presentar factores que alteren la misma, es por ello que dentro de la adolescencia pueden presentarse diferentes crisis vitales que pueden conllevar a producir ansiedad y esta desencadenar en conductas agresivas.

Según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ansiedad es una de las patologías más frecuente a nivel mundial, además es una de las principales causas de enfermedades en los adolescentes de 10 a 19 años de (OMS, 2018). De igual manera, la agresividad por sus efectos nocivos y duraderos, son factores de riesgo para desarrollar depresión, abuso de alcohol, violencia hacia compañeros, maltrato físico en la adolescencia (Martínez, 2008).

La ansiedad es una de las enfermedades más comunes de la actualidad, refiriendo que para los adolescentes cualquier situación que es nueva se le puede hacer difícil y estresante. Activando la respuesta de lucha o huida, la cual se realiza automáticamente y de forma instantánea reaccionando a diversas maneras, una de ellas es la agresividad. Es por ello que se ha comenzado a especular que la ansiedad puede motivar comportamientos agresivos. Debido a que el cerebro está en modo alerta: con ansiedad y estrés lo cual podría generar agresividad (Ramos, 2018).

De acuerdo con datos sociodemográficos Brasil es el país de Latinoamérica que más desórdenes de ansiedad padece (9,3 % de la población); seguido de Paraguay (7,6 %); Chile (6,5 %); Uruguay (6,4 %); Argentina (6,3 %); Cuba (6,1 %) y Colombia (5,8 %). Le sigue Perú y República

Dominicana (5,7 %); Ecuador (5,6 %) (Valverde, 2017). Por su parte la agresión en un estudio, en 16 países latinoamericanos, (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay), el 51% de los estudiantes de estos países dicen haber sido víctimas de insultos, amenazas, golpes o robos por sus compañeros, manifestando que la agresión más frecuente es el robo (39%), seguida de la violencia verbal (27%) y la violencia física (17%). Respecto a la violencia física cinco de estos países muestran altos niveles: Argentina con un 24%, Ecuador y República Dominicana con un 22%, Costa Rica y Nicaragua con un 21% (Eroles, 2013).

Ecuador es el segundo país después de Argentina con mayor porcentaje de agresión escolar, más del 60% de adolescentes entre 10 y 14 años en los colegios han sido agredidos, esto se lo evidencia en un estudio realizado en Quito-Ecuador donde las estadísticas demuestran que 980 adolescentes, es decir un 32%, fue agredido física y verbalmente por sus compañeros (INEC, 2008).

En nuestra ciudad un estudio realizado en el colegio Liceo de Loja se expuso que el 72.7% de la muestra ha recibido maltrato por parte de sus compañeros de clase, y el lugar en donde se realiza es el aula, y en sitios en donde no son observados por profesores, y que el 27.3% prefiere no denunciarlo, ni hablarlo (Larriva, 2012).

Es así que la ansiedad y la agresión, son considerados factores que influyen en el comportamiento que adoptan los adolescentes en su formación personal y académica. Ante esto surge la necesidad de investigar la relación entre ansiedad y agresividad en este grupo etario, a través del trabajo de investigación denominado: **RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y CONDUCTAS AGRESIVAS EN ADOLESCENTES QUE CURSAN EL DÉCIMO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA ADOLFO VALAREZO,**

PERIODO 2018 -2019, en el cual como objetivo general se planteó: Establecer la relación que existe entre los niveles de ansiedad y conductas agresivas en adolescentes. Además, se plantearon cuatro objetivos específicos que fueron: Evaluar la frecuencia con que se presentan respuestas cognitivas y fisiológicas-motoras de ansiedad mediante el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad en su versión para adolescentes (ISRA-J); Medir la agresión reactiva y proactiva en los adolescentes por medio del Cuestionario de Agresión Reactiva y Proactiva (RPQ); Correlacionar la ansiedad y conductas agresivas; Diseñar un Programa Psicoeducativo en entrenamiento de habilidades sociales, enfocado en reducir las conductas agresivas en los adolescentes que cursan el décimo año de Educación Básica de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo.

La revisión de literatura consta de tres capítulos. El primer capítulo denominado Adolescencia, estructurado por los siguientes temas: definición, teorías, etapas, desarrollo y problemas en la adolescencia. El segundo capítulo es de Ansiedad, en el cual se explica su definición, normalidad y patología, síntomas, respuestas, situaciones, niveles, efectos, ansiedad en el adolescente, explicando sus causas y tratamiento. Y el tercero es de Agresividad constituido por: definición, teorías, modelos, tipos, componentes, consecuencias y agresividad en el adolescente exponiendo los factores que influyen en la conducta agresiva en los adolescentes.

El trabajo de investigación fue de enfoque cuantitativo porque permitió recolectar información a través de instrumentos que posteriormente fueron interpretados mediante un análisis estadístico y descriptivo. Además, el diseño de investigación fue transversal y correlacional, puesto que la información se la obtuvo en la actualidad, y en un momento determinado se redactó, analizando las características de cada variable para determinar, la relación existente entre la ansiedad y las

conductas agresivas en los adolescentes que cursan el décimo año de Educación Básica de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo, periodo 2018 -2019.

La muestra estuvo conformada por 154 estudiantes que cursan el décimo año de Educación Básica, en sus diferentes paralelos, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Para la obtención de resultados se utilizó el programa SPSS V25. En base a los resultados se determinó que la Ansiedad y la Agresividad están relacionadas, la una depende de la otra, además se pudo evidenciar que el 48% de los adolescentes presentaron Ansiedad Severa a nivel Cognitivo y en la Respuesta Fisiológica-Motor el 33% Ansiedad Moderada. En cuanto a la agresividad el 43% de los estudiantes mostraron Agresividad Reactiva moderada.

Esta investigación realza su importancia, debido al gran impacto positivo que ocasionara en diversos entornos de desarrollo del adolescente, entre ellos la familia y la escuela, al dar a conocer sobre aquellos niveles de ansiedad y agresividad que presentan los adolescentes que pueden influir de manera directa o indirecta en su normal desarrollo. Este tema no solo brindará información sobre el auge de estas problemáticas, sino que, a través de la Universidad Nacional de Loja, permitirá brindar información a la sociedad sobre este tema, el cual supondrá un efectivo aporte al desarrollo de la adolescencia en su entorno local, del Ecuador y de toda la Humanidad.

Finalmente se evidencia la necesidad de concientizar a los jóvenes sobre las causas, consecuencias y cómo reducir, manejar y controlar las situaciones si ellos padecen de Ansiedad y Agresividad, para que de este modo puedan combatir estos inconvenientes de una manera más apropiada, mediante la ejecución de un Programa Psicoeducativo en entrenamiento de habilidades sociales, enfocado en brindar a los adolescentes diferentes técnicas para disminuir los niveles de ansiedad y conductas agresiva, por parte del Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1. Adolescencia

4.1.1. Definición

Camacho (2014) define a la adolescencia como el periodo de evolución entre la niñez y la etapa adulta, donde el sujeto atraviesa cambios en el área fisiológica, social y psicológica, estas variantes tendrán trascendencia en su acomodación psicológica y social como adulto.

Una etapa que es marcada por cambios importantes en la vida de una persona es la adolescencia, en donde se transforma el concepto que asumíamos de un niño por la mutación que ha sufrido su cuerpo. En donde el adolescente debe ajustar su psiquismo para poder combatir los cambios durante este periodo y así mudar la imagen que poseía de sí mismo, es por ello un ciclo crítico en el desarrollo de los individuos, debido a la transición de ser niño y adaptarse a la adultez (Castillo, 2013).

Tal y como lo menciona Musalem Ricardo, de este proceso emerge como resultado una persona con cambios cuantitativos y cualitativos en su estructura y organización, que le ayudan a ir por el mundo social y cultural como un ser con una identidad definida, con un proyecto personal propio y significativo. Además, es importante mencionar que a este proceso se suman algunos factores socioculturales que pueden actuar como catalizadores, activadores y moduladores de estos cambios, tanto en dirección a la adaptación como en dirección a la psicopatología (Musalem, 2016).

4.1.2. Teorías de la adolescencia

Las nociones fundamentales sobre la adolescencia se pueden resumir en tres: la perspectiva psicoanalítica, la cognitivo-evolutiva y la sociológica.

4.1.2.1. Perspectiva Psicoanalítica.

Esta teoría considera que la adolescencia es el producto del brote pulsional que se origina por la pubertad (etapa genital), que descompone el equilibrio psíquico alcanzado durante la infancia (etapa de latencia). Este desequilibrio aumenta el grado de vulnerabilidad del individuo y da lugar a procesos de desajuste y crisis. Lo que traslada al individuo a buscar entes amorosos fuera del ámbito familiar y a alterar los vínculos instituidos hasta ese momento con los padres. Durante la etapa de ruptura y sustitución de vínculos afectivos, el adolescente percibe regresiones en el comportamiento, que pueden desatar en mayor o menor medida problemas de integración social (Delval, 1996).

4.1.2.2. Perspectiva Cognitivo-evolutiva.

En esta etapa los jóvenes acceden en un grado u otro a formas de razonamiento propias de lo que se designa pensamiento formal, que lleva a las formas más básicas de conocimiento al pensamiento científico. Desde esta representación la adolescencia se produce, por una interacción entre componentes individuales y sociales (Lozano, 2014).

4.1.2.3. Sociológica.

Periodo en el cual la persona tiene que ejecutar opciones frente a los requerimientos y expectativas adultas. En este caso la adolescencia es vista como el producto individual de las tensiones que se componen en el ambiente social, cuando las generaciones de jóvenes requieren un estatus de independencia en la sociedad, estos métodos de tránsito a la sociedad adulta les instalan en un escenario de vulnerabilidad (Serrano, 2000).

4.1.3. Etapas de la adolescencia

4.1.3.1. La adolescencia inicial.

Etapa (10 a 12 años de edad) inicia la pubertad, se exhiben los primeros cambios físicos e inicia el proceso de maduración psicológica, traspasando del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, el adolescente trata de fundar sus propios criterios, socialmente quiere dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños, pero aún no es aceptado por los adolescentes, creando en él una desadaptación social, dentro de la familia, lo cual establece un factor importante, ya que puede promover cambios emocionales como depresión y ansiedad, que intervienen en la conducta, favoreciendo el aislamiento (Fernández, 2016).

4.1.3.2. La adolescencia media.

Etapa (14 a 15 años de edad), caracterizada por la curiosidad de experimentar sensaciones de índole sexual y al igual del deseo de ganar autonomía emocional. Las señoritas y jóvenes en esta etapa ambicionan marcar su independencia para enfrentar retos por sí mismos, pero aún requieren depender emocionalmente de sus padres (Arenas, 2009a).

En la necesidad de adaptarse a los nuevos cambios en el desarrollo inherente a esta etapa vital y a las demandas del entorno. En la adolescencia suelen surgir distintas alteraciones entre las cuales se encuentra la impulsividad, la cual conduce al dilema del control, un control rígido que genera ansiedad y cambios anímicos, concluyen un aumento no solo en los cambios anímicos o en la inestabilidad emocional, sino también en la conducta agresiva, desde los últimos años de la infancia hasta la adolescencia (Mestre, Samper, tur-Porcar, 2012).

4.1.3.3. La adolescencia tardía.

Es la etapa (17 a 18 años de edad), en la cual las relaciones interpersonales se vuelven más profundas dado a que el adolescente ha avanzado en el criterio para elegir con autonomía en base a valores y principios aprendidos. Definitivamente los cambios que debe confrontar el adolescente forma un ambiente tenso con los padres y al mismo tiempo una tendencia a complicaciones emocionales, pero si el entorno familiar se vuelve negativo y conflictivo en lugar de mostrar aceptación y sensibilidad, los inconvenientes empeoran (Arenas, 2009b).

4.1.4. Desarrollo de la adolescencia

Se producen en tres aspectos primordiales que son: desarrollo físico/biológico, desarrollo psicológico y desarrollo social.

4.1.4.1. Desarrollo físico/biológico.

En este aspecto principia el crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambio de las formas físicas del ser humano. Engrandecimiento de masa y fuerza muscular, más marcadas en el varón. Acrecentamiento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración de los pulmones y el corazón, cuyo resultado es un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico. Además, se presenta el desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios y se inicia la capacidad reproductiva (Diverio, 2015).

4.1.4.2. Desarrollo psicológico- cognitivo.

Durante esta fase se desarrolla el pensamiento abstracto, las inquietudes que los adolescentes enuncian y el uso que hacen de sus habilidades de afrontamiento contiene un rango de estilos cognitivos y destrezas que reflejan diferentes niveles de pensamiento concreto y abstracto. En este

estadio la persona despliega la capacidad de razonar en términos proposicionales y es capaz de tratar problemas abstractos, basarse en hipótesis, en contingencias puramente teóricas, en relaciones lógicas, sin preocuparse por la realidad (Iglesias, 2013).

4.1.4.2.1. *Razonamiento moral.*

Se desarrolla durante la adolescencia de manera que surge una progresiva intranquilidad por cuestiones de orden social, se ha considerado que se da más en hombres que en mujeres. De acuerdo con Kohlberg (1973), lo que diferencia el razonamiento moral postconvencional, es el arresto de los adolescentes por concretar sus propias reglas morales en lugar de obedecer simplemente las normas del grupo o de un individuo, del razonamiento preadolescente que se halla en el nivel concreto, es que cada individuo sabe que existe un trato mutuo e implícito entre el individuo y la sociedad.

4.1.4.3. Cambios en el desarrollo social.

Durante la adolescencia, las personas se trasladan desde la básica influencia de la familia, que es clara y evidente en la niñez a la influencia creciente de los iguales. Sin embargo, no tienen que haber problemas de influencia entre familia y grupo de iguales. En una primera parte, el adolescente descubre soporte en grupos de pertenencia del mismo género, en el cual el resto de miembros comparten desarrollos fisiológicos similares. Sin embargo, a medida que la adolescencia avanza, hay una aproximación creciente hacia las relaciones de intimidad con el género opuesto, lo cual involucra una modificación en los modelos de las relaciones con el mismo género (Fernández, 2005).

4.1.5. Problemas en la adolescencia

La adolescencia, periodo del desarrollo que se identifica por una gran diversidad de cambios biológicos, psicológicos y sociales, por la dimensión de los mismos y la escasa experiencia vital de los adolescentes en muchos acontecimientos vitales alcanzan un carácter estresante y estos producir efectos psicológicos. Sin embargo, el acopio situaciones estresantes y el problema para enfrentarlos apropiadamente, no sólo se revelarían en problemas emocionales o conductuales, sino que también afectaría la salud física del adolescente (Crean, 2004).

Existen factores como el estrés, ansiedad, agresividad, depresión, impulsividad, consumo de sustancias, y la intolerancia, que pueden reducir en el funcionamiento fisiológico e inmunológico (Galán & Sánchez, 2004), la acumulación de estos acontecimientos afectan el bienestar y la salud del adolescente, ya sea directamente o través de su influencia en las conductas de salud, en el estado emocional y en la percepción de apoyo social, ampliando la vulnerabilidad a mostrar problemas de salud física y/o mental. Por ende, el desarrollo de los seres humanos pasa por un proceso de crear una identidad con el objetivo de integrar recuerdos anteriores para tener una buena adaptación en la actualidad y tener planes a futuro.

4.2. Ansiedad

4.2.1. Definición

Moreno (2008) comenta que la ansiedad es una emoción natural en los seres vivos de la cual se aprende o se ajusta a la supervivencia, pero este patrón de defensa o de autoprotección, en momentos no funciona adecuadamente, lo que forma una perturbación ante diversos factores o ambientes en donde no se tiene el control y se crean amenazados, lo que crea miedo a sufrir algún perjuicio.

Por su parte, Clarck y Beck (2012) definen la ansiedad como un sistema de respuestas cognitivas, conductual, fisiológica y motora, que el individuo experimenta para adelantarse a entornos que los demás aprecien como dificultosos de controlar.

4.2.1.1. Ansiedad normal y patológica

La ansiedad es un constructo multidimensional donde interaccionan tres componentes fundamentales (cognitivo, fisiológico y motor), que deben ser valorados separadamente para poder entender la concordancia que hay entre ellos y la respuesta de ansiedad. La diferencia entre la ansiedad normal y patológica se constituye especialmente por grado de intensidad, frecuencia y duración de la respuesta de ansiedad, creando restricciones a nivel personal, social o laboral, entorpeciendo la acomodación al medio en que viven (Tobal, 1996).

4.2.2. Síntomas de ansiedad

La ansiedad, desde una perspectiva interactiva-multidimensional, entorpece funcionalmente la vida diaria de las personas, porque produce: pensamientos intrusivos, experiencias de miedo, taquicardia, aceleración respiratoria, sudoración en exceso, hiper o hipoactividad, ocasionados por

estímulos o circunstancias reales o, a su vez, por contextos o estímulos internos, es decir, imaginados por el individuo que los crea como peligrosos o aversivos (Tobal, 1985).

4.2.2.1.Respuestas de Ansiedad

- Respuestas Cognitivas: Preocupación, pensamientos o sentimientos negativos sobre uno mismo, inseguridad, temor a que nos noten la ansiedad y a lo que pensarán si esto sucede.
- Respuestas Fisiológicas: Molestias en el estómago, sudor, temblor, palpitaciones, taquicardia, opresión en el pecho, falta de aire, náuseas, vómitos, altera y rigidez muscular.
- Respuestas Motoras: Movimientos repetitivos (pies, manos, rascarse, etc.), fumar, comer o beber en exceso, evitación de situaciones. (Cano, 2015).

4.2.2.2.Situaciones de ansiedad

- Situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades: Definido por circunstancias como hablar en público, realizar un examen o prueba, tomar decisiones o solucionar inconvenientes, ser observado en el trabajo y recibir críticas.
- Situaciones sexuales y de interacción social: Formado por escenarios como: tener una cita con una persona del otro sexo, estar cerca de una persona del otro sexo, o en una situación sexual íntima, ir a una reunión social o conocer gente nueva, esperar a alguien en un lugar concurrido.
- Situaciones fóbicas: Incluye ambientes en las que surge como componente central algún estímulo típicamente fóbico, como viajar en avión o en barco, zonas altas o aguas profundas, observar sucesos violentos, ir al dentista y las inyecciones, las multitudes y espacios cerrados.

- Situaciones habituales o de la vida cotidiana: Acopia contextos como: a la hora de dormir, por nada en concreto, situaciones de trabajo o estudio.

4.2.2.3. Niveles de Ansiedad

- Ausencia de ansiedad o ansiedad mínima: en este nivel no se encuentra prácticamente ningún caso clínico.
- Ansiedad moderada a marcada: en esta categoría está incluida el 50% central de la población “normal” (con puntuaciones medias y un menor número de sujetos con problemas clínicos).
- Ansiedad severa: en este nivel las proporciones se invierten respecto al nivel anterior, superando el número de sujetos “clínicos” al de los “normales”.
- Ansiedad extrema: todos los sujetos incluidos en esta categoría pertenecen al grupo clínico, sin que haya una sola persona del grupo “normal” que alcance estos valores (Miguel, Cano, 2007).

4.2.2.4. Efectos de la ansiedad

La ansiedad puede acarrear consigo sentimientos de infelicidad, agresividad, depresión, irritabilidad, alteraciones de sueño, discordancias en las relaciones de pareja, consumo de sustancias, entre otras, por ello, es trascendental instruirse en manejarla (Báez K., 2009).

Según Wicks (1997) la ansiedad es una respuesta que experimenta el individuo, donde observa un peligro real o ficticio, donde se implica las áreas cognitiva, fisiológica y motora. En los adolescentes estresores diarios, inquietudes y afectaciones emocionales en el ambiente que se desenvuelven, generan la aparición de estados de ansiedad a nivel biológico, social y psicológico, que obstruyen el desarrollo emocional sano en los adolescentes.

4.2.3. Ansiedad en el adolescente

James (1994), confirma que la ansiedad es el impulso del sistema nervioso como resultado de estímulos externos, debido a una alteración en la comunicación entre el cerebro y el resto del cuerpo, ocasionando que las personas reaccionen involuntariamente.

En la adolescencia existiría ansiedad la misma que a niveles bajos puede ser una expresión normal, asociada a nuevas experiencias y periodos críticos del desarrollo, permitiendo la adaptación y el uso de estrategias de afrontamiento a partir de procesos de adquisición, dominio de habilidades y maduración cognitiva. Sin embargo, en niveles altos puede constituir un estado patológico, influido por la vulnerabilidad genética, causas biológicas, experiencias de vida, contextos sociales y familiares (García, 2016).

En la adolescencia la ansiedad origina reacciones psico-fisiológicas en donde los sistemas orgánicos están afectados como: el fisiológico (sudor, taquicardia, mareo) y el cognitivo, adelantamiento a lo que va a pasar (hacer el ridículo, me golpearán); por lo cual se crea un retrato de sí mismo en el contexto temido y además un pensamiento perjudicial de lo que puede acontecer, debido a esto la respuesta de ansiedad a nivel cognitivo y fisiológica-motor, aumentan (Ruiz, Lago, 2005)

La ansiedad en momentos es adaptativa, pero en otros no y diferencia la ansiedad como respuesta normal y necesaria de la ansiedad desadaptativa o clínica. En el primer caso, la ansiedad leve o moderada cumpliría una función útil para las personas porque forma un estado de alerta y de tensión que puede mejorar el rendimiento. Por el contrario, altos niveles de ansiedad llevan a errores ya sean psicomotores o intelectuales, por el compromiso en los procesos de memoria, problema en la concentración y, en general, a la alteración del

funcionamiento psicológico del adolescente, perturbando el rendimiento de tareas que requieran atención, concentración y esfuerzo sostenido. Lo que indica que a altos niveles de ansiedad se generan alteraciones a nivel intelectual como psicomotor y estas disminuir el normal desempeño en las diferentes áreas de desenvolvimiento (Contreras, Espinosa, Esquerra, Haikal, Polanía y Rodríguez, 2005).

4.2.4. Causas de ansiedad en los adolescentes

Los trastornos de ansiedad se transmiten genéticamente, las mejores estimaciones indican que alrededor del 40% de la varianza en los síntomas de ansiedad y en los diagnósticos de trastorno de ansiedad está mediado por factores genéticos. Estudios de ansiedad en gemelos indican que alrededor del 30% al 40% de la varianza en los síntomas y trastornos se puede atribuir a la heredabilidad. Existe cierta evidencia (no obstante, con limitaciones) de que las estimaciones de heredabilidad del riesgo temperamental para la ansiedad (p. ej.: la inhibición) son ligeramente superior (Gregory y Eley, 2007).

Los factores fisiológicos genéticamente determinados son primordiales en la adolescencia, siendo el ambiente un factor secundario. Sin embargo, es necesario contemplar la interacción entre la herencia y las influencias ambientales para determinar el curso del desarrollo de los jóvenes en este periodo. En donde el adolescente puede expresar mucha energía y actividad desmedida y alternativamente mostrarse indiferente y desganado; puede pasar de la euforia a la depresión, de la vanidad a la timidez, del egoísmo al altruismo y de la tranquilidad a la ansiedad (Apaza, 2018).

4.2.5. Tratamiento

Existen tres tipos de tratamiento:

4.2.5.1. Psicoterapia.

Para Rojas (2009) la psicoterapia es la relación terapeuta-paciente a través de la cual desaparece la ansiedad y se crea un clima de influencia positiva que permite corregir los mecanismos inadecuados de la personalidad. El principio de la psicoterapia es ayudar al paciente a comprenderse mejor a sí mismo, saber conocer e interpretar mejor la realidad y aprender a tener un mayor autocontrol: dominar los impulsos; La más utilizada es a terapia cognitiva conductual.

4.2.5.2. Psicofarmacológico.

Este tratamiento debe ser llevado a cabo por un psiquiatra. Se emplean diversos fármacos: Antidepresivos: antidepresivos tricíclicos (imipramina y clorimipramina), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina, paroxetina, sertralina) o los inhibidores de la monoaminoxidasa. Tardan entre 2 y 6 semanas en producir efecto y las dosis deben ajustarse a la respuesta clínica. Benzodiacepinas: (alprazolam, clonazepam): pueden ser útiles al inicio del tratamiento y posteriormente de forma esporádica, para aliviar los síntomas inmediatos de las crisis y mejorar la ansiedad anticipatoria. Su administración debe ser vigilada porque pueden producir dependencia (Bolaños, 2014)

4.2.5.3. Socioterapia.

Según Rojas (2009) busca que el medio del sujeto mejore. Se distingue el plano familiar, trabajo profesional, amistades, entre otras. Es ampliar el medio social, mejorarlo, abrir nuevas perspectivas buscando el apoyo, la comprensión y el intercambio con las personas más o menos afines. La colaboración de los padres es imprescindible para el tratamiento. La ayuda del colegio es indispensable en el tratamiento de la enfermedad.

4.3. Agresividad

4.3.1. Definición

La agresividad puede definirse como la intencionalidad de causar daño a otros (Buss & Perry, 2004). Este tipo de conducta debe ser desalentada dado que afecta la vida en sociedad e imposibilita la convivencia armoniosa.

Para Hurlock (2000) la agresividad es un suceso real o amenazado, avivado por otro individuo, el cual realiza ataques físicos o verbales hacia otra persona, porque cree tener superiores condiciones que otra, trata de aplicar sus reglas para obtener sus propósitos.

La conducta agresiva se ha transformado en un medio de comunicación, hasta cierto punto normal, entre personas, este comportamiento perturba la convivencia, el rendimiento académico, laboral y emocional. Habitualmente un ser agresivo presenta impulsividad, hostilidad e inestabilidad emocional, elevadas cogniciones prejuiciosas y baja capacidad de empatía las que se relacionan con la conducta agresiva (Garaigorobil, 2005).

4.3.2. Teorías de agresividad

Se utiliza cuatro modelos para explicar la agresividad:

- Argumento filogenético: la conducta agresiva es universal y multideterminada.
- Argumento ontogenético: la agresividad en la infancia, permite desarrollar destrezas para relacionarse y aprender sus propias fortalezas e impotencias en escenarios de lucha y conflicto.
- Argumento sociológico: la agresión y la conducta antisocial agranda el estatus entre grupos de compañeros.

- Argumento empírico: relaciones entre la dominancia social y popularidad y el uso de estrategias mixtas (prosociales y coercitivas) en adolescentes (Long y Pellegrini, 2003).

4.3.3. Modelos de agresión

Existen modelos que no consideran la agresividad una función adaptativa. Entre ellas destacan las siguientes:

4.3.3.1. Modelo de Coerción de Patterson.

Este modelo asevera que la conducta agresiva se ocasiona en las interacciones entre el vigilante y el niño/a cuando el tutor emplea el castigo. En este patrón los modelos de educación familiares son el conculyente clave de la conducta agresivo del niño/a, los comportamientos agresivos asimiladas en el hogar surgen continuamente en la escuela y además concluyen facilitando la relación con otros compañeros que igual las utilizan (González et al., 2011).

4.3.3.2. Modelo del Aprendizaje Social de Bandura.

En este modelo plantea que el aprendizaje vicario es la vía de enseñanza de las conductas agresivas. Por medio de la imitación y el modelado de las imágenes relevantes, el niño/a aprende a comportarse en una u otra dirección, logrando utilizar los comportamientos asimilados con sus iguales (Kawabata, Alink, Tseng, Van Ijzendoorn y Crick, 2011).

4.3.3.3. Modelo de déficit de procesamiento de la información.

Este modelo mantiene que factores socio-emocionales, conductuales y constitucionales contribuyen a la aparición de determinadas estructuras de memoria responsables de las deficiencias en el procesamiento de la información, las mismas que poseen implicaciones fisiológicas y emocionales que inducen al uso deficitario de tácticas de solución de problemas, por lo que se

aumentan la conducta agresiva. Procesamiento de la información que sigue el niño o niña (Crick y Dodge, 1994);

- Codifica selectivamente o atiende las señales asociadas con la intención hostil.
- Infiere que la otra persona actuó con intención hostil (atribución hostil).
- Selecciona metas hostiles.
- Genera soluciones agresivas para las provocaciones.
- Anticipa respuestas positivas para las respuestas agresivas.
- Responde de manera agresiva.

4.3.3.4. Modelo de Agresión General de Anderson y Bushman.

De acuerdo con este modelo, los factores individuales e influencias situacionales favorecen a un estado interno representado por la interacción de elementos cognitivos y afectivos, que llevan un proceso de apreciación y toma de decisiones que termina, en una reacción reflexiva, o impulsiva que convergerá en una conducta agresiva (Anderson y Bushman, 2002).

4.3.4. Tipos de agresiones

4.3.4.1. Agresión Reactiva.

La agresión reactiva está fundada en el modelo de frustración– agresión, comportamiento que ocurre como reacción a una amenaza percibida y que puede estar conexas con una activación emocional intensa, altos niveles de impulsividad, hostilidad y déficits en el procesamiento de la información (Raine et al., 2006). El primordial motivo de este proceder agresivo es el dañar a otro, sin ningún objetivo o fin concreto.

La agresión reactiva se acompaña de cólera o ira, se concreta por su falta de emoción y carácter instrumental, está ligada a la falta de tolerancia a la frustración y pobre regulación en la respuesta

a estímulos, explicada como de “sangre caliente”, distinguida por la presencia de ira y enfado, seguidos de gestos y expresiones faciales, que exteriorizan una alta activación emocional asistida por una insuficiente capacidad de autorregulación ante estímulos emocionales. Este tipo de agresión posee particularidades pertenecientes al espectro psicopatológico esquizotípico y límite, distorsión de realidad e inestabilidad emocional (López–Romero, Romero y González– Iglesias, 2011).

Los adolescentes agresivos reactivos son vistos como impulsivos y con inconvenientes de atención y sus comportamientos agresivos son vistos como “fuera de control”. Este tipo de se relaciona a su vez con complicaciones de somatización y dificultades de sueño, sesgos en el procesamiento de la información social e inconvenientes psicológicos como depresión y así adquieren un alto riesgo de suicidio (Andreu, Peña y Ramírez, 2009).

4.3.4.2. Agresión Proactiva.

Es una habilidad que la persona ejecuta para lograr un beneficio, conocida como de “sangre fría” y controlada, afín con una ausencia de activación o sentimientos de ira. Los adolescentes con este tipo de agresión no suelen exponer contrariedades en la regulación de sus emociones, existiendo una conexión entre este tipo de conductas y una cadena de peculiaridades (pobreza emocional, falta de empatía, uso de los demás para su conveniencia), propias de jóvenes con inconvenientes de conducta antisocial. Mostrando rasgos de dureza e insensibilidad emocional, tradicionalmente ligados con el desarrollo de la personalidad psicopática (White y Frick, 2010).

Estaría asociada con la estimación positiva de la agresión como la ganancia y los beneficios, la dominación, el status y una mayor autoestima. Los agresores instrumentales demuestran falta de emociones logran ser enormemente violentos. Este tipo de agresión se asocia con rasgos psicopáticos de la personalidad (frialdad afectiva y emocional), quedaría representada en la

psicopatía y el trastorno disocial. La agresión proactiva inclinaría a la violencia criminal y estaría unida a la delincuencia y conducta disociales a lo largo del desarrollo. La agresión quedaría en conductas que se declaran en los trastornos por déficit atención y comportamiento perturbador en la infancia y la adolescencia

4.3.4.3. Agresión física / verbal.

El autor Valzelli (1983), distingue entre agresión física, verbal y no física o postural. La agresión de tipo físico se ocasiona por contacto directo con los adversarios, implica un ataque a una entidad por medio de conductas motoras y acciones físicas, lo cual involucra daños corporales. La agresión verbal tiene su forma de expresión en el lenguaje y es una respuesta oral dañina para el otro. Por último, la agresión postural se expresa simbólicamente o mediante expresiones faciales o posturas corporales.

4.3.4.4. Agresión directa / indirecta.

La agresión directa involucra un compromiso activo del agresor a la hora de perjudicar a la víctima; mientras que la agresión indirecta se identificaría por una falta de acción a la hora de responder activamente a lo que causa el daño, la mayor parte de los actos agresivos, tanto directos como indirectos, son activos. Ejemplos agresión arma (directa), manifestar falsos rumores (indirecta) (Penado, 2012).

4.3.5. Componente de la conducta agresiva

4.3.5.1. Componente Cognitivo.

Flores, Jiménez, Salcedo y Ruiz Martínez (2009) en su libro “Agresividad infantil” señala que: las personas agresivas no tienen en su repertorio respuestas a circunstancias adversas que no sean agresivas, y proponen que la conducta agresiva, como forma de interactuar con el medio, resultado

de una inadaptación debida a dificultades en la codificación de la información que dificulta la elaboración de respuestas alternativas (Caza, 2014).

4.3.5.2. Componente Afectivo o Evaluativo.

El comportarse agresivamente de un ser humano aumenta cuando la persona liga agresión con poder, control con dominio y cuando tiene un fuerte sentimiento de haber estado tratada injustamente, situación que le genera gran hostilidad hacia los otros, dicha hostilidad se expresa a través de la conducta agresiva que está absolutamente justificada por ella.

4.3.5.3. Componente Conductual.

Las personas agresivas carecen de muchas de las pericias necesarias para interactuar socialmente y para enmendar de forma normal los conflictos derivados de dicha interacción. En donde no se le impida integrarse en un grupo de forma positiva, por su falta de imaginación y creatividad en los juegos y por el rechazo por parte de sus pares (Muñoz, 2000).

4.3.6. Consecuencias de la agresión

Mingote (2008) indica que al hablar de agresión se indica a fracaso escolar, que sería un factor de riesgo a desarrollar personalidad antisocial, delincuencia y violencia en la adultez. Los niños con estos comportamientos sufren en silencio, no expresan sentimientos, sobrellevan cargas pesadas por la dinámica familiar que viven, estilos de crianza negativos, autoritario o negligente por parte de los padres. El daño emocional, social y familiar es demasiado grande en los niños, que pierden la ilusión de resaltar, no tienen deseos de consumir sus objetivos, llegan a la frustración, soledad y rechazo de la sociedad.

4.3.7. Agresividad en el adolescente

La agresividad se puede iniciar por diversos acontecimientos en la vida del adolescente, por ejemplo, la impulsividad, el dolor, el exceso de ruidos, la desmotivación, aburrimiento, alcohol y drogas, en donde la poca tolerancia a la frustración puede ser la realidad más difícil, ya que esta podría producir ira y esta encaminar a la agresividad. Estos comportamientos agresivos se empiezan a manifestar en la niñez temprana y adquieren su máxima expresión durante la adolescencia. La presencia de comportamientos agresivos a edad temprana es un predictor de comportamientos delictivos posteriores, desadaptación laboral y problemas de relación interpersonal (Odgers y Russell, 2009).

Según Piatti de Vázquez (2010) en la adolescencia se exhiben evoluciones fisiológicas y psicológicas, estos cambios afectan físicamente y psíquicamente, en sus sentimientos con los padres, los amigos y hasta consigo mismo.

Los adolescentes con agresividad se determinan por sus peculiaridades al desenvolverse en la sociedad y familia. No pueden afrontar diferentes contextos y relata una sucesión de singularidades como:

- Comportamiento externo: el volumen de su voz es alto, cuando habla lo hace con poca fluidez por la rapidez y agitación, amenaza y es tajante. Sus manos y cara son tensas y tienen una postura atacante.
- Patrones de pensamiento: pensamientos negativos, egoístas como que sólo él existe y los demás no interesan, indican que existe gente mala y que se debe castigar, sólo piensan en vencer ya que si pierden se refieren a sí mismos como perdedores.
- Emociones y sentimientos: ansiedad y agresividad, se sienten solos, entienden que nadie los comprende, sentimientos de frustración y de culpa. La agresividad puede ser incitada

por la baja autoestima, no tiene autocontrol. Las personas que optan por una conducta agresiva lo hacen ya que se conciben muy vulnerables y creen que todos los quieren lastimar, así que actúan de tal manera para que nadie los hiera (López, 2014).

4.3.8. Factores que influyen en la conducta agresiva en los adolescentes

La familia, escuela, sociedad, cultura y variables personales, son algunas fuentes del comportamiento agresivo. La familia (por esquemas educativos y disciplina autoritaria, incoherencia en la disciplina, refuerzo de conductas agresivas y violentas); la escuela (por su disciplina autoritaria, desaparición de programas preventivos sobre violencia escolar, falta de cultura preventiva en la comunidad educativa); la sociedad y cultura (por la violencia, creencias, costumbres, medios de comunicación, valores sociales aceptados, modelos de sumisión, dominio y violencia). Y variables personales (por el temperamento, conductas violentas o sumisas durante la infancia, experiencias de haber sufrido maltrato y la edad) (Monjas & Avilés, 2003).

Por otro lado, Paz y Carrasco (2006) refieren que actualmente la tecnología, específicamente el internet, en los últimos años es un medio con mucha demanda, debido a que provee una gran variedad de fuentes de socialización para el avance educativo. Sin embargo, el uso de ello no siempre es el más adecuado, y al igual que muchos otros medios de comunicación están arraigados con mensaje agresivos que los adolescentes suelen imitar.

Existen además estresores ambientales que forman parte de la agresividad, entre estos se encuentran el calor, el ruido, dolor, injusticia entre otros (La Enciclopedia de Psicología, 2001).

5. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

El trabajo de investigación se caracterizó por realizar un estudio descriptivo y cuantitativo de las variables, permitiendo recolectar información a través de instrumentos que posteriormente fueron interpretados mediante el análisis estadístico. Además, el diseño de investigación fue transversal porque ayudo en el estudio de las variables en un tiempo determinado, y correlacional puesto que de la información obtenida se analizaron las características de cada variable, para luego determinar la relación existente entre la ansiedad y agresividad en los adolescentes.

UNIVERSO

Estuvo conformado por 970 adolescentes que estudian en la Unidad Educativa Adolfo Valarezo periodo 2018-2019.

MUESTRA

Integrada por 154 encuestados, en cuanto al sexo, 56 hombres y 98 mujeres, entre edades de 13 a 17 años de edad, que se encontraban cursando el Décimo Año de Educación Básica, distribuidos en seis paralelos, el mismo que se lo realizó mediante el muestreo no probabilístico de tipo intencional a conveniencia del investigador.

Criterios de inclusión

- Adolescentes que pertenezcan a décimo año de Educación Básica.
- Adolescentes los cuales sus padres han brindado su consentimiento para que participen en la presente investigación.
- Adolescentes que estén legalmente matriculados y que asistan con regularidad a clases.

Criterios de exclusión

- Adolescentes los cuales sus padres no deseen que participen en la investigación.
- Adolescentes que no que estén legalmente matriculados
- Adolescentes que no asisten con regularidad a clases.

VARIABLES

- **Variable independiente:** Ansiedad
- **Variable dependiente:** Agresividad

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

El consentimiento informado: Se utilizó con la finalidad de informar a los padres o representantes legales de los estudiantes/participantes, acerca de la investigación, con el propósito de que brinden su consentimiento y les permitan participar a los adolescentes de forma voluntaria en el trabajo investigativo.

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad en la versión para adolescentes, ISRA-J (Pollo, Miguel Tobal y Cano, 1986): la versión para de adolescentes proporciona prácticamente la misma información que la versión de adultos con la excepción de que proporciona una medida conjunta de la respuesta fisiológica y motor (R1), al igual que el ISRA de adultos proporciona una medida de la respuesta cognitiva (R2), y de los factores situacionales siendo F1-Ansiedad Interpersonal, F2-Ansiedad Cotidiana, FIII-Ansiedad Fóbica y FIV-Ansiedad de Evaluación.

El ISRA-J para adolescentes, este instrumento consta de 47 ítems separados por diez apartados que formulan situaciones concretas que hacen referencia a relaciones sociales (extremadamente

significativas para los adolescentes): cuando estoy cerca de un chico/a que me gusta; si tengo que ir con chicos/as que no conozco; si voy a ver a un chico/a que me gusta; a la hora de dormir; aunque no suceda nada en concreto; al observar peleas y escenas violentas; cuando voy a tener un examen; en los exámenes; cuando tengo que tomar una decisión; ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre. Además, sus respuestas están en una escala tipo Likert.

Para responder el inventario, la persona debe evaluar la frecuencia con la que se presentan las respuestas a nivel cognitivo, fisiológico-motor ante cada una de las situaciones, en una escala que va desde 0 a 4, donde 0, es casi nunca; 1, pocas veces; 2, unas veces sí, otras veces no; 3, muchas veces y 4, casi siempre. En cuanto a la aplicación, la prueba tiene una duración de 30 minutos aproximadamente, se puede realizar de manera individual o colectiva. La prueba es interpretada en términos de niveles de ansiedad, los cuales son divididos en nivel bajo, moderado, severo y extremo.

Fiabilidad: el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad en la versión para adolescentes (ISRA-J) es de un alfa de Cronbach de 0,906.

Validez: el índice de consistencia interna, Alfa de Cronbach, muestra valores que oscilan entre 0.95 y 0.99 para el total del ISRA-J y entre 0.92 y 0.96 para los tres sistemas de respuesta y situaciones, respectivamente (Tobal, Vindel, 1985).

Cuestionario de Agresión Reactiva-Proactiva (RPQ)

Es un instrumento que permitió medir la agresión reactiva y proactiva en adolescentes. Este instrumento está compuesto por 23 ítems (12 proactivos, 2,4,6,9,10,12,15,17,18,20,21,23: has gritado a otros para aprovecharte de ellos y 11 reactivos, 1,3,5,7,8,11,13,14,16,19,22: te has enfadado cuando otros te han amenazado), cuenta con la ventaja de ser de rápida aplicación y

gramaticalmente sencillo (puede ser aplicado a niños desde los 8 años de edad y adolescentes con limitadas capacidades lectoras), basados en la dimensión motivacional proactiva (instrumental) vs reactiva (hostil). Los ítems son puntuados por el sujeto en una escala de frecuencia (0 = nunca, 1 = algunas veces, y 2 = a menudo), además permiten evaluar los procesos motivacionales que están implicados en la agresión y que no pueden ser accesibles al observador, pero sí lo son para el propio agresor (Raine et al., 2006).

Su validez conceptual, los ítems del RPQ intentan reflejar la agresión verbal y física, incluyendo la motivación y contexto situacional de la agresión, independientemente de si, se manifiestan directa o indirectamente. Los ítems son gramaticalmente muy simples, para ajustar al lenguaje y desarrollo cognitivo en muestras de niños y adolescentes. Las instrucciones, a su vez, se redactaron para evitar en la medida de lo posible un estilo defensivo de respuesta, por lo que el cuestionario incluye la instrucción de que “en ocasiones hacemos cosas que no deberíamos haber hecho” y se señala con qué frecuencia se han realizado por la persona que contesta al cuestionario, sin dedicar mucho tiempo para pensar las respuestas. Por otra parte, la consistencia interna de la escala estimada mediante el coeficiente alfa alcanzó el valor de 0,90; siendo de 0,84 y 0,86 para las subescalas de agresión reactiva y proactiva. Los datos disponibles de la adaptación española muestran valores relativamente similares (Andreu, Ramírez y Raine, 2006). La prueba es interpretada en términos de niveles de agresividad, los cuales son divididos en nivel leve, moderado y grave.

Análisis estadístico:

Se utilizó matrices en base al programa informático SPSS (Statistical Package For The Social Sciences) versión 25, la misma que ayudo a dar validez y confiabilidad a los instrumentos utilizados y además para la correlación se trabajó con el coeficiente de correlación de Rho de Spearman.

Procedimiento

Primera etapa:

Contacto con la institución:

Se tomó contacto con la rectora de la “Unidad Educativa Adolfo Valarezo”, con el propósito de conseguir la autorización para la partición de la población y la apertura para la realización de la investigación. La cual otorgó el permiso para realizar la investigación con la población en cuestión. Se informó a los docentes tutores de cada paralelo de décimo año de Educación Básica “A, B, C, D, E, F”, la participación de los estudiantes en la investigación.

Acercamiento a la población de estudio:

Se acudió a las aulas respectivas de los estudiantes para informarles sobre la investigación, su importancia y como se beneficiarían ellos de la misma.

Segunda etapa: Recolección de datos

Encuadre y consentimiento:

El encuadre se lo realizó aula por aula de manera colectiva para hacer conocer los objetivos de la investigación, la aclaración de las dudas que tengan acerca de la misma y la confidencialidad de los resultados obtenidos.

Se presentó a los jóvenes el consentimiento informado para que lo hagan llegar a sus padres de familia o representantes legales para otorguen el permiso para que los adolescentes participen en la investigación.

Aplicación de Reactivos:

Se aplicó a los adolescentes los instrumentos, Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad en su versión para adolescentes (ISRA-J) y el Cuestionario de Agresión Reactiva-Proactiva (RPQ), cuyas aplicaciones fueron de manera colectiva.

Tercera etapa: Análisis de resultados

La investigación realizó análisis de tipo cuantitativo utilizando la estadística descriptiva y correlacional, presentándose por medio de tablas de distribución de frecuencias, porcentaje, gráficos de barras; así mismo se obtuvieron los resultados de la investigación, empleando la estadística inferencial, determinando la distribución de la muestra y en base a ello se determinó que estadístico de correlación se necesitó, el cual fue el coeficiente de correlación de Rho de Spearman; para comprobar la relación planteada en el trabajo investigativo, se midió y analizó a través de las cifras numéricas, utilizando como apoyo al programa estadístico SPSS versión 25.

6. RESULTADOS

Los resultados obtenidos, que a continuación se exponen van acorde a los objetivos del trabajo de investigación.

Tabla 1:

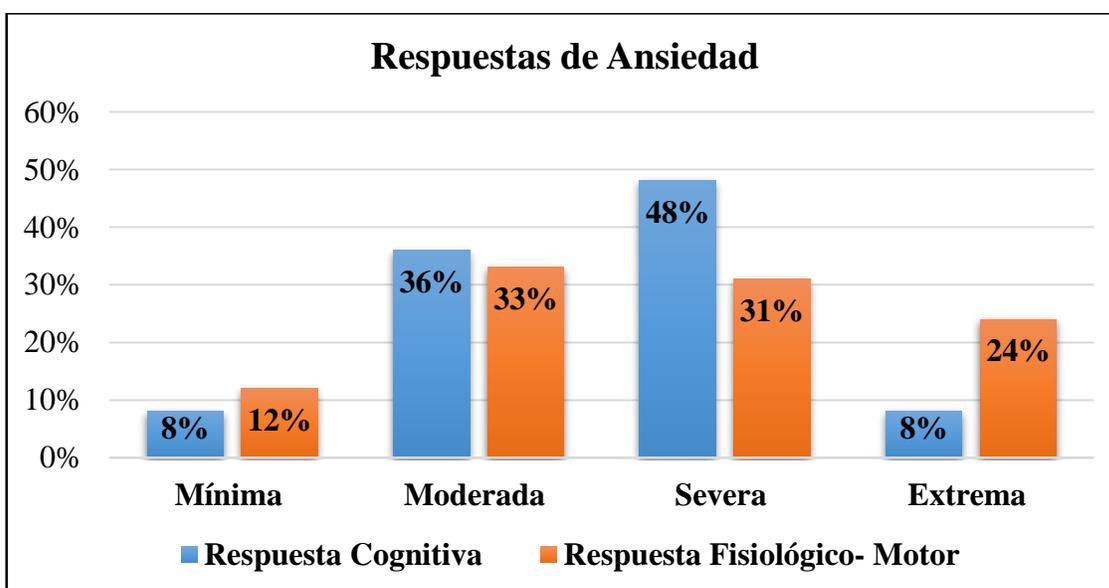
Respuestas cognitivas, fisiológicas-motoras de ansiedad en los adolescentes que cursan el décimo año de educación básica.

Variables	RESPUESTAS DE ANSIEDAD			
	Respuesta Cognitiva		Respuesta Fisiológico- Motor	
Niveles	f	%	F	%
Mínima	13	8	18	12
Moderada	56	36	50	33
Severa	72	48	49	31
Extrema	13	8	37	24

Fuente: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad en la versión para adolescentes, ISRA-J, aplicado a los Estudiantes de la Unidad Educativa “Adolfo Valarezo”.

Autor: Byron Agustín González Torres

Figura 1



Análisis e interpretación

En la presente tabla se muestra la frecuencia con la que se presenta la Ansiedad, de acuerdo a las Respuestas Cognitivas y Fisiológica-Motor mediante Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad en la versión para adolescentes, ISRA-J evidenciándose los siguientes resultados.

En la Respuesta Cognitiva, 8% (13) encuestados presentan ansiedad mínima, 36% (56) encuestados ansiedad moderada, 48% (72) encuestados ansiedad severa y 8% (13) encuestados ansiedad extrema.

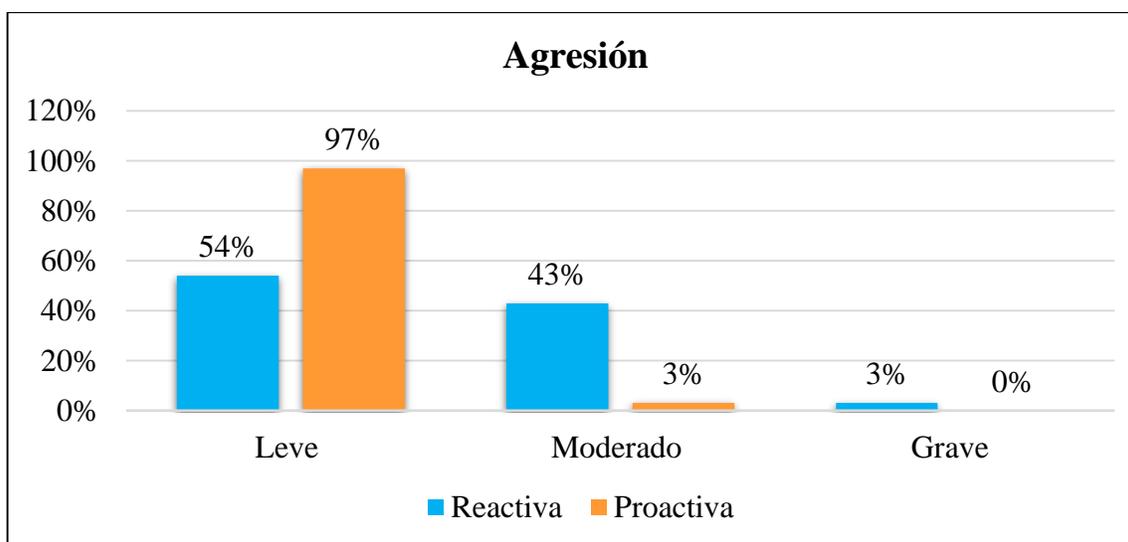
En la Respuesta Fisiológica-Motor, 12% (18) encuestados presentan ansiedad mínima, 33% (50) encuestados ansiedad moderada, 31% (49) encuestados ansiedad severa y 24% (37) encuestados ansiedad extrema.

Tabla 2:***Agresión reactiva y proactiva en los adolescentes.***

Agresión	Reactiva		Proactiva	
	F	%	F	%
Leve	83	54%	150	97%
Moderado	66	43%	4	3%
Grave	5	3%	0	0%

Fuente: Cuestionario de Agresión Reactiva-Proactiva (RPQ), aplicado a los Estudiantes de la Unidad Educativa “Adolfo Valarezo”.

Autor: Byron Agustín González Torres

Figura 2**Análisis e interpretación**

En la presente tabla la población encuestada mediante el Cuestionario de Agresión Reactiva-Proactiva (RPQ), presenta los siguientes resultados: En Agresión Reactiva, 54% (83) encuestados presentan agresión reactiva leve, 43% (66) encuestados agresión reactiva moderada, 3% (5) encuestados agresión reactiva grave. En la Agresión Proactiva, 97% (150) encuestados presentan agresión proactiva leve, 3% (4) encuestados agresión proactiva moderada.

Tabla 3:*Correlación de las variables ansiedad y conductas agresivas.*

			Total de ansiedad	Total de agresividad
Rho de Spearman	Total de ansiedad	Coeficiente de correlación	1,000	,282**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	154	154
	Total de agresividad	Coeficiente de correlación	,282**	1,000
		Coeficiente de correlación	,282**	
		N	154	154

Fuente: Datos obtenidos por los test de Ansiedad y Agresión aplicados a los Estudiantes de la Unidad Educativa “Adolfo Valarezo”.

Autor: Byron Agustín González Torres

Análisis e interpretación

Se complementa el análisis determinando el valor de Rho de Spearman de 0,282 (Correlación positiva media), y un p valor menor a 0,05 indicativo de relación significativa ($p=0,00$). Se concluye que existe una relación directa proporcional.

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

**PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES
SOCIALES, ENFOCADO EN REDUCIR LAS CONDUCTAS AGRESIVAS EN LOS
ADOLESCENTES QUE CURSAN EL DÉCIMO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE
LA UNIDAD EDUCATIVA ADOLFO VALAREZO.**

Realizar un programa psicoeducativo para dar cumplimiento al cuarto objetivo planteado.

1. Introducción

Dentro de la adolescencia se pueden presentar diferentes crisis vitales que pueden conllevar a producir ansiedad y esta desencadenar en conductas agresivas; las cuales pudieran estar incidiendo de manera significativa en el desarrollo adecuado no solo a nivel personal sino en ambientes sociales como la familia y la escuela; por ello es importante que los adolescentes que presentan esta condición reciben de manera integral y a tiempo intervención especializada.

Ante ello, el presente programa pretende entrenar a los adolescentes con conductas agresivas en habilidades sociales, con el propósito de reducir dichas conductas, utilizando información pertinente, los cuales permitirán abordar de manera integral, las emociones, creencias o cogniciones y comportamientos que influyen en el desarrollo o mantenimiento de dichas conductas. Además, el enfoque constructivista promoverá en los adolescentes la construcción apropiada del aprendizaje, que se va produciendo día a día como resultado de la interacción del ambiente y las disposiciones internas de cada individuo, asegurando de esta manera la adaptación y ajuste a los diversos entornos de desarrollo.

2. Justificación

La adolescencia sería un período fundamental con respecto a la salud, puesto que la forma en que se lleva a cabo la transición de la niñez a la adolescencia y a la adultez joven tendría

importantes implicaciones para el desarrollo de las conductas de salud y el inicio de diversos problemas de salud como ansiedad y agresividad, los mismos que pueden afectar al individuo el resto de su vida (Williams, Holmbeck & Greenley, 2007).

Por ende, al ser la adolescencia una etapa de vida en transformación, es necesario brindar herramientas que permitan a los adolescentes desarrollar destrezas sociales para reducir los niveles de ansiedad leve y agresividad, y así mejorar a nivel personal, familiar, escolar y las relaciones interpersonales.

Sin embargo, ante la presencia de niveles de ansiedad moderada, severa y extrema se necesitará la intervención especializada para el tratamiento de dichas entidades clínicas.

3. Objetivos

GENERAL

- Reducir niveles de ansiedad leve y entrenar a los adolescentes con conductas agresivas en habilidades sociales, con el propósito que les sean útiles y aplicables en su diario vivir.

ESPECÍFICOS

- Instruir a los adolescentes sobre aquellos cambios biopsicosociales que pueden atravesar y las diversas respuestas de ansiedad a nivel cognitivas y fisiológicas - motor que pueden presentar ante una situación determinada y a su vez, como estas inciden en comportamientos agresivos, a través de la Psicoeducación.
- Brindar al adolescente conocimientos acerca de los mecanismos que desencadenan y mantienen las diferentes conductas y respuestas del sujeto, permitiéndoles reinterpretar sus síntomas con explicaciones veraces y basadas en el respaldo científico.

- Entrenar en habilidades sociales a los adolescentes con el propósito de ayudar a resolver situaciones de manera efectiva y estructurada con las demás personas, permitiendo de esta manera a los adolescentes interactuar y relacionarse correctamente con los demás, de forma efectiva y mutuamente satisfactoria, a expresar sentimientos, deseos, opiniones o derechos de modo adecuado y asertivo.

4. METODOLOGÍA

El presente programa psicoeducativo se lo realizará con la presencia de los estudiantes y docentes, para la ejecución del mismo se lo llevará a cabo en grupos.

- **Materiales:**
 - Computadora
 - Infocus
- **Responsable:**
 - Psicólogo/a encargado del departamento DECE

La cual se desarrollará en 4 sesiones, en las que se impartirán diferentes contenidos:

- **1º Sesión:** Conceptualización, síntomas, situaciones, niveles, factores de riesgo, efectos, prevención de la Ansiedad.
- **2º Sesión:** Definición, tipos, factores que influyen en la conducta de la agresividad.
- **3º Sesión:** Definición, tipos, y para qué sirven las habilidades sociales.
- **4º Sesión:** Definición, tipos de las relaciones interpersonales.

Esta Psicoeducación se la puede realizar en dos sesiones por semana, se recomienda que sea dirigido por el responsable ya mencionado.

5. CONTENIDOS DEL TALLER:

Sesión 1.

REDUCCIÓN DE NIVELES DE ANSIEDAD

Objetivos:

- Instruir a los adolescentes mediante información acerca de ansiedad a través de la psicoeducación, la cual brindará al adolescente conocimientos acerca de los mecanismos que desencadenan y mantienen las diferentes conductas y respuestas del sujeto, permitiéndoles reinterpretar sus síntomas con explicaciones veraces y basadas en el respaldo científico.

Duración: 60 minutos

Participantes: los adolescentes que cursan el décimo años de Educación Básica

Procedimiento: la sesión se la llevara a cabo en el auditorio de la Unidad Educativa, a los estudiantes se los dividirá por paralelo para que no se aglomeren y el aprendizaje sea significativo para los mismos.

Dinámica:

Mi nombre es y la cualidad

Consiste en que el primer participante comienza diciendo su nombre y con la inicial de su nombre deberá decir una cualidad, en el momento que continúa el siguiente participante primero

deberá comenzar diciendo el nombre y la cualidad del primer participante y luego mencionara su nombre y la cualidad y así sucesivamente van diciendo los demás participantes.

Desarrollo:

Ansiedad

Definición

Según Cano-Vindel (2003), describe a la ansiedad como una reacción emocional que se produce ante situaciones que son interpretadas como una amenaza. Reacción emocional más frecuente 20 en situaciones estresantes, que comprende respuestas subjetivas, fisiológicas y conductuales. Todos los autores señalan la implicación del triple sistema de respuestas: fisiológico, cognitivo y conductual”.

Síntomas

- Sensación de nerviosismo, agitación o tensión
- Sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe
- Aumento del ritmo cardíaco
- Respiración acelerada (hiperventilación)
- Sudoración
- Temblores
- Sensación de debilidad o cansancio
- Problemas para concentrarse que no sea la preocupación actual
- Tener problemas para conciliar el sueño

- Padecer problemas gastrointestinales
- Tener dificultades para controlar las preocupaciones
- Tener la necesidad de evitar las situaciones que generan ansiedad

Situaciones de ansiedad

Situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades.

El factor situacional o rasgo específico de ansiedad ante “situaciones que implican evaluación o asunción de responsabilidades” está definido por situaciones tales como hablar en público, hacer un examen o una prueba, tomar una decisión o resolver un problema, ser observado en el trabajo, recibir críticas o posibilidades de ser evaluado negativamente, etc.

Situaciones sexuales y de interacción social.

El factor situacional o rasgo específico de ansiedad ante “situaciones sexuales y de interacción social” está formado por situaciones del tipo de: ir a una cita con una persona del otro sexo, estar muy cerca de una persona del otro sexo, o en una situación sexual íntima, asistir a una reunión social o conocer gente nueva, esperar a alguien en un lugar concurrido, etc.

Situaciones fóbicas.

El factor situacional o rasgo específico de ansiedad ante “situaciones fóbicas”, incluye situaciones en las que aparece como elemento central algún estímulo típicamente fóbico, tales como viajar en avión o en barco, los lugares altos o las aguas profundas, observar escenas violentas, los dentistas y las inyecciones, las multitudes y espacios cerrados, etc.

Situaciones habituales o de la vida cotidiana.

Por último, el factor situacional IV o rasgo específico de ansiedad ante “situaciones habituales o de la vida cotidiana” recoge situaciones tales como: a la hora de dormir, por nada en concreto, situaciones de trabajo o estudio, etc (Miguel, Cano, 2007)

Niveles de Ansiedad

Ausencia de ansiedad o ansiedad mínima: en este nivel no se encuentra prácticamente ningún caso clínico.

Ansiedad moderada a marcada: en esta categoría está incluida el 50% central de la población “normal” (con puntuaciones medias y un menor número de sujetos con problemas clínicos).

Ansiedad severa: en este nivel las proporciones se invierten respecto al nivel anterior, superando el número de sujetos “clínicos” al de los “normales”.

Ansiedad extrema: todos los sujetos incluidos en esta categoría pertenecen al grupo clínico, sin que haya una sola persona del grupo “normal” que alcance estos valores (Tobal, 1996).

Factores de riesgo

- **Trauma.** Los niños que soportaron maltratos o traumas o que presenciaron eventos traumáticos tienen mayor riesgo de manifestar un trastorno de ansiedad en algún momento de sus vidas.
- **Estrés debido a una enfermedad.** Tener un problema de salud o una enfermedad grave puede causar gran preocupación acerca de cuestiones como el tratamiento y el futuro.
- **Acumulación de estrés.** Un evento importante o una acumulación de situaciones estresantes más pequeñas de la vida pueden provocar ansiedad excesiva, por ejemplo, la

muerte de algún familiar, estrés en el trabajo o preocupaciones continuas por la situación financiera.

- **Personalidad.** Las personas con determinados tipos de personalidad son más propensas a sufrir trastornos de ansiedad que otras personas.
- **Otros trastornos mentales.** Las personas que padecen otros trastornos mentales, como depresión, a menudo también padecen un trastorno de ansiedad.
- **Tener familiares consanguíneos que padecen un trastorno de ansiedad.** Los trastornos de ansiedad pueden ser hereditarios.
- **Drogas o alcohol.** El consumo o el uso indebido o la abstinencia de drogas o alcohol pueden provocar o empeorar la ansiedad.

Efectos de la ansiedad

La ansiedad puede acarrear consigo sentimientos de infelicidad, agresividad, depresión, irritabilidad, alteraciones de sueño, discordancias en las relaciones de pareja, consumo de sustancias, entre otras, por ello, es trascendental instruirse en manejarla (Báez K., 2009).

Según Wicks (1997) la ansiedad es una respuesta experimentada por el individuo cuando observa un peligro real o ficticio, donde se implican las áreas cognitiva, fisiológica y motora. En los adolescentes estresores diarios, inquietudes y afectaciones emocionales en el ambiente que se desenvuelven, generan la aparición de estados de ansiedad a nivel biológico, social y psicológico, que obstruyen el desarrollo emocional sano en los adolescentes.

Prevención

- **Pide ayuda enseguida.** La ansiedad, como muchos otros trastornos mentales, puede ser más difícil de tratar si te demoras.
- **Mantente activo.** Participa en actividades que disfrutes y que te hagan sentir bien contigo mismo. Disfruta la interacción social y tus afectos, que pueden aliviar tus preocupaciones.
- **Evita el consumo de alcohol o drogas.** El consumo de alcohol y drogas puede provocar ansiedad o empeorarla. Si eres adicto a cualquiera de estas sustancias, la idea de dejar de consumir puede hacerte sentir ansioso. Si no puedes dejar de consumir por tu cuenta, consulta con tu médico o busca un grupo de apoyo para que te ayuden (Gómez, 2018).

Sesión 2:

REDUCCIÓN DE CONDUCTAS AGRESIVAS

Objetivos:

- Instruir a los adolescentes mediante información acerca de agresividad a través de la psicoeducación, la cual brindará al adolescente conocimientos acerca de los mecanismos que desencadenan y mantienen las diferentes conductas y respuestas del sujeto, permitiéndoles reinterpretar sus síntomas con explicaciones veraces y basadas en el respaldo científico.

Duración: 60 minutos

Participantes: los adolescentes que cursan el décimo años de Educación Básica

Procedimiento: la sesión se la llevara a cabo en el auditorio de la Unidad Educativa, a los estudiantes se los dividirá por paralelo para que no se aglomeren y el aprendizaje sea significativo para los mismos.

Dinámica:

EL CÍRCULO

Según sea el número de componentes de nuestro grupo formaremos subgrupos de en torno a 5 personas. Los miembros de cada subgrupo formarán un círculo a excepción de uno, que quedará en el interior de ese círculo. Las personas que forman el círculo deberán estar muy pegadas entre sí de manera que no quede ningún espacio entre ellas. De esta manera la persona que está dentro del círculo se balanceará hacia los lados, adelante o detrás siendo sus compañeros los que deban evitar que se caiga y además impulsen de nuevo. Después de un par de minutos de suaves zarandeos cambiará el turno a otro compañero y así hasta que todos los miembros del grupo hayan sido zarandeados. Al finalizar la dinámica compartir en grupo verbalmente las sensaciones vividas.

Desarrollo:

Agresividad

Definición

La agresividad es una conducta propensa a faltar el respeto, incitando u ofender, esta conducta va dirigido con un fin claro. Este objetivo, se trata de alejarse de todo aquel que sea una amenaza, y como consecuencia descargas de la hostilidad, entre otras, con el uso intencional del poder y la fuerza, como amenaza, hacia uno mismo y al prójimo como a un grupo, que genere o intente lesionar (Fretell, 2017).

Tipos de agresiones

Agresión Reactiva

La agresión reactiva está fundada en el modelo de frustración– agresión, comportamiento que ocurre como reacción a una amenaza percibida y que puede estar conexas con una activación emocional intensa, altos niveles de impulsividad, hostilidad y déficits en el procesamiento de la información (Raine et al., 2006).

Agresión Proactiva

Es una habilidad que la persona ejecuta para lograr un beneficio, conocida como de “sangre fría” y controlada, afin con una ausencia de activación o sentimientos de ira. Los adolescentes con este tipo de agresión no suelen exponer contrariedades en la regulación de sus emociones, existiendo una conexión entre este tipo de conductas y una cadena de peculiaridades propias de jóvenes con inconvenientes de conducta antisocial (White y Frick, 2010).

Agresión física / verbal.

Autor Valzelli (1983), distingue entre agresión física, verbal. La agresión de tipo físico se ocasiona por contacto directo con los adversarios, implica un ataque a una entidad por medio de conductas motoras y acciones físicas, lo cual involucra daños corporales. La agresión verbal tiene su forma de expresión en el lenguaje y es una respuesta oral dañina para el otro.

Agresión directa / indirecta.

La agresión directa involucra un compromiso activo del agresor a la hora de perjudicar a la víctima; mientras que la agresión indirecta se identificaría por una falta de acción a la hora de responder activamente a lo que causa el daño, la mayor parte de los actos agresivos, tanto directos

como indirectos, son activos. Ejemplos agresión arma (directa), manifestar falsos rumores (indirecta) (Penado, 2012).

Factores que influyen en la conducta agresiva en los adolescentes

La familia, escuela, sociedad, cultura y variables personales, son algunas fuentes del comportamiento agresivo. La familia (por esquemas educativos y disciplina autoritaria, incoherencia en la disciplina, refuerzo de conductas agresivas y violentas); la escuela (por su disciplina autoritaria, desaparición de programas preventivos sobre violencia escolar, falta de cultura preventiva en la comunidad educativa); la sociedad y cultura (por la violencia, creencias, costumbres, medios de comunicación, valores sociales aceptados, modelos de sumisión, dominio y violencia). Y variables personales (por el temperamento, conductas violentas o sumisas durante la infancia, experiencias de haber sufrido maltrato y la edad) (Monjas & Avilés, 2003).

Por otro lado, Paz y Carrasco (2006) refieren que actualmente la tecnología, específicamente el internet, en los últimos años es un medio con mucha demanda, debido a que provee una gran variedad de fuentes de socialización para el avance educativo. Sin embargo, el uso de ello no siempre es el más adecuado, y al igual que muchos otros medios de comunicación están arraigados con mensaje agresivos que los adolescentes suelen imitar.

Sesión 3

HABILIDADES SOCIALES

Objetivo:

- Informar a los adolescentes sobre habilidades sociales con el propósito de ayudar a resolver situaciones de manera efectiva y estructurada con las demás personas, permitiendo de esta manera a los adolescentes interactuar y relacionarse correctamente con los demás, de forma

efectiva y mutuamente satisfactoria, a expresar sentimientos, deseos, opiniones o derechos de modo adecuado y asertivo.

Duración: 60 minutos

Participantes: los adolescentes que cursan el décimo años de Educación Básica

Procedimiento: la sesión se la llevara a cabo en el auditorio de la Unidad Educativa, a los estudiantes se los dividirá por paralelo para que no se aglomeren y el aprendizaje sea significativo para los mismos

Dinámica:

Afirmaciones en grupo

Se elige un tema concreto para opinar sobre él. Cada miembro escribe en una tarjeta sus ideas. Posteriormente se hace la puesta en común, escribiendo en la pizarra las afirmaciones sobre las que hay acuerdo y sobre las que hay desacuerdo. Luego se entabla el debate. También cabe proponer unas preguntas determinadas sobre las que tiene que opinar cada uno de los participantes.

Desarrollo:

Definición:

Son el conjunto de estrategias de conducta y las capacidades para aplicar dichas conductas que nos ayudan a resolver una situación social de manera efectiva. Permiten expresar los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de modo adecuado a la situación en la cual el individuo se encuentra mientras respeta las conductas de los otros. Así, nos hacen mejorar nuestras relaciones interpersonales, sentirnos bien, obtener lo que queremos y conseguir que los demás no nos impidan lograr nuestros objetivos.

Tipos

Habilidades sociales básicas:

- Escuchar
- Iniciar una conversación
- Formular una pregunta
- Dar las gracias
- Presentarse
- Presentar a otras personas

Habilidades sociales complejas:

- **Empatía.** Capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona.
- **Inteligencia emocional.** La inteligencia emocional es la habilidad social de una persona para manejar los sentimientos y emociones, discriminar entre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir los propios pensamientos y acciones
- **Asertividad.** Habilidad para ser claros, francos y directos, diciendo lo que se quiere decir, sin herir los sentimientos de los demás ni menospreciar la valía de los otros.
- **Capacidad de escucha.** Ser capaz de escuchar con comprensión y cuidado, entendiendo lo que la otra persona quiere decir y transmitiendo que hemos recibido su mensaje.
- **Capacidad de comunicar sentimientos y emociones.** Poder manifestar ante las demás personas nuestros sentimientos de una manera correcta, ya sean positivos o negativos.

- **Capacidad de definir un problema y evaluar soluciones.** Habilidad social de una persona para analizar una situación teniendo en cuenta los elementos objetivos, así como los sentimientos y necesidades de cada uno.
- **Negociación.** Capacidad de comunicación dirigida a la búsqueda de una solución que resulte satisfactoria para todas las partes.
- **Modulación de la expresión emocional.** Habilidad de adecuar la expresión de nuestras emociones al entorno.
- **Capacidad de disculparse.** Capacidad de ser conscientes de los errores cometidos y reconocerlos.
- **Reconocimiento y defensa de los derechos propios y de los demás.** Habilidad de ser consciente de nuestros derechos y los de los demás y defenderlos de una manera adecuada.

¿Para qué sirven las habilidades sociales?

Nos permiten relacionarnos con los demás de manera satisfactoria, por lo que son imprescindibles en cualquier ambiente que nos podamos encontrar (en familia, en el trabajo, en la calle, en el colegio, etc) (Flores, 2017).

Sesión 4:

Relaciones Interpersonales

Objetivo:

- Informar a los adolescentes sobre las relaciones interpersonales con el propósito de ayudar a resolver situaciones de manera efectiva y estructurada con las demás personas.

Duración: 60 minutos

Participantes: los adolescentes que cursan el décimo años de Educación Básica

Procedimiento: la sesión se la llevara a cabo en el auditorio de la Unidad Educativa, a los estudiantes se los dividirá por paralelo para que no se aglomeren y el aprendizaje sea significativo para los mismos

Dinámica:

La gallinita ciega

Todos los participantes se colocan en círculo menos la “gallinita ciega” que se encuentra en el centro y con los ojos tapados. Después de dar tres vueltas sobre sí misma se dirigirá hacia cualquiera del círculo y palpará su cara para reconocerlo. Si lo consigue, intercambiaran su papel.

Desarrollo:

Definición

Es el conjunto de vínculos e interacciones establecidas entre seres humanos o personas, determinadas por factores como la etapa de la vida y el rol o papel desempeñado en un ámbito social específico (Ibarguen, 2014).

Tipos de Relaciones Interpersonales

- **Relaciones íntimas/relaciones superficiales:** las primeras aparecen cuando se busca satisfacer una necesidad afectiva o una necesidad básica a partir del vínculo con otra persona. Pueden producirse asimetrías, como se da en la relación entre un paciente y su médico, ya que mientras para el paciente esta será posiblemente una relación íntima, para el médico tal vez sea, por obvias razones profesionales, más superficial. En el caso de que las relaciones de ambos no estén bien afianzadas, podrá surgir un conflicto.

- **Relaciones personales/relaciones sociales:** la identidad personal suele perder peso ante los modelos que la sociedad a menudo impone sobre el sujeto. El ejemplo antes mencionado, del conflicto que puede surgir entre el médico y el paciente, aplica también en este sentido, ya que el paciente necesita de una atención personalizada y espera ese tipo de atención, pero suele suceder que el médico se comporta como un trabajador que sólo está allí por un vínculo social y no personal. Es decir, los enfermos componen un grupo social y los médicos, otro, y entre ellos predomina la identidad social por sobre la individual.
- **Relaciones amorosas:** los componentes de intimidad, pasión y compromiso se agrupan para dar con el tipo de relación que se tendrá: podrá ser formal, de amistad, romántica, de apego o plena, si se equilibran perfectamente. Si vamos al mismo ejemplo que antes, puede decirse que la relación que busca el paciente con el médico es de apego, mientras que la que puede ofrecer el médico es formal, dado que debe estar en contacto con muchos pacientes (Enciclopedia, 2017).

7. DISCUSIÓN

La adolescencia es un periodo de la vida en la que el ser humano experimenta transformaciones y transiciones, en aspectos tales como el biológico, psicológico, emocional, social e intelectual.

Tal y como lo menciona Musalem Ricardo (2016), que de este proceso emerge como resultado una persona con cambios cuantitativos y cualitativos en su estructura y organización, que le ayudan a ir por el mundo social y cultural como un ser con una identidad definida, con un proyecto personal propio y significativo. Además, es importante mencionar que a este proceso se suman algunos factores socioculturales que pueden actuar como catalizadores, activadores y moduladores de estos cambios, tanto en dirección a la adaptación como en dirección a la psicopatología

En la necesidad de adaptarse a los nuevos cambios en el desarrollo inherente a esta etapa vital y a las demandas del entorno. En la adolescencia suelen surgir distintas alteraciones entre las cuales se encuentra la impulsividad, la cual conduce al dilema del control, un control rígido que genera ansiedad y cambios anímicos, concluyen un aumento no solo en los cambios anímicos o en la inestabilidad emocional, sino también en la conducta agresiva, desde los últimos años de la infancia hasta la adolescencia (Mestre, Samper, tur-Porcar, 2012).

De acuerdo a los datos obtenidos en la investigación, se demostró que las variables de ansiedad y conductas agresivas, se relacionan de manera significativa, es decir, que dentro de la adolescencia existen o se provocan cambios o alteraciones, que pueden correlacionarse. Se complementa el análisis determinando el valor de Rho de Spearman de 0,282 (correlación positiva media), y un p valor menor a 0,05 indicativo de relación significativa ($p=0,00$). Se concluye que existe una relación directa proporcional. En una muestra de 154 adolescentes, de 13 a 17 años de edad, de ambo sexos, de los décimos años de Educación Básica. De la misma manera la investigación efectuada por Málaga Belén (2017), en su trabajo denominado “Ansiedad y

agresividad en estudiantes de secundaria de instituciones educativas nacionales del distrito de Ancón, 2017”, cuyas edades oscilaban entre 12 a 16 años, corrobora la relación directa, positiva y significativa entre ansiedad y agresividad, con una correlación de 0.813, asumiendo un valor de $\rho=0.813$, siendo significativa (sig. <0.00). Así mismo los resultados del estudio por Joronda Luz (2017) denominado, “Ansiedad y agresividad en estudiantes del 4to y 5to de secundaria de instituciones educativas públicas de Los Olivos, 2017”, cuyos rangos de edad oscila entre los 14 y los 17 años, afirma que la ansiedad y agresividad presentan una correlación significativa, directa y fuerte ($r=0.860$); es decir, que, a mayor nivel de ansiedad, mayor será la respuesta agresiva de los adolescentes.

Es así que James (1994), confirma que la ansiedad es el impulso del sistema nervioso como resultado de estímulos externos, por una variación en la comunicación entre el cerebro y el resto del cuerpo, creando en los individuos reacciones involuntarias, en este caso los adolescentes manifiestan estas acciones a través de la agresividad.

Además, en el trabajo investigativo se evaluó los niveles de ansiedad a través del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad en la versión para adolescentes (ISRA-J) (Anexo 3, tabla 3), demostrando que la mayor parte de la población de estudio, con un 46% presentan ansiedad moderada, seguida de ansiedad severa con un 34%. La literatura menciona que en la adolescencia existiría ansiedad la misma que a niveles bajos puede ser una expresión normal, asociada a las nuevas experiencias y periodos críticos del desarrollo, permitiendo la adaptación y el uso de estrategias de afrontamiento a partir de procesos de adquisición, dominio de habilidades y maduración cognitiva. Sin embargo, en niveles altos puede constituir un estado patológico, influido por la vulnerabilidad genética, causas biológicas, experiencias de vida, contextos sociales y familiares (García, 2016). Al igual que el estudio por Ordoñez Luis (2017), denominado “La

depresión y ansiedad en los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja, periodo 2017)”, en el cual se estableció los grados de ansiedad, como el 40,8% presenta ansiedad leve y el 34,1% presenta ansiedad moderada-grave, para lo cual participaron 179 adolescentes, la evaluación se la realizó por medio del test de ansiedad y depresión de Hamilton.

La investigación realizó un gran aporte porque se evaluaron las diferentes áreas como la cognitiva y fisiológica-motor, en la que los adolescentes podrían estar presentando dificultades en su normal desenvolvimiento. Mostrando que, en la Respuesta Cognitiva, el 48% presentan Ansiedad Severa y en la Respuesta Fisiológica-Motor, el 33% presentan ansiedad moderada. Lo cual se evidencia con lo expuesto por Spielberg (1979) en donde sustenta que la naturaleza anticipatoria de la ansiedad puede en algunos momentos ser adaptativa, pero en otros desadaptativa. En el primer caso, la ansiedad leve o moderada cumple una función favorecedora para la persona en cuanto forja un estado de alerta y de tensión que puede mejorar el rendimiento. Por el contrario, altos niveles de ansiedad pueden arrastrar a errores psicomotores o intelectuales, por su implicación en los procesos de memoria, dificultad en la concentración y, en general, a la modificación del funcionamiento psicológico del adolescente en este caso. Lo que demuestra que a altos niveles de ansiedad los adolescentes pueden presentar alteraciones a nivel intelectual como psicomotor y estas influir en su normal desempeño en las diferentes áreas de desenvolvimiento de los mismos (Contreras, Espinosa, Esquerra, Haikal, Polanía y Rodríguez, 2005).

Por último, la investigación midió los niveles de agresividad a través del Cuestionario de Agresión Reactiva-Proactiva (RPQ), demostrando que el 54% presentan agresión reactiva leve, el 43% presentan agresión reactiva moderada y el 3% presentan agresión reactiva grave. Y en la Agresión Proactiva, 97% presentan agresión proactiva leve y 3% presentan agresión proactiva

moderada. Al igual que en el estudio de, “Características de las conductas agresivas de los estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato de la unidad educativa César Dávila Andrade de la ciudad de Cuenca periodo 2016”, población que se evaluó a través del cuestionario de agresión (RPQ), se demuestran porcentajes similares al del estudio realizado en donde, el 59,3% presentan agresión reactiva leve, el 33,8% presentan agresión reactiva moderada y el 6,9% presentan agresión reactiva grave. Sin embargo los resultados difieren en agresión proactiva en donde, el 84,7% presentan agresión proactiva leve, el 8,8% presentan agresión proactiva moderada y el 6,5% presentan agresión proactiva grave (Merchán, Morocho, 2016). Por otro lado, en la investigación denominada “Clima Social Familiar y Agresividad en adolescentes de 3ero, 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa Parroquial San Columbano, Lima-Perú 2017”. Para efectos del estudio se utilizó una muestra de 173 adolescentes. El instrumento a emplear fue el cuestionario de agresión (RPQ), demostrando que el 49,7% presentan agresión reactiva grave, el 10,3% agresión reactiva moderada y el 40% agresión reactiva leve. En agresión proactiva el 47% presenta agresión proactiva leve, el 19,7% presenta agresión proactiva moderada y el 33,3% presentan agresión proactiva grave (Arangoitia, 2017). Por los resultados demostrados, la agresividad en la vida del adolescente puede iniciarse por diversos acontecimientos como, impulsividad, el exceso de ruidos, la desmotivación, aburrimiento, alcohol y drogas, en donde la poca tolerancia a la frustración puede ser la realidad más difícil, ya que esta podría producir ira y esta encaminar a la agresividad, los comportamientos agresivos comienzan a manifestarse en la niñez temprana y adquieren su máxima expresión durante la adolescencia. La presencia de comportamientos agresivos a edad temprana es un predictor de comportamientos delictivos posteriores, desadaptación laboral y problemas de relación interpersonal (Odgers y Russell, 2009).

Las consecuencias de la agresividad a nivel individual como social son un fenómeno complejo y multidimensional. Diferentes factores de riesgo motivan la aparición de comportamientos agresivos, ayudando a que estos se originen. Estas conductas agresivas se realizan continuamente en los adolescentes, esto se produciría porque si no consiguen lo que ambicionan o porque los planes que tiene no salen como ellos esperan, se tornan intransigentes llegando a la frustración y reaccionando de forma impulsiva y agresiva con los que les rodean, esto sería a consecuencia de que no han sido educados para ser tolerantes, generando en ellos actitudes agresivas ante lo imprevisto.

8. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos concluir que:

- Los adolescentes que cursan el décimo año de educación básica de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo presentaron relación entre los niveles de ansiedad y agresividad, lo que comprueba la correlación que existe entre las variables, demostrando que a niveles altos de ansiedad se presentan conductas agresivas.
- La frecuencia en la que se presentó mayor porcentaje fue en la Respuesta Cognitiva con ansiedad severa y en la Respuesta Fisiológica-Motor con ansiedad moderada. En esta etapa de la vida que es la adolescencia la ansiedad origina reacciones psico-biológicas en donde los sistemas orgánicos están afectados como: el fisiológico y el cognitivo, por lo que se formaría un retrato de sí mismo del ambiente temido y además un pensamiento dañino de lo que puede suceder, ocasionando en la persona ansiedad tanto a nivel cognitivo y fisiológica-motor (Ruiz, Lago 2005).
- Al medir los niveles de Agresividad, los adolescentes presentaron mayor porcentaje en Agresión Reactiva leve y moderada. Mientras que en Agresión Proactiva fue leve.

9. RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones se puede recomendar:

- Dentro de la adolescencia existen cambios psico-fisiológicos, por ende, se sugiere prestar más atención en las zonas próximas de desvalimiento de los adolescentes como en el colegio y la familia, con el fin de brindar intervención de forma inmediata ante la presencia de ansiedad y agresividad y de esta manera evitar que interfieran en su normal desarrollo.
- Proporcionar al Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) de la Unidad Educativa, el Programa Psicoeducativo en entrenamiento de habilidades sociales, enfocado en reducir, los niveles de ansiedad y conductas agresivas en los adolescentes que cursan el décimo año de educación básica de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Agualongo, N. (2018). Adolescencia: Diferencia entre Ecuador y España. *Fiction Today*. Recuperado de <http://www.miperiodicodigital.com/2018/grupos/fictiontoday-163/diferencias-ecuador-espaa-1456.html>.
- Anderson, C.A. y Bushman, B. (2002). Agresión Humana. *Revisión anual de Psicología*, 53, 27-51.
- Andreu, J.M, Peña, M.E. y Ramírez, J.M. (2009). Cuestionario de agresión reactiva y proactiva: un instrumento de medida de la agresión en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(1), 37 – 49.
- Arangoitia, A. (2017). Clima Social Familiar y Agresividad en adolescentes de 3ero, 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa Parroquial San Columbano. Tesis licenciada en Psicología. Universidad Cesar Vallejo. Perú. Recuperado de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/3617/Arangoitia_PAI.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Arenas, S. (2009). Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
- Apaza, B. (2018). *Experiencia de adolescentes en situación de abandono y/o riesgo social del centro de atención residencial “San José”*. Tesis Pregrado. Universidad Nacional de San Agustín. Perú. Recuperado de <http://190.119.213.91/bitstream/handle/UNSA/5564/PSapcrbp.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Báez K., (2009). Ansiedad: como controlarla. Guías de educación sanitaria 2.1-16.

- Barranco, R. (2015). Técnicas cognitivas: Autocontrol. *Blogdepsicologia*. Recuperado de <https://www.blogdepsicologia.com/autocontrol/>
- Bolaños M. (2014). Niveles de ansiedad en estudiantes de psicología clínica e industrial de la Universidad Rafael Landívar de tercer año de la jornada vespertina que están por iniciar las prácticas de intervención psicológica. (Tesis pregrado). Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
- Buss A. y Perry, M. (2004) El cuestionario de agresión. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 63(3), 452-459. Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Bolanos-Maricarmen.pdf>
- Carrión, F. (2012). Análisis FODA. *Secretaria de Salud*. Recuperado de <http://www.cca.org.mx/funcionarios/cursos/ap089/apoyos/m3/analisis.pdf>
- Cano, A. (2015). Índice de preguntas y Respuestas Frecuentes. *Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)*. Recuperado de https://webs.ucm.es/info/seas/faq/fob_soc.htm
- Cano, Vindel, A. (2003). Desarrollos actuales en el estudio del control emocional. *Ansiedad y Estrés*, 9(2), 203-229.
- Contreras, F., Espinosa, J., Esguerra, G., Haikal, A., Polanía, A. y Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1 (2), 183-194.
- Castillo, V., (2013). “Modelo de Intervención Psicológico Integrativo en Adolescentes Víctimas De Violencia en el Centro De Apoyo Integral Hogar Renacer”. Septiembre 2012- marzo 2013”. (Tesis pregrado). Universidad Nacional de Loja. Loja-Ecuador.

- Caza, G. (2014). *“La autoestima y la conducta agresiva en los estudiantes de los séptimos años de educación básica de la escuela Pedro Vicente Maldonado de la ciudad de Baños de Agua Santa”*. Tesis de Pregrado. Universidad Técnica de Ambato. Ambato-Ecuador
- Corbí, B. y Pérez-Nieto, M.A. (2011). *Estilos de afrontamiento en el consumo de alcohol adolescente*. Póster presentado en las XXXVIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Madrid. Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero37/article8/article8.pdf>
- Clark D. y Beck A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Ciencia y práctica. España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Crean, H. (2004). Apoyo social, conflictos, factores estresantes en la vida y estrategias de adaptación adaptativa en estudiantes latinos de escuela intermedia: Un modelo integrador. *Diario de investigación de adolescentes*, 19, 657-676
- Crick, N. y Dodge, K. (1994). Una revisión y reformulación del procesamiento de la información social mecanismos en el ajuste social de los niños. *Boletín psicológico*, 115, 74-101.
- Delval, J. (1996). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo XXI.
- Diverio, I. (2015). *La adolescencia y su interrelación con el entorno*. INJUVE. España. Recuperado de http://www.injuve.es/sites/default/files/LA%20ADOLESCENCIA%20y%20%20entorno_completo.pdf
- Enciclopedia de Clasificaciones (2017). *"Tipos de Relaciones Interpersonales"*. Recuperado de: <https://www.tiposde.org/ser-humano/842-tipos-de-relaciones-interpersonales/>
- ENCICLOPEDIA DE PSICOLOGÍA (2001). *La adolescencia*. Barcelona. Editorial Océano.

- Fernández, M. (2005). *Relaciones Familiares y Ajuste en la adolescencia*. Tesis Doctoral. Universidad de Valladolid Departamento de Psicología. España. Recuperado de https://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis_manuela.pdf
- Fernández, M. (2016). *Comparación del padecimiento del nivel de ansiedad, entre un grupo de empleados que trabajan en horario nocturno y un grupo de horario diurno en un Call Center*. Tesis de Pregrado. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
- Fretell, G. (2017). "Agresividad y Ansiedad en pacientes drogodependientes de un Centro de Rehabilitación de Lima Sur - 2017". Tesis Pregrado. Universidad Cesar Vallejo. Perú. Recuperado de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/3251/Fretell_VGR.pdf?s
- Flores, T. (2019). Habilidades sociales: definición, tipos, ejercicios y ejemplos. Blogneuron. Recuperado de <https://blog.neuronup.com/habilidades-sociales-cuales-son-ejemplos-para-que-sirven/>.
- Galán, S. & Sánchez, M. (2004). El enfoque de la salud desde la perspectiva psiconeuroinmunológica. *Psicología y Salud*, 14,279-285
- Garaigordobil, M. (2005). Conducta antisocial durante la adolescencia: Correlatos socioemocionales, predictores y diferencias de género. *Psicología Conductual*, 13 (2), 1-20.
- García, R. (2016). Trastornos ansiosos en niños y adolescentes. *Psicopatología infantil y de la adolescencia*.2, 451-468.
- García, A. (2017). Técnica de Resolución de Problemas: ¿Te es difícil tomar una decisión? Cognifit: Salud, Cerebro y Neurociencia. Recuperado de <https://blog.cognifit.com/es/tecnica-de-resolucion-de-problemas/>.

- Gregory AM, Eley, C. (2007). Influencias genéticas sobre la ansiedad en los niños: lo que hemos aprendido y hacia dónde nos dirigimos. *Revisión clínica de psicología infantil y familiar* 10: 199-212
- Gómez, K. (2018). Trastornos de ansiedad. MayoClinic. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>.
- González, P., Carrasco M., Gordillo R., Del Barrio, Holgado F. (2011). La agresión infantil de cero a seis años. Madrid: Visión Libros.
- Glover, M. (2018). Técnicas de terapia cognitivo-conductual para la ansiedad. *Psicología Online*. Recuperado de <https://www.psicologia-online.com/tecnicas-de-terapia-cognitivo-conductual-para-la-ansiedad-3879.html>
- Hurlock, E. (2000). Psicología de la adolescencia. Buenos Aires: Paidós
- Ibarguen, L. (2014). *Relaciones Interpersonales y Calidad de Vida en la Adolescencia (12 a 16 años)*. Tesis Pregrado. Universidad del Valle. Colombia.
- Iglesias, J.L. (2013). Desarrollo del adolescente: Aspectos Físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*. XVII (02).88-93.
- James, W. (1994). *Extractos de "Qué es una emoción"*. Universidad de Valencia. 9, 188-205. Recuperado de <https://www.uv.es/choliz/TextoJames.pdf>.
- Joronda, L. (2017). *"Ansiedad y agresividad en estudiantes del 4to y 5to de secundaria de instituciones educativas públicas de Los Olivos, 2017"*. Tesis en licenciada de Psicología. Universidad Cesar Vallejo. Perú. Recuperado de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/11307/Joronda_LLA.pdf?sequence=6&isAllowed=y.

- Kawabata, Y., Alink, L., Tseng, T., Van Ijzendoorn, M. y Crick, N. (2011). Maternal y paternal Estilos parentales asociados con la agresión relacional en niños y adolescentes: A Análisis conceptual y revisión meta analítica. *Revisión del desarrollo*, 31, 240-278
- Long, J., y Pellegrini, A. (2003). Estudiar el cambio en el dominio y la intimidación con lineal mixto modelos. *Revista de Psicología Escolar*.32(3), 401-417.
- López – Romero, L., Romero, E. y González – Iglesias, B. (2011). Delimitando la agresión adolescente: estudio diferencial de los patrones de agresión reactiva y proactiva. *Revista Española de Investigación Criminológica*.9, 1 – 29.
- López, A. (2014). “Autoestima y conductas agresivas en jóvenes” (Estudio realizado en instituto Básico por Cooperativa de Mazatenango, Suchitepéquez). Tesis de posgrado. Universidad Rafael Landívar: Facultad de Humanidades Campus de Quetzaltenango. Quetzaltenango.
- Lozano, V. (2014). Teorías sobre la adolescencia. Última década.22(40). España. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362014000100002
- Málaga, B. (2017). *Ansiedad y agresividad en estudiantes de secundaria de instituciones educativas nacionales del distrito de Ancón, 2017*”. Tesis en licenciada de Psicología. Universidad Cesar Vallejo. Perú. Recuperado de http://181.224.246.201/bitstream/handle/UCV/3316/Malaga_TBDR.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Mendieta, J. (2013). La técnica de las Autoinstrucciones (Guía Tu mente). *Gabinete de Psicología MYM*. Recuperado de <https://www.gabinetedepsicologia-mm.com/2013/02/21/gu%C3%ADa-tu-mente/>
- Merchán, Z. y Morocho, S. (2016). Características de las conductas agresivas de los estudiantes de primero, segundo y tercero de Bachillerato de la Unidad Educativa “Cesar Dávila

- Andrade. Cuenca, 2016". Tesis en licenciado en enfermería. Universidad de Cuenca. Cuenca. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25270/1/Proyecto%20de%20Investigaci%C3%B3n.pdf>
- Mestre, V., Samper, P., Tur-Porcar, A. (2012). Emociones, estilos de afrontamiento y agresividad en la adolescencia. *Universitas Psychologica*.11(4),1263-1275. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v11n4/v11n4a20.pdf>.
- Miguel-Tobal J.J. y Cano-Vindel. A. (1985): Evaluación de respuestas fisiológicas. Cognitivas y motoras de ansiedad. *Informes de Psicología*, 4, 249-259.
- Miguel-Tobal J.J. y Cano-Vindel. A. (2007): *Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad. Psicología Aplicada. (6.)*: TEA. Ediciones, S.A. Madrid.
- Mingote C. (2008). *El malestar de los jóvenes contextos, raíces y experiencias*. Madrid: Ediciones Díaz Santos S.A.
- Moreno P. (2008). *Supera la ansiedad y el miedo: Un programa paso a paso*. (8°. ed) España: Desclae de brouwer, S.A
- Monjas, M. y Avilés, J. (2003). *Programa de sensibilización contra el maltrato entre iguales*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Montiel, V., Guerra, V. (2016). La Psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista cubana de Salud Pública*. 42(2),332-336. Recuperado de https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v42n2/spu16216.pdf

Moll, S. (2015). 7 Técnicas asertivas para afrontar con éxito una discusión. Justifica tu Respuesta.

Recuperado de <https://justificaturespuesta.com/tecnicas-asertivas-para-afrontar-discusion/>

Muñoz F., (2000). Adolescencia y Agresividad. (Tesis doctoral). Universidad Complutense:

Facultad de Psicología. Madrid.

Musalem, R. (2016). El desarrollo adolescente y sus trastornos. *Psicopatología infantil y de la*

adolescencia.2, 49-68.

Ortega, L. (2015). Reestructuración Cognitiva: Técnicas y cómo se aplican. *Lifeder.com*.

Recuperado de <https://www.lifeder.com/reestructuracion-cognitiva/>.

Ortega, L. (2018). 27 Dinámicas de Grupo para Jóvenes y Adolescentes. *Lifeder.com*. Recuperado

<https://www.lifeder.com/dinamicas-grupo-jovenes/>

Odger, Cl, y Rusell, M. (2009). Se puede prevenir la violencia en el noviazgo adolescente a través

de programas basados en la escuela. *Pediatría y Adolescente*. 163, 767-768.

Paz, M. y Carrasco, A. (2006). Intervención psicológica en agresión: técnicas, programas y

prevención. *Acción psicológica*, 4(2), 83-105.

Penado, M. (2012). *Agresividad reactiva y proactiva en adolescentes: efecto de los factores*

individuales y socio-contextuales (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid:

Facultad de Psicología. Madrid

Piatti de Vázquez, L. (2010) Psicología, 2º Curso, Editorial Don Bosco, Asunción.

Raine, A., Dodge, K., Loeber, R., Gatzke-Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, C., Stouthamer-Loeber

y Liu, J. (2006). El cuestionario de agresividad reactiva-proactiva: correlatos diferenciales

de la agresividad reactiva y proactiva en adolescentes varones. *Comportamiento agresivo*,

32, 159-171.

- Ríos, D. (2011). Las emociones: Comprenderlas para vivir mejor. *Aecc Contra el Cáncer*. Recuperado de <http://sauce.pntic.mec.es/falcon/emociones.pdf>
- Rojas, E. (2009). La Ansiedad: cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones (8a. ed.) España: Editorial temas de hoy.
- Rodríguez, A. (2019). Sociodrama: para qué sirve, estructura y cómo se hace. *Lifeder.com*. Recuperado de <https://www.lifeder.com/sociodrama/>
- Ruiz, A., Lago, B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. *Actualización en pediatría*. Madrid: Exlibris Ediciones; p. 265-280. Recuperado de https://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf
- Sánchez, J. (2018). Cómo combatir la ansiedad: Guía de técnicas esenciales. Área Humana: Investigación, Innovación y Experiencia en Psicología. Recuperado de <https://www.areahumana.es/como-combatir-la-ansiedad/>
- Sánchez, P. (2015). Técnicas de modelado y entrenamiento en habilidades sociales. *Psicología UNED*. Recuperado de <http://psicologia.isipedia.com/tercero/tecnicas-de-intervencion-cognitivo-conductuales/06-tecnicas-de-modelado-y-entrenamiento-en-habilidades-sociales>
- Sánchez, T. (2018). Que es la autoestima: Definición, significado y tipos de autoestima. *Diariofemenino*. Recuperado de <https://www.diariofemenino.com/articulos/psicologia/autoestima/que-es-la-autoestima-definicion-significado-y-tipos-de-autoestima/>
- Serrano, J., Rengel E. (2000). La transición adolescente y la educación. Aprendizaje y desarrollo de la personalidad.1-16.
- Tobal M., J.J. (1996): La ansiedad. Guías Prácticas: Psicología y bienestar. Madrid: Aguilar.

- Tobal M., J.J. (1985): Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad: Elaboración de un instrumento de medida (JSRA). (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Valzelli, L. (1983). Psicobiología de la agresión y la violencia. Madrid: Alhambra
- Wicks-N., R. I., A. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. España: Prentice Hall.
- Williams, P., Holmbeck, G. y Greenley, R. (2002). Psicología de la salud del adolescente. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 70, 828-842.
- White, S.T. y Frick, P.J. (2010). Rasgos no emocionales y su importancia para modelos causales de comportamiento antisocial severo en jóvenes. *Manual de psicología infantil y adolescente*. 135 - 156. Nueva York: The Guilford Press.

ANEXOS

Anexo N°1: A probación del proyecto de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Of. Nro. 486-DPSCL-FSH-UNL
 Loja, 26 de noviembre de 2018

Señor
 Byron Agustín González Torres
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
 Ciudad.

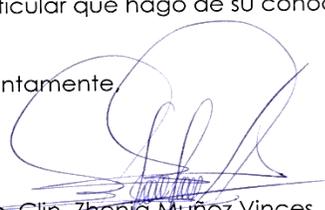
De mi consideración:

Por medio del presente; y, dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133 y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009", y de acuerdo al pedido de anulación del tema, solicitado por usted en petición de fecha 12 de noviembre del año en curso; me permito comunicarle que su Tema aprobado mediante Of. Nro.345-DPSCL-FSH-UNL, de 27 de julio de 2018, "INCIDENCIA ENTRE LAS CONDUCTAS AGRESIVAS Y NIVEL DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES QUE CURSAN EL DÉCIMO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA ADOLFO VALAREZO, PERIODO SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2018.". Me permito informarle que el mencionado tema **queda anulado**.

Asimismo, se aprueba el nuevo tema "**RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y CONDUCTAS AGRESIVAS EN ADOLESCENTES QUE CURSAN EL DÉCIMO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA EN LA UNIDAD EDUCATIVA ADOLFO VALAREZO. PERIODO 2018-2019**", por lo que debe continuar con el trámite respectivo, debiendo solicitar la PERTINENCIA en su estructura y coherencia del mencionado proyecto.

Particular que hago de su conocimiento para los fines consiguientes.

Atentamente,


 Psic. Clin. Zhenia Muñoz Vines., Mg. Sc.
GESTORA ACADÉMICA DE LA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Copia: CARPETA DEL ESTUDIANTE
 Archivo

ZMV/mltp

Anexo N°2: Autorización del establecimiento para la aplicación de los reactivos



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA
CLINICA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGIA

Of, N.- 173-CPC_FSH_UNL

Loja, 12 de Marzo de 2019

Doctora.

Priscila Alvarado Mgs

RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA ADOLFO VALAREZO

Ciudad.

De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo de la Gestora de la Carrera Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la UNL.

El presente tiene la finalidad de solicitar a Usted se digne autorizar al estudiante Sr. Byron Agustín Gonzales Torres, con cédula de identidad 11044683758 la aplicación de instrumentos de apoyo a la recolección de información en los años décimos paralelo "A, B, C, D, E, F" de la institución que usted acertadamente dirige, de esta manera el mencionado alumno podrá ejecutar la investigación de su proyecto de tesis titulado "**RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y CONDUCTAS AGRESIVAS EN ADOLESCENTES QUE CURSAN EL DECIMO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD ADOLFO VALAREZO, PERIODO 2018-2019**". Cabe señalar que adjuntamos la planificación del estudiante y el cronograma respectivo.

Seguros de contar con su colaboración para el fin solicitado, me suscribo de usted, con sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Ps. Cl. Zheria Muñoz Vince, Mg.Sc.
PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOTERAPEUTA
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA
CLÍNICA DE LA FSH.UNL
Archivo/mam



Recibido y autorizado
por
UNIDAD EDUCATIVA
"ADOLFO VALAREZO"
RECTORADO
LOJA - ECUADOR
03/03/15-03-2019

Anexo N°3: Otros Resultados

Tabla 1:

Caracterización de la población de estudio

Variables	Categorías	N°	%
Sexo	Hombre	56	36%
	Mujer	98	64%
Edad	13	12	8%
	14	106	69%
	15	25	16%
	16	8	5%
	17	3	2%
Curso y Paralelo	Decimo "A"	26	17%
	Decimo "B"	25	16%
	Decimo "C"	26	17%
	Decimo "D"	24	16%
	Decimo "E"	26	17%
	Decimo "F"	27	18%

Fuente: Registro de Datos de los Estudiantes de la Unidad Educativa "Adolfo Valarezo".

Autor: Byron Agustín González Torres

Análisis e Interpretación

En la presente tabla muestra la distribución de las variables sociodemográficas de la población encuestada, en cuanto al sexo 56 encuestados son de género masculino y 98 son femenino lo que corresponde al 36% y 64% respectivamente de la población total; de acuerdo a la edad el 8% (12) tienen 13 años de edad, el 69% (106) tienen 14 años de edad, el 16% (25) tienen 15 años, el 5% (8) tienen 16 años y el 2% (3) tienen 17 años de edad; en lo que respecta al nivel de instrucción, toda la población de estudio se encuentra cursando el Décimo Año de Educación Básica, distribuidos en seis paralelos de la siguiente manera: el 17% (26) pertenecen al paralelo "A", 16% (25) pertenecen al paralelo "B", 17% (26) pertenecen al paralelo "C", 16% (24) pertenecen al paralelo "D", 17% (26) pertenecen paralelo "E" y 18% (27) pertenecen al paralelo "F".

Tabla 2:

Niveles de ansiedad de acuerdo a las situaciones que establece en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad en la versión para adolescentes, ISRA-J.

		SITUACIONES DE ANSIEDAD							
		1	%	2	%	3	%	4	%
NIVELES	Mínima	25	16%	24	16%	12	8%	13	8%
	Moderada	68	44%	62	40%	65	42%	55	36%
	Severa	53	35%	52	34%	63	41%	77	50%
	Extrema	8	5%	16	10%	14	9%	9	6%

Fuente: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad en la versión para adolescentes, ISRA-J, aplicado a los Estudiantes de la Unidad Educativa “Adolfo Valarezo”.

Autor: Byron Agustín González Torres

Análisis e interpretación

En la presente tabla se muestra que, de la población encuestada mediante Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad en la versión para adolescentes, ISRA-J, en el apartado de Situaciones que posee el test se dieron los siguientes resultados.

Situación de Ansiedad Interpersonal-F1: 16% (25) encuestados presentan ansiedad mínima, 44%, (68) encuestados presentan ansiedad moderada, 35% (53) encuestados presentan ansiedad severa, 5% (8) encuestados presentan ansiedad extrema.

Situaciones de Ansiedad Cotidiana-FII: 16% (24) encuestados presentan ansiedad mínima, 40%, (62) encuestados presentan ansiedad moderada, 34% (52) encuestados presentan ansiedad severa, 10% (16) encuestados presentan ansiedad extrema.

Situación de Ansiedad Fóbica-FIII: 8% (12) encuestados presentan ansiedad mínima, 42%, (65) encuestados presentan ansiedad moderada, 41% (63) encuestados presentan ansiedad severa, 9% (14) encuestados presentan ansiedad extrema.

Situación de Ansiedad de Evaluación-FIV: 8% (13) encuestados presentan ansiedad mínima, 36%, (55) encuestados presentan ansiedad moderada, 50% (77) encuestados presentan ansiedad severa, 6% (9) encuestados presentan ansiedad extrema.

Tabla 3:
Niveles de globales de Ansiedad y según el género.

	Género						
	Hombres		Mujeres		Total		
	F	%	F	%	F	%	
Ansiedad	Mínima	12	8%	15	10%	27	18%
	Moderada	31	20%	40	26%	71	46%
	Severa	12	8%	41	27%	53	34%
	Extrema	1	1%	2	1%	3	2%
	Total	56	36%	98	64%	154	100%

Fuente: Resultados de la ansiedad

Autor: Byron Agustín González Torres

Análisis e interpretación

En la presente tabla se muestra la frecuencia con la que se presenta la Ansiedad según el género y de manera global, mediante el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad en la versión para adolescentes, ISRA-J evidenciándose los siguientes resultados.

A nivel global el 18% (27) presentan ansiedad mínima, el 46% (71) ansiedad moderada, el 34% (53) ansiedad severa y el 2% (3) ansiedad extrema. En la población de mujeres el 10% (15) presentan ansiedad mínima, el 26% (40) ansiedad moderada, el 27% (41) ansiedad severa y el 1% (2) ansiedad extrema.

Los hombres el 8% (12) presentan ansiedad mínima, el 20% (31) ansiedad moderada, el 8% (12) ansiedad severa y el 1% (1) ansiedad extrema.

Tabla 4:**Respuestas de ansiedad según el género.**

		GÉNERO					
		HOMBRE		MUJER		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
Ansiedad Cognitivo	Mínima	8	5%	5	3%	13	8%
	Moderada	22	14%	34	22%	56	37%
	Severa	21	14%	51	33%	72	47%
	Extrema	5	3%	8	6%	13	8%
	Total	56	36%	98	64%	154	100%
Ansiedad Fisiológico-Motor	Mínima	10	7%	8	5%	18	11%
	Moderada	21	14%	29	19%	50	33%
	Severa	14	9%	35	23%	49	32%
	Extrema	11	7%	26	17%	37	24%
	Total	56	37%	98	100%	154	100%

Fuente: Resultados de la ansiedad

Autor: Byron Agustín González Torres

Análisis e interpretación

En la presente tabla se muestra la frecuencia con la que se presenta la Ansiedad según el género, de acuerdo a las Respuestas Cognitivas y Fisiológica-Motor mediante Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad en la versión para adolescentes, ISRA-J evidenciándose lo siguiente:

Las mujeres en la respuesta cognitiva el 3% (5) ansiedad mínima, el 22% (34) ansiedad moderada, el 33% (51) ansiedad severa y el 6% (8) ansiedad extrema. En la respuesta fisiológica-motor el 5% (8) ansiedad mínima, el 19% (29) ansiedad moderada, el 23% (35) ansiedad severa y el 17% (26) ansiedad extrema mientras que los hombres en la respuesta cognitiva el 5% (8) ansiedad mínima, el 14% (22) ansiedad moderada, el 14% (21) ansiedad severa y el 3% (5) ansiedad extrema. En la respuesta fisiológica-motor el 7% (10) ansiedad mínima, el 14% (21) ansiedad moderada, el 9% (14) ansiedad severa y el 7% (11) ansiedad extrema.

Tabla 5:

Situaciones de ansiedad según el género.

		GÉNERO					
		HOMBRE		MUJER		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
Situación 1	Mínima	12	8%	13	8%	25	16%
	Moderada	27	17%	41	27%	68	45%
	Severa	15	10%	38	25%	53	34%
	Extrema	2	1%	6	4%	8	5%
	Total	56	36%	98	64%	154	100%
Situación 2	Mínima	15	10%	9	6%	24	16%
	Moderada	24	15%	38	25%	62	40%
	Severa	11	7%	41	27%	52	34%
	Extrema	6	4%	10	6%	16	10%
	Total	56	36%	98	64%	154	100%
Situación 3	Mínima	5	3%	7	5%	12	8%
	Moderada	26	17%	39	25%	65	42%
	Severa	18	11%	45	29%	63	41%
	Extrema	7	5%	7	5%	14	9%
	Total	56	36%	98	64%	154	100%
Situación 4	Mínima	5	3%	8	6%	13	8%
	Moderada	24	16%	31	20%	55	36%
	Severa	23	15%	54	35%	77	50%
	Extrema	4	2%	5	3%	9	6%
	Total	56	36%	98	64%	154	100%

Fuente: Resultados de la ansiedad

Autor: Byron Agustín González Torres

Análisis e interpretación

Situación de Ansiedad Interpersonal-F1: las mujeres el 8% (13) presentan ansiedad mínima, el 27% (41) ansiedad moderada, el 25% (38) ansiedad severa y el 4% (6) ansiedad extrema. Los hombres el 8% (12) presentan ansiedad mínima, el 17% (27) ansiedad moderada, el 10% (15) ansiedad severa y el 1% (2) ansiedad extrema.

Situaciones de Ansiedad Cotidiana-FII: las mujeres el 6% (9) presentan ansiedad mínima, el 25% (38) ansiedad moderada, el 27% (41) ansiedad severa y el 6% (10) ansiedad extrema. Los hombres el 10% (15) presentan ansiedad mínima, el 15% (24) ansiedad moderada, el 7% (11) ansiedad severa y el 4% (6) ansiedad extrema.

Situación de Ansiedad Fóbica-FIII: las mujeres el 5% (7) presentan ansiedad mínima, el 25% (39) ansiedad moderada, el 29% (45) ansiedad severa y el 5% (7) ansiedad extrema. Los hombres el 3% (5) presentan ansiedad mínima, el 17% (26) ansiedad moderada, el 11% (18) ansiedad severa y el 5% (7) ansiedad extrema.

Situación de Ansiedad de Evaluación-FIV: las mujeres el 6% (8) presentan ansiedad mínima, el 20% (31) ansiedad moderada, el 35% (54) ansiedad severa y el 3% (5) ansiedad extrema. Los hombres el 3% (5) presentan ansiedad mínima, el 16% (24) ansiedad moderada, el 15% (23) ansiedad severa y el 2% (4) ansiedad extrema.

Tabla 6:

Agresión Reactiva-Proactiva, según el género.

		GÉNERO					
		HOMBRE		MUJER		Total	
		F	%	F	%	F	%
Agresión Reactiva	Leve	31	20%	52	34%	83	54%
	Moderado	23	15%	43	28%	66	43%
	Grave	2	1%	3	2%	5	3%
	Total	56	36%	98	64%	154	100%
Agresión Proactiva	Leve	53	34%	97	63%	150	97%
	Moderado	3	2%	1	1%	4	3%
	Grave	0	0%	0	0%	0	0
	Total	56	36%	98	64%	154	100%

Fuente: Resultados de la ansiedad

Autor: Byron Agustín González Torres

Análisis e interpretación

Las mujeres en Agresión Reactiva el 34% (52) presentan leve, el 28% (43) moderada y el 2% (3) grave. Y en Agresión Proactiva el 63% (97) leve y el 1% (1) moderada.

Los hombres en Agresión Reactiva el 20% (31) presentan leve, el 15% (23) moderada y el 1% (2) grave. Y en Agresión Proactiva el 34% (53) leve y el 2% (3) moderada.

Tabla 7:**Verificación de resultados de correlación**

Estadísticos de prueba		
	Ansiedad	Agresividad
Chi-cuadrado	69,065 ^a	103,883 ^b
Gl	3	2
Sig. Asintótica	6,768	2,6674

Análisis e interpretación

En lo referente a la determinación de la significación estadística se establece que existe relación estadística en las variables de Ansiedad y Agresividad, valores que se encuentran fuera de la zona de aceptación de la Hipótesis nula (H_0) ($\chi^2_{\text{calc.}} = 69,065 > X^2_{T3Gl} = 7,815$; $\chi^2_{\text{calc.}} = 103,883 > X^2_{T2Gl} = 5,991$); además, se calcula el p valor de ambas variables ($P_1 = 6,768 \times 10^{-16}$; $P = 2,6674 \times 10^{-25}$), valores menores al alfa (α) (0,05), concluyendo en relación estadística significativa

Anexo N°4: Consentimiento informado

1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
PSICOLOGÍA CLÍNICA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Respetado Sr. Padre o madre de familia, o Representante legal del adolescente, por medio del presente documento le solicito a Usted, la participación voluntaria de su representado en la realización por escrito de unas pruebas psicológicas tituladas “Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) con el objetivo de medir respuestas de Ansiedad y el Cuestionario de Agresión Reactiva-Proactiva (RPQ, con el propósito de evidenciar características agresivas”, que estoy utilizando como parte de un ejercicio académico e investigativo, que tiene como objeto evaluar la relación entre Ansiedad y Conductas Agresivas para determinar si estas influyen en su comportamiento, en la Unidad Educativa Adolfo Valarezo, en los adolescentes que estén cursando décimo año de educación básica, estén matriculados legalmente y asistan a clases normalmente, la misma que será realizada de forma individual en las aulas del establecimiento, utilizando el horario en el que su representado asista a clases.

La información obtenida a partir de las respuestas en la prueba tendrá un carácter eminentemente confidencial de tal manera que el nombre de su representado no se hará público por ningún medio. Igualmente, usted podrá tener conocimiento de la interpretación de los resultados y puntuaciones obtenidas en la prueba.

En consideración a lo anterior, agradezco la participación voluntaria en la realización de esta prueba.

(Yo), portador de la cédula de ciudadanía número, expreso voluntaria y conscientemente mi deseo de que mi representado participe en la realización de la prueba en el lugar y hora prevista por el evaluador.

En constancia firma..... C.C:

Anexo N°5: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA-J)

I.S.R.A.-J ADOLESCENTES

Pollo Pérez, M.J.: Miguel Tobal, J.J.

Apellidos y Nombres: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Fecha: _____

Estudios/curso: _____ Otros datos: _____

INSTRUCCIONES

Las preguntas siguientes se refieren a cosas que te pueden suceder. Después de cada una de ellas, encontrarás los números:

0 significa: nunca o casi nunca

1 significa: pocas veces

2 significa a veces si, a veces no

3 significa: muchas veces

4 significa: siempre o casi siempre

Lee cada pregunta y contesta poniendo una cruz sobre el número que mejor indique las veces que te ocurre. No hay respuestas buenas o malas, todas sirven. Por ejemplo:

Nunca o casi nunca	Pocas veces	A veces si, a veces no	Muchas veces	Siempre o casi siempre
--------------------	-------------	---------------------------	--------------	---------------------------

a) Si me quedo sólo (a) en casa siento miedo...

0 ~~1~~ 2 3 4

Nunca o casi nunca	Pocas veces	A veces si, a veces no	Muchas veces	Siempre o casi siempre
--------------------	-------------	---------------------------	--------------	---------------------------

b) Si no sé contestar una pregunta en clase, me tiemblan las manos...

0 1 2 ~~3~~ 4

La persona que ha contestado estas preguntas nos dice que si se queda sólo (a) en casa, tiene miedo pocas veces, y si no sabe contestar una pregunta en clase, le tiemblan las manos muchas veces. Contesta todas las preguntas.

CUANDO ESTOY MUY CERCA DE UN CHICO (CHICA) QUE ME GUSTA:

Nunca o casi nunca	Pocas veces	A veces si, a veces no	Muchas veces	Siempre o casi siempre
--------------------	-------------	------------------------	--------------	------------------------

1. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme	0	1	2	3	4
2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como “soy inferior” a los demás, “soy torpe”, etc.	0	1	2	3	4
3. Me falta el aire y mi respiración es más rápida	0	1	2	3	4
4. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar	0	1	2	3	4
5. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes	0	1	2	3	4
6. Repito movimientos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, mover los pies, morderme las uñas, etc.)	0	1	2	3	4

SI TENGO QUE IR CON OTROS CHICOS (O CHICAS) QUE NO CONOZCO:

7. Me siento inseguro de mí mismo	0	1	2	3	4
8. Me cuesta concentrarme	0	1	2	3	4
9. Me tiemblan las manos o las piernas	0	1	2	3	4
10. El corazón me late muy deprisa	0	1	2	3	4
11. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes	0	1	2	3	4
12. Repito movimientos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, mover los pies, morderme las uñas, etc.)	0	1	2	3	4

SI VOY A VER A UN CHICO (O CHICA) QUE ME GUSTA:

13. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como “soy inferior” a los demás, “soy torpe”, etc.	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

14. Me falta el aire y mi respiración es más rápida	0	1	2	3	4
15. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar	0	1	2	3	4
16. Repito movimientos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, mover los pies, morderme las uñas, etc.)	0	1	2	3	4

A LA HORA DE DORMIR:

17. Me preocupo mucho	0	1	2	3	4
18. El corazón me late muy deprisa	0	1	2	3	4
19. Repito movimientos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, mover los pies, morderme las uñas, etc.)	0	1	2	3	4
20. Me muevo y hago cosas sin saber para qué	0	1	2	3	4

AUNQUE NO SUCEDA NADA EN CONCRETO:

21. Me preocupo mucho	0	1	2	3	4
22. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme	0	1	2	3	4
23. Me falta el aire y mi respiración es más rápida	0	1	2	3	4
24. Me muevo y hago cosas sin saber para qué	0	1	2	3	4

AL OBSERVAR PELEAR Y ESCENAS VIOLENTAS:

25. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como “soy inferior a los demás”, “soy torpe”, etc.	0	1	2	3	4
26. El corazón me late muy deprisa	0	1	2	3	4
27. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar	0	1	2	3	4
28. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes	0	1	2	3	4
29. Me muevo y hago cosas sin saber para qué	0	1	2	3	4

CUANDO VOY A TENER UN EXAMEN:

30. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como “soy inferior a los demás”, “soy torpe”, etc.	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

31. Me duele la cabeza	0	1	2	3	4
32. Me cuesta concentrarme	0	1	2	3	4
33. Me tiemblan las manos	0	1	2	3	4
34. Repito movimientos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, mover los pies, morderme las uñas, etc.)	0	1	2	3	4
35. Me muevo y hago cosas sin saber para qué	0	1	2	3	4

CUANDO TENGO QUE TOMAR UNA DECISIÓN:

36. No me concentro bien	0	1	2	3	4
37. Me siento inseguro	0	1	2	3	4
38. Me sudan las manos u otra parte de mi cuerpo hasta en días fríos.	0	1	2	3	4
39. El corazón me late muy deprisa	0	1	2	3	4
40. Me muevo y hago cosas sin saber para qué	0	1	2	3	4
41. Repito movimientos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, mover los pies, morderme las uñas, etc.)	0	1	2	3	4

ANTE LA CONSULTA DEL DENTISTA, LAS INYECCIONES, LAS HERIDAS O LA SANGRE:

42. Pienso que los demás se van a dar cuenta de mi preocupación o de lo torpe que lo hago	0	1	2	3	4
43. Me siento inseguro de mí mismo	0	1	2	3	4
44. Me falta el aire y mi respiración es más rápida	0	1	2	3	4
45. Me tiemblan las manos o las piernas	0	1	2	3	4
46. Me muevo y hago cosas sin saber para qué	0	1	2	3	4
47. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes	0	1	2	3	4

ISRA-J ADOLESCENTES (12-16 años)
HOJA DE PERFIL (Sistema de respuestas)

Puntuaciones directas				CLASIFICACIÓN
Puntuaciones Centiles				
	FISIOLÓGICO-MOTOR	COGNITIVO	TOTAL	
CENTILES	64 y + o	32 y + o	39 y + o	ANSIEDAD EXTREMA
99	48 y + o	29 y + o	30 y + o	
95	40 y + o	21 y + o	24 y o	ANSIEDAD SEVERA
90	O	o	o	
85	O	O	O	
80	O	O	O	
75	O	O	O	DE ANSIEDAD MODERADA A ANSIEDAD MARCADA
70	O	O	O	
65	O	O	O	
60	O	O	O	
55	O	O	O	
50	O	O	O	
45	O	O	O	
40	O	O	O	
35	O	O	O	
30	O	O	O	
25	O	O	O	AUSENCIA DE ANSIEDAD O ANSIEDAD MÍNIMA
20	O	O	O	
15	O	O	O	
10	O	O	O	
5	O	O	O	

ISRA-J ADOLESCENTES (12-16 años)
HOJA DE PERFIL (Rasgos específicos)

Puntuaciones directas					CLASIFICACIÓN
Puntuaciones Centiles					
	F-I	F-II	F-III	F-IV	
CENTILES	64 y + o	32 y + o	39 y + o	43 y + o	ANSIEDAD EXTREMA
99	48 y + o	29 y + o	30 y + o	41 y + o	
	40 y + o	21 y + o	24 y o	34 y + o	
	O	O	O	o	
95	O	O	O	O	ANSIEDAD SEVERA
90	O	O	O	O	
85	O	O	O	O	
80	O	O	O	O	
75	O	O	O	O	DE ANSIEDAD MODERADA A ANSIEDAD MARCADA
70	O	O	O	O	
65	O	O	O	O	
60	O	O	O	O	
55	O	O	O	O	
50	O	O	O	O	
45	O	O	O	O	
40	O	O	O	O	
35	O	O	O	O	
30	O	O	O	O	
25	O	O	O	O	
20	O	O	O	O	AUSENCIA DE ANSIEDAD O ANSIEDAD MÍNIMA
15	O	O	O	O	
10	O	O	O	O	
5	O	O	O	O	

Anexo N°6: Cuestionario de Agresión Reactiva y Proactiva (RPQ)

CUESTIONARIO DE AGRESIÓN REACTIVA Y PROACTIVA EN ADOLESCENTES (RPQ)

Nombre:

Edad:

Fecha:

En algunas ocasiones, la mayoría de nosotros nos sentimos enfadados o hemos hecho cosas que no deberíamos haber hecho. Señala con qué frecuencia has realizado cada una de las siguientes cuestiones. No pases mucho tiempo pensando las respuestas, solo señala lo primero que hayas pensado al leer la cuestión.

¿Con que frecuencia?

- | | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Has gritado a otros cuando te han irritado..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 2. Has tenido peleas con otros para mostrar quien era superior..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 3. Has reaccionado furiosamente cuando te han provocado otros..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 4. Has cogido cosas de otros compañeros sin pedir permiso..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 5. Te has enfadado cuando estabas frustrado..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 6. Has destrozado algo para divertirte..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 7. Has tenido momentos de rabietas..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 8. Has dañado cosas porque te sentías enfurecido..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 9. Has participado en peleas de pandillas para sentirte “guay” | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 10. Has dañado a otros para ganar en algún juego..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 11. Te has enfadado o enfurecido cuando no te sales con la tuya..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 12. Has usado la fuerza física para conseguir que otros hagan lo que quieres... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 13. Te has enfadado o enfurecido cuando has perdido en un juego..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 14. Te has enfadado cuando otros te han amenazado..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 15. Has usado la fuerza para obtener dinero o cosas de otros..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 16. Te has sentido bien después de pegar o gritar a alguien..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 17. Has amenazado o intimidado a alguien..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 18. Has hecho llamadas obscenas para divertirte..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 19. Has pegado a otros para defenderte..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 20. Has conseguido convencer a otros para ponerse en contra de alguien..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 21. Has llevado un arma para usarla en una pelea..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 22. Te has enfurecido o has llegado a pegar a alguien al verte ridiculizado..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 23. Has gritado a otros para aprovecharte de ellos..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |

Anexo N°7: Evidencias Fotográficas





Anexo N°8: Certificado de traducción

Lic. Rafael Silva
DOCENTE DE FLUENCY LANGUAGE CENTER

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de la tesis titulada: **RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y CONDUCTAS AGRESIVAS EN ADOLESCENTES QUE CURSAN EL DÉCIMO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA ADOLFO VALAREZO, PERIODO 2018-2019**, de la autoría del Sr. Byron Agustín González Torres con número de cédula 1104683758, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 26 de agosto de 2019.

Lic. Rafael Silva
DOCENTE DE FLUENCY LANGUAGE CENTER

Anexo N°9: Proyecto de tesis



**Universidad
Nacional de Loja**
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**“RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y CONDUCTAS
AGRESIVAS EN ADOLESCENTES QUE CURSAN EL
DÉCIMO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA
UNIDAD EDUCATIVA ADOLFO VALAREZO, PERIODO
2018 -2019.”**

Proyecto de tesis previo a la obtención
del título de Psicólogo Clínico

AUTOR:

BYRON AGUSTÍN GONZÁLEZ TORRES

LOJA – ECUADOR

2019



1. TEMA

**“RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y CONDUCTAS AGRESIVAS EN
ADOLESCENTES QUE CURSAN EL DÉCIMO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE
LA UNIDAD EDUCATIVA ADOLFO VALAREZO, PERIODO 2018 -2019.”**

2. PROBLEMÁTICA

La adolescencia es un período de grandes cambios personales, biológicos, psicológicos y sociales, donde el ser humano integra la niñez como pasado y se proyecta con expectativas hacia el futuro, estableciendo un sentido de autoestima e identidad personal, evitando el peligro que puede acarrear los cambio de roles de niños a adolescentes y las posibles crisis de adquisición de identidad propia (Lozano, 2014). Es un fenómeno social, moderno, propio de la época actual y de las sociedades occidentales. Tiene lugar durante unos pocos años de nuestra vida y está influenciada por el contexto, lo que Badillo (1998) llama ciclo biográfico culturalmente construido (Pérez, 2018a).

Además, este periodo es caracterizado por la formación de un concepto de sí mismo que está influenciado por las relaciones que existen con sus familiares, profesores y amigos, donde pueden presentarse acontecimientos como crisis familiares, rupturas de pareja y problemas con sus pares. Por lo que deciden consumir alcohol y drogas para escapar de los problemas, pero esto solamente empeorarán la situación, y al estar expuestos a estas circunstancias pueden causar algunas preocupaciones o problemas, que con el pasar del tiempo y la intensidad de los mismos podrían desencadenar en ansiedad, agresividad, depresión u otros trastornos mentales (Pérez, 2012).

El paso de la infancia a la adultez no es sencillo para muchos jóvenes puesto que están sometidos a un complejo despliegue evolutivo que debe finalizar con la adquisición de responsabilidades sociales que, hasta el momento, no habían sido obligatorias. Para entender la complejidad de este periodo será necesario detenernos en el análisis de las repercusiones que tienen los cambios biológicos típicos de la pubertad que, a su vez, están relacionados con el proceso de la adaptación social (Pérez, 2018b).

Es por el ello que dentro de la adolescencia se pueden presentar diferentes crisis vitales que pueden conllevar a producir ansiedad y esta desencadenar en conductas agresivas.

Según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ansiedad es una de las patologías más frecuente a nivel mundial, además es una de las principales causas de enfermedades entre los adolescentes de 10 a 19 años de edad. La OMS estima que a los 14 años se empiezan a mostrar los primeros síntomas de ansiedad como baja autoestima, miedo a equivocarse, nerviosismo, percibir situaciones y acontecimientos como amenazantes, incluso cuando no lo son, incapacidad para relajarse, irritabilidad y trastornos de sueño. Esta patología es más frecuente en las mujeres (4,6 %) que en los hombres (2,6 %) (OMS, 2018).

La prevalencia anual de la ansiedad en Latinoamérica se ubicaría alrededor del 3,6%, mientras que la de vida sería aproximadamente del 5,9%. Concretamente, en la región de las Américas se estima que el 7,7 % de las mujeres sufre ansiedad, mientras que en el caso de los hombres es un 3,6 %. De acuerdo con datos sociodemográficos Brasil es el país de Latinoamérica que más desórdenes de ansiedad padece (9,3 % de la población); seguido de Paraguay (7,6 %); Chile (6,5 %); Uruguay (6,4 %); Argentina (6,3 %); Cuba (6,1 %) y Colombia (5,8 %). Le sigue Perú y República Dominicana (5,7 %); Ecuador (5,6 %) (Valverde, 2017).

Por su parte Arenas (2014) señala que los trastornos de ansiedad se encuentran dentro de las enfermedades más comunes de la actualidad, refiriendo que para los adolescentes con ansiedad cualquier situación que es nueva se le puede hacer difícil y estresante, asimilándola como una amenaza potencial que les genere malestar significativo. Activando la respuesta de lucha o huida, la cual se realiza automáticamente y de forma instantánea reaccionando a diversas maneras, una de ellas es la agresividad. Es por ello que se ha comenzado a especular que la ansiedad puede motivar comportamientos agresivos.

La agresividad es una preocupación mundial por sus efectos nocivos y duraderos; además la agresión física y verbal son factores de riesgo para desarrollar depresión, desesperación, abuso de alcohol, suicidio, violencia hacia compañeros, maltrato físico a familiares, mínimas

probabilidades de profesionalización, por ende, estas acciones amplían la posibilidad de conductas antisociales (Martínez, 2008).

Eroles en el año 2013, demuestra que América Latina es la región del mundo con mayor promedio de casos de agresión, siendo una práctica que hunde sus raíces en la violencia y la desigualdad, generando caos y sufrimiento por estos comportamientos; pues se ha obtenido cifras que el 70% de los niños son directa o indirectamente afectados por agresiones en la escuela.

Según estudios de la UNESCO, la agresión es una respuesta en reacción a la ansiedad, es por ello que se realizó el siguiente estudio sobre agresión escolar en 16 países latinoamericanos, (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay), en donde el 51% de los estudiantes de estos países dicen haber sido víctimas de insultos, amenazas, golpes o robos por parte de sus compañeros, manifestando que la agresión más frecuente es el robo (39%), seguida de la violencia verbal (27%) y la violencia física (17%). Respecto a la violencia física entre estudiantes, cinco de estos países muestran altos niveles: Argentina con un 24%, Ecuador y República Dominicana con un 22%, Costa Rica y Nicaragua con un 21% (Eroles, 2013).

Ecuador es el segundo país después de Argentina con mayor porcentaje de agresión escolar, más del 60% de adolescente entre 10 y 14 años en los colegios han sido agredidos, esto se lo evidencia en un estudio realizado en Quito-Ecuador donde las estadísticas demuestran que 980 adolescentes, es decir un 32%, fue agredido física y verbalmente por sus compañeros (INEC, 2008).

En nuestra ciudad un estudio realizado en el colegio Liceo de Loja se expuso que el 72.7% de la muestra ha recibido maltrato por parte de sus compañeros de clase, y el lugar en donde

generalmente se realiza es el aula, y en sitios en donde no son observados por profesores, y que el 27.3% prefiere no denunciarlo, ni hablarlo (Larriva, 2012).

Sin embargo, la ansiedad y la agresión han sido estudiadas en apartados diferentes como dos problemas distintos, siendo estos factores muy importantes ya que podrían influir en el comportamiento que adoptan los adolescentes a lo largo de su formación personal y académica, algunas personas experimentan estos elementos, manteniendo predominancia en el ámbito educativo, en las relaciones interpersonales y familiares. En muchas ocasiones las personas no quieren actuar mal, pero sienten la impulsividad de hacerlo, porque el cerebro está en modo alerta: con ansiedad y estrés lo cual podría generar agresividad (Ramos, 2018).

Con lo anterior mencionado y viendo que esta realidad no es ajena es nuestro medio, se plantea la siguiente pregunta ¿Cuál es la relación que existe entre ansiedad y conductas agresivas en adolescentes que cursan el décimo año de educación básica de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo?

3. JUSTIFICACIÓN

La adolescencia ha sido un periodo relativamente descuidado en la investigación sobre salud, tal vez debido a que las tasas de morbilidad y mortalidad son muy bajas en comparación con otras etapas de desarrollo. Sin embargo, la adolescencia sería un período fundamental con respecto a la salud, puesto que la forma en que se lleva a cabo la transición de la niñez a la adolescencia y a la adultez joven tendría importantes implicaciones para el desarrollo de las conductas de salud y el inicio de diversos problemas de salud que pueden afectar al individuo a través del resto de la vida (Williams, Holmbeck & Greenley, 2007).

Debido a los efectos que tiene el estrés en el funcionamiento fisiológico e inmunológico (Galán & Sánchez, 2004), la acumulación de eventos estresantes puede afectar el bienestar y la salud del adolescente, ya sea directamente o través de su influencia en las conductas de salud, en el estado emocional y en la percepción de apoyo social. Y esto no sólo se aplicaría a los eventos estresantes más significativos o intensos, sino que también a aquellos estresores menores o problemas cotidianos que pueden llegar a tener un efecto acumulativo y aumentar la vulnerabilidad a presentar problemas de salud física y/o mental (Aysan, Thompson y Hamarat, 2010).

La ansiedad forma parte de la vida cotidiana como elemento natural del estilo de vida, en donde los jóvenes captan muy pronto la dimensión amenazante del mundo que les rodea, una dimensión amenazante que abarca las relaciones personales, sociales e intrafamiliares. Cuando a estas circunstancias ambientales se unen otros factores de riesgo de tipo genético, temperamental o familiar, puede surgir el cuadro clínico del trastorno de ansiedad. La ansiedad es considerada un agente que actualmente se hace evidente en gran medida dentro del ámbito estudiantil y diversas veces se experimenta como una carga pesada con la cual batallar para muchos adolescentes de establecimientos educativos (Mardomingo, 2004).

Esta ansiedad puede conllevar a conductas agresivas en los adolescentes generando a veces todo tipo de dificultades tanto en el ámbito social, familiar y relación con pares, manifestándose

dichas acciones especialmente en las instituciones educativas a las cuales los jóvenes asisten. Siendo la ansiedad un problema para los adolescentes debido a que si sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, psicológico y conductual (Alvarez, 2015).

Por tal razón el presente estudio se halla motivado en la necesidad de conocer si la ansiedad produce conductas agresivas que muestran los jóvenes en la zona de estudio, puesto que estas acciones son problemas que siguen presentes en las entidades educativas, a pesar de múltiples intentos por erradicarlas. Es por ello que este trabajo investigativo también servirá como soporte para profesores y directivos de la institución, permitiéndoles obtener información clara, específica y objetiva sobre las distintas conductas agresivas y de ansiedad y así realizar las intervenciones que sean necesarias. Además, servirá de diagnóstico e identificación de dichas acciones, esto ayudará como base para los padres, para que se informen de lo que está sucediendo con sus hijos, permitiendo posteriormente diseñar y llevar a cabo un taller psicoeducativo para brindar información de las circunstancias evidenciadas y posibles soluciones con los casos que así lo requieran.

4. OBJETIVOS

Objetivo General

- Establecer la relación que existe entre los niveles de ansiedad y conductas agresivas en adolescentes que cursan el décimo año de educación básica de la unidad Educativa Adolfo Valarezo.

Objetivos Específicos

- Evaluar la frecuencia con que se presentan respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad mediante el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) en adolescentes que cursan el décimo año de educación básica de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo.
- Medir la agresión reactiva y proactiva en los adolescentes mediante el Cuestionario de Agresión Reactiva y Proactiva (RPQ).
- Correlacionar la ansiedad y conductas agresivas en adolescentes que cursan el décimo año de educación básica de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo.
- Diseñar un Programa Psicoeducativo en entrenamiento de habilidades sociales, enfocado en reducir las conductas agresivas en los adolescentes que cursan el décimo año de educación básica de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo.

5. MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

Adolescencia

Definición

Camacho (2014) define a la adolescencia como el periodo de transición entre la niñez y la etapa adulta, donde el sujeto atraviesa cambios profundos en el área fisiológica, social y psicológica, dichos cambios tendrá trascendencia en su adaptación psicológica y social como adulto. La adolescencia empieza generalmente entre los 12 y 13 años de edad con el ímpetu de la pubertad, pero que se consolida por los factores sociales y emocionales que percibe el individuo.

Una etapa que es marcada por cambios notables en la vida de un individuo es la adolescencia. Debemos modificar el concepto que teníamos de un niño rápidamente debido a la metamorfosis que ha sufrido su cuerpo, así como su identidad en general. No solamente son los otros los que deben modificar el concepto de la persona que conocían para poder captar la nueva identidad del individuo, sino que el adolescente mismo debe ajustar su psiquismo para poder lidiar con los cambios notables que se dan durante esta etapa y así modificar la imagen que tenía de sí mismo. Es por ello que la adolescencia es una etapa de cambios no solamente a nivel biológico, sino también a nivel psicológico y social. Se convierte entonces en un ciclo crítico en el desarrollo de un ser humano, puesto que implica una transición entre dejar de ser niño y adaptarse a la adultez (Castillo, 2014).

Teorías de la adolescencia

Stanley Hall (1904a) es considerado como el precursor del estudio científico de la adolescencia, a partir de la publicación de dos volúmenes titulados *Adolescente*. Hall aplicó el punto de vista evolucionista de Darwin a la hora de conceptualizar el desarrollo adolescente. Así, el factor principal del desarrollo para él residía en factores fisiológicos genéticamente

determinados, siendo el ambiente un factor secundario. Sin embargo, reconocía que en la adolescencia los factores ambientales jugaban un papel mayor que en periodos anteriores y que era necesario contemplar dinámicamente la interacción entre la herencia y las influencias ambientales para determinar el curso del desarrollo de los jóvenes en este periodo.

La idea central de Hall fue la de identificar la adolescencia como un periodo turbulento dominado por los conflictos y los cambios anímicos (un periodo de "tormenta y estrés", expresión tomada de la literatura romántica alemana), claramente diferenciado de la infancia, y en que el adolescente experimenta como un nuevo nacimiento como ser biológico y social. Constituyendo la culminación del desarrollo y punto de partida para una humanidad superior desde un punto de vista tanto intelectual como moral. En donde adolescente puede expresar mucha energía y actividad desmedida y alternativamente mostrarse indiferente y desganado; puede pasar de la euforia a la depresión, de la vanidad a la timidez, del egoísmo al altruismo idealista. Ya hemos visto como frente a esta visión biologicista y de crisis, autores como Margaret Mead contraponen, desde un punto de vista antropológico, una visión sociocultural donde los aspectos biológicos tienen una relevancia menor y en la que los aspectos críticos del curso adolescente son relativos a la cultura de una determinada sociedad Stanley Hall (1904b).

La adolescencia es la edad de la conversión religiosa, donde encuentra entonces justificación la rebeldía y la crisis personal. Época en que la humanidad se encuentra en un estado de transición turbulenta, como un segundo nacimiento, porque es cuando aparecen las características esencialmente humanas (Lozano, 2014a).

En la actualidad, las concepciones principales sobre la adolescencia se pueden resumir en tres tendencias dominantes: la perspectiva psicoanalítica, la cognitivo-evolutiva y la sociológica. Cada una de ellas resalta un aspecto particular del cambio adolescente partiendo de sus presupuestos teóricos.

Perspectiva Psicoanalítica.

Esta teoría considera que la adolescencia es el resultado del brote pulsional que se produce por la pubertad (etapa genital), que altera el equilibrio psíquico alcanzado durante la infancia (etapa de latencia). Este desequilibrio incrementa el grado de vulnerabilidad del individuo y puede dar lugar a procesos de desajuste y crisis, en los cuales están implicados mecanismos de defensa psicológicos (fundamentalmente la represión de impulsos amenazantes) en ocasiones inadaptativos.

Delval, (1996a) Con la pubertad se inicia la fase genital en el individuo, que se prolonga hasta la edad adulta. En esta fase se produce una reactivación de los impulsos sexuales (reprimidos durante la fase de latencia anterior, correspondiente a la infancia a partir de los seis años) que conduce al individuo a buscar objetos amorosos fuera del ámbito familiar y a modificar los vínculos establecidos hasta ese momento con los padres. Este proceso se interpreta como una recapitulación de procesos libidinales previos, especialmente los referidos a la primera infancia, semejantes a un segundo procesos de individuación. Así, el adolescente está impulsado por una búsqueda de independencia, esta vez de índole afectiva, que supone romper los vínculos afectivos de dependencia anteriores. Durante el periodo de ruptura y sustitución de vínculos afectivos, el adolescente experimenta regresiones en el comportamiento, tales como:

- Identificación con personajes famosos, como artistas o deportistas.
- Fusión con ideales abstractos referidos a la belleza, la religión, la política o la filosofía.
- Y también estados de ambivalencia, manifestados en la inestabilidad emocional de las relaciones, las contradicciones en los deseos o pensamientos, las fluctuaciones en los estados de humor y comportamiento, la rebelión y el inconformismo.

En conjunto, el individuo tiene que ir construyendo una noción de identidad personal que implica una unidad y continuidad del yo frente a los cambios del ambiente y del crecimiento

individual. Debe integrar los cambios sufridos en los distintos aspectos del yo (por ejemplo, en el ámbito de su autoimagen y autoconcepto) y establecer procesos de identificación y compromiso respecto a valores, actitudes y proyectos de vida que guíen su tránsito a la vida adulta. En este proceso, el sujeto puede experimentar crisis de difusión de la identidad (expresadas en el esfuerzo de los adolescentes por definirse, sobredefinirse y redefinirse a sí mismos) con resultados inciertos. Por tanto, el psicoanálisis acentúa la importancia de los factores internos en el curso adolescente, que desencadenan en mayor o menor medida conflictos de integración social (Delval, 1996b).

Perspectiva Cognitivo-evolutiva.

La adolescencia es vista como un periodo en el que se producen importantes cambios en las capacidades cognitivas, y, por tanto, en el pensamiento de los jóvenes, asociados a procesos de inserción en la sociedad adulta. Durante esta etapa los jóvenes acceden en un grado u otro a formas de razonamiento propias de lo que se denomina pensamiento formal, que lleva a las formas más básicas de conocimiento al pensamiento científico. Estas nuevas capacidades cognitivas les capacita para el desarrollo de un pensamiento autónomo, crítico, que aplicará en su perspectiva sobre la sociedad y en la elaboración de proyectos de vida. Desde esta perspectiva la adolescencia se produce, pues, por una interacción entre factores individuales y sociales (Lozano, 2014b).

Sociológica.

La adolescencia es el periodo en el que los jóvenes tienen que consumir los procesos de socialización a través de la incorporación de valores y creencias de la sociedad en la que viven y la adopción de determinados papeles o roles social. El sujeto tiene que realizar opciones en este proceso haciendo frente a las exigencias y expectativas adultas. En este caso la adolescencia es vista como el resultado individual de las tensiones que se generan en el ámbito

social, cuando las generaciones de jóvenes reclaman un estatus de independencia en la sociedad. Desde esta perspectiva se enfatizan los procesos de integración en el mundo laboral, como soporte necesario de ese tránsito desde una situación general de dependencia a otra de independencia. La situación de segregación social de la que provienen y el alargamiento de los procesos de tránsito a la sociedad adulta les colocan en una situación de vulnerabilidad. Por tanto, aquí la adolescencia se atribuye principalmente a causas y factores sociales, externos al individuo (Serrano, 2000).

Etapas de la adolescencia

La adolescencia inicial.

Comprende desde la pubertad hasta los 13 o 14 años. Es la fase en la que se despierta la necesidad de interrelacionarse entre compañeros del mismo sexo y el sexo opuesto, con la finalidad de validar su autoconocimiento y valorarse. Ello coincide el proceso de aceptación de su apariencia física, por cambios hormonales, distinta entre varones y mujeres, los cuales tiene influencia psicológica en las personas relacionado a su autoestima. Según la prevalencia indican que las mujeres son las más afectadas en esta primera etapa de adolescencia mostrando más irritabilidad, estados depresivos y menos satisfacción de su aspecto físico ya que el aumento de masa corporal que implica la madurez femenina, no está en relación con los patrones de belleza actuales; mientras que los varones mantiene un estado de ánimo positivo y mejor autoestima.

Shaffer (2000a) comenta que es esta etapa en la cual el conflicto interno del adolescente consigo mismo ocasiona que aumenten las diferencias y problemas con los padres ya que ellos aún continúan brindándole protección y afecto para demostrarles que son aceptados por sus padres.

La adolescencia media.

Se caracteriza por la curiosidad de experimentar sensaciones de índole sexual y al mismo tiempo empieza el deseo de ganar autonomía emocional. Las señoritas y jóvenes comienzan a tener la necesidad de sentir fuerza emocional en lugar de depender infantilmente de los padres, la necesidad de tomar decisiones propias en temas personales y cuidar de sí mismos. En efecto los adolescentes en esta etapa intentan marcar su independencia para afrontar retos por sí mismos, pero aún necesitan depender emocionalmente de sus padres, así mismo los padres al ver que los jóvenes exigen igualdad en el trato, proponen soluciones más elaboradas y demandan “controlar sus vidas”, supervisan más el comportamiento, pero de forma indirecta para que evitar que se rebelen. Cuando las familias no realizan este control y exceden en el mismo se cae en malas relaciones con los hijos y ellos pueden adoptar conductas poco asertivas buscando apego y confianza con los amigos, y personas externas a la familia (Arenas, 2009a).

La adolescencia tardía.

Es la etapa en la cual las relaciones interpersonales se tornan más profundas dado a que el adolescente ha evolucionado en el criterio para elegir con autonomía en base a valores y principios aprendidos. Es común ver que el deseo de independencia empieza primero en las mujeres. Definitivamente los cambios que debe afrontar el adolescente crea un ambiente tenso con los padres y al mismo tiempo una predisposición a problemas emocionales, pero si el clima familiar se torna negativo y conflictivo en lugar de reflejar aceptación y sensibilidad, los problemas se agudizan (Arenas, 2009b).

Desarrollo de la adolescencia

Una de las principales diferencias entre la adolescencia y otros periodos del desarrollo vital es el particular incremento de cambios que debe afrontar el individuo. Por una parte, el adolescente debe enfrentar el desarrollo de su identidad, incrementar su autonomía o la integración en el grupo de iguales. Por otra parte, este periodo se caracteriza por importantes

cambios fisiológicos y por un marcado desarrollo cognitivo. El grado en el que la transición se experimente como estresante dependerá del impacto e interrelación entre los determinantes individuales y los determinantes situacionales. Estos cambios se articulan en tres áreas, fundamentalmente: cambios en el desarrollo físico/biológico, cambios en el desarrollo psicológico y cambios en el desarrollo social (Iglesias, 2013a).

Cambios en el desarrollo físico/biológico.

En la pubertad se producen cambios biológicos que incluyen el crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales, así como los cambios continuos en la forma y tamaño del cuerpo. Mientras que, generalmente, se piensa que los cambios biológicos se dan por completo en el período de la pubertad, existe un desarrollo continuo a lo largo de la adolescencia en cuanto a madurez y crecimiento físico. La gran cantidad de cambios que comienzan con la pubertad continúan influyendo al individuo más allá de su inicio. Estos cambios corporales y hormonales están consistentemente relacionados con procesos psicológicos y sociales. En este sentido, la relación entre pubertad, estado de ánimo y conducta es un área muy activa de investigación. La evidencia empírica sugiere que los cambios hormonales se encuentran relacionados con los estados de ánimo y el comportamiento, aunque estas relaciones son complejas. Estas relaciones parecen diferir en función del género, la edad, los tipos de hormonas y su interacción entre ellas y el estatus puberal (Iglesias, 2013b).

Además, tiene unas importantes implicaciones sociales. Así, el impacto evolutivo de los cambios hormonales en la conducta y la emoción está en parte mediado por las respuestas que los cambios puberales eliciten de los otros en el contexto social. Específicamente, parece que el comienzo temprano o tardío de la pubertad en relación con el momento en que se produce este evento para el grupo de iguales es un importante predictor del ajuste conductual. En cuanto a las relaciones familiares, la pubertad parece tener un impacto predecible, aunque esta

asociación está modulada por una variedad de factores entre los que se incluyen el género del niño, edad en que se alcanzó la pubertad y la estructura familiar (Iglesias, 2013c).

Cambios en el desarrollo psicológico.

Desarrollo cognitivo. El desarrollo cognitivo es otra área de importantes cambios durante la adolescencia. Durante esta fase se desarrolla el pensamiento abstracto. Sin embargo, aunque esta forma de pensamiento aparece típicamente durante la primera adolescencia, muchos adolescentes y adultos nunca manifiestan la capacidad de pensar de forma abstracta. Las preocupaciones que los adolescentes expresan y el uso que hacen de sus estrategias de afrontamiento incluyen un rango de estilos cognitivos y habilidades que reflejan diferentes niveles de pensamiento concreto y abstracto. En cuanto a la adquisición del pensamiento formal, Piaget y sus seguidores consideran que en la adolescencia se culmina el desarrollo cognitivo que se inicia con el nacimiento y cuyos estadios se pueden observar en el curso del desarrollo infantil. En este estadio el individuo desarrolla la capacidad de razonar en términos proposicionales y es capaz de tratar problemas abstractos, basarse en hipótesis, en posibilidades puramente teóricas, en relaciones lógicas, sin preocuparse por la realidad. Es capaz de emplear la lógica formal, independientemente de todo contenido. Lo posible prevalece sobre lo real, el pensamiento está en condiciones de combinar las operaciones entre sí: una capacidad que permite integrar lo real en el ámbito de lo posible. Estrechamente asociado a la capacidad cognitiva de elaborar operaciones formales, aparece el desarrollo de la conciencia moral (Iglesias, 2013d).

Razonamiento moral. El razonamiento moral se desarrolla durante la adolescencia de manera que aparece una creciente preocupación por cuestiones de orden social. Se ha considerado que este desarrollo es más pronunciado en hombres que en mujeres. El desarrollo moral de las mujeres se caracteriza por un mayor énfasis en las relaciones interpersonales.

De acuerdo con Kohlberg (1973), lo que distingue el razonamiento moral postconvencional, es el esfuerzo de los adolescentes por definir sus propias reglas morales en lugar de acatar simplemente las normas del grupo o de un individuo en particular- del razonamiento preadolescente que se encuentra en el nivel concreto, es que cada individuo reconoce que existe un contrato recíproco implícito entre el individuo y la sociedad. Además, durante esta fase existe un desarrollo posterior de principios, conciencia y juicios morales.

Cambios en el desarrollo social.

Durante la adolescencia, los individuos se desplazan desde la primordial influencia de la familia, que es clara y evidente en la infancia a la influencia creciente de los iguales. Sin embargo, no tiene por qué haber necesariamente conflictos de influencia entre familia y grupo de iguales. En una primera fase, el adolescente encuentra apoyo en grupos de pertenencia del mismo género, donde el resto de miembros comparten desarrollos fisiológicos similares. Durante la adolescencia media existe con frecuencia un acercamiento a los iguales del otro género, manteniéndose la unión con grupos del mismo género. Sin embargo, a medida que la adolescencia avanza, existe un acercamiento creciente hacia las relaciones de intimidad con el género opuesto, lo cual implica a su vez un cambio en los modelos de las relaciones con el mismo género (Fernández, 2005).

Salud mental en el adolescente

Castillo (2013) determina que los problemas de salud mental en los jóvenes representan un importante reto para la salud pública de todo el mundo. Las medidas preventivas pueden ayudar a evitar el agravamiento y la progresión de los trastornos mentales, y una pronta intervención limita la gravedad de los mismos. Los jóvenes a los que se les reconocen sus necesidades de salud mental actúan mejor en la sociedad, rinden de manera más eficaz en la escuela y tienen más posibilidades de convertirse en adultos productivos y bien adaptados socialmente que

aquellos cuyas necesidades no están siendo satisfechas. Se calcula que el 20% de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento.

“La depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad, y el suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años. En conjunto, unos 71.000 adolescentes cometen suicidio anualmente y una cifra 40 veces superior lo intenta. Alrededor de la mitad de los trastornos mentales de una vida comienzan antes de los 14 años de edad y el 70% antes de los 24. La frecuencia de trastornos mentales entre los adolescentes ha aumentado en los últimos 20 y 30 años; dicho aumento se atribuye a la ruptura de las estructuras familiares, al aumento del desempleo entre los jóvenes y a las 38 poco realistas aspiraciones educativas y profesionales que las familias tienen para sus hijos e hijas” (Castillo, 2013).

Problemas en la adolescencia

La adolescencia es una etapa del desarrollo que se caracteriza por una gran variedad de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Dada la magnitud de tales cambios y la todavía escasa experiencia vital de los adolescentes en muchos eventos vitales pueden adquirir un carácter estresante y tener diversos efectos psicológicos. Sin embargo, la acumulación de eventos estresantes y la dificultad para afrontarlos adecuadamente no sólo se manifestaría en problemas emocionales o conductuales, sino que también puede afectar la salud física del adolescente, dentro del rango de problemas menores de salud más comunes en esta etapa de desarrollo (Crean, 2004).

A diferencia de lo que ocurre respecto a los problemas de salud mental, el conocimiento que se tiene acerca de los efectos del estrés sobre la salud física del adolescente es aun escaso. La adolescencia ha sido un periodo relativa-mente descuidado en la investigación sobre salud, tal vez debido a que las tasas de morbilidad y mortalidad son muy bajas en comparación con otras etapas de desarrollo. Sin embargo, la adolescencia sería un período fundamental con respecto

a la salud, puesto que la forma en que se lleva a cabo la transición de la niñez a la adolescencia y a la adultez joven tendría importantes implicaciones para el desarrollo de las conductas de salud y el inicio de diversos problemas de salud que pueden afectar al individuo a través del resto de la vida (Williams, Holmbeck & Greenley, 2007).

Debido a los efectos que tiene el estrés en el funcionamiento fisiológico e inmunológico (Galán & Sánchez, 2004), la acumulación de eventos estresantes puede afectar el bienestar y la salud del adolescente, ya sea directa-mente o través de su influencia en las conductas de salud, en el estado emocional y en la percepción de apoyo social. Y esto no sólo se aplicaría a los eventos estresantes más significativos o intensos, sino que también a aquellos estresores menores o problemas cotidianos que pueden llegar a tener un efecto acumulativo y aumentar la vulnerabilidad a presentar problemas de salud física y/o mental (Aysan, Thompson y Hamarat, 2010).

Sin embargo, el bienestar psicológico y la salud no estarían influidos solamente por la ocurrencia de eventos estresantes, sino que también por características personales que determinan la valoración de tales eventos y por la forma en que los adolescentes afrontan el estrés experimentado (González, Montoya, Casullo & Bernabéu, 2002; Marcotte, Fortin, Potvin & Papillon, 2002). Respecto a las estrategias de afrontamiento del estrés y su relación con problemas de salud adolescente, algunos estudios han encontrado que la utilización de estilos más pasivos o evitativos se asocia con peores resultados de salud que los estilos más activos o aproximativos

Además, en esta etapa de desarrollo del ser humano existe un proceso que es el de establecer la identidad, para el adolescente, conlleva integrar experiencias del pasado, adaptarse al presente, y tener una visión sobre el futuro, proceso que resulta complicado para el individuo ya que lo anterior se presenta en conjunto con los cambios físicos. Presentando constantes fluctuaciones en el estado de ánimo, debido en parte, a la personalidad desarrollada por medio

del ambiente familiar y cultural del adolescente. Macmurray (1953), consideró, el concepto de identidad negativa, como un componente agresivo destructivo, en el cual individuo que se identifica a figuras negativas puede ser génesis para problemas de tipo psicosocial.

Por lo cual es necesario para el adolescente lograr una serie de objetivos imprescindibles en el logro de su identidad, para quedar inserto en la sociedad adulta con una sensación de bienestar, eficacia personal y madurez en todos los procesos de su vida, sin embargo, no existe un acuerdo general en cuanto al orden de adquisición de dichos objetivos, lo anterior debido a las diferencia entre individuos; el lograr estos objetivos prepara el terreno para que el individuo adquiera las habilidades de afrontamiento necesarias para funcionar en el entorno social que le rodea (Barra, et al, 006b).

CAPITULO II

Ansiedad

Definición

Moreno (2008) define la ansiedad como una emoción natural en el ser humano de la cual se aprende o se adecúa a la supervivencia, si no existiera el instinto de supervivencia en el ser humano, no se aprendería. Sin embargo, este modelo de defensa o de autoprotección, en ocasiones no funciona correctamente lo que genera una perturbación en los estudiantes de tercero básico ante cualquier estímulo o situación en que los alumnos consideren no tener el control y se sientan amenazados, lo que genera miedo a sufrir algún daño.

Por su parte, Clarck y Beck (2012) definen la ansiedad como un complejo sistema de respuesta conductual que la persona experimenta para anticiparse a circunstancias que los demás perciban como difíciles de controlar y podrían amenazarla tanto emocional como físicamente. Esto por el estrés constante en que la sociedad se encuentra, derivado de trabajo o responsabilidades que la persona crea que no podrá solventar.

Ansiedad normal y patológica

Es cierto que no siempre la ansiedad representa para el sujeto una patología o respuesta desadaptativa y que, en muchas ocasiones, la ansiedad es concebida como una respuesta normal y necesaria en las situaciones de la vida en general. La ansiedad es un constructo multidimensional donde interaccionan tres componentes fundamentales (cognitivo, fisiológico y motor), que deben ser evaluados separadamente para poder entender la relación existente entre ellos y el fenómeno de la respuesta de ansiedad. Según muchos estudiosos del campo la diferencia entre la ansiedad normal y patológica se establece principalmente por grado de intensidad, frecuencia y duración de la respuesta de ansiedad (Spielberger, Pollans y Worden, 1984), que dan lugar a limitaciones en la vida personal, social o laboral de las personas

dificultando la adaptación al medio en que viven (Miguel-Tobal, 1996). Otros factores discriminantes serían la diferencia cualitativa de los sujetos clínicos y normales y la demanda de tratamiento (Belloch y Baños. 2008).

Aun teniendo en cuenta los factores expuestos anteriormente, muchas veces la diferenciación entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica se hace relativamente complicada. Por ello, lo más importante sería saber hasta qué punto las reacciones de ansiedad significan verdaderamente un problema en la vida de las personas que impide el desarrollo normal de sus actividades. También de cara al tratamiento debe ser realizada una evaluación precisa de la sintomatología para que, de esta forma, pueda lograrse una intervención efectiva sobre el problema.

Síntomas de ansiedad

La ansiedad, desde una perspectiva interactiva-multidimensional, es entendida como un fenómeno que interfiere funcionalmente en la vida cotidiana del individuo, expresada de la siguiente forma (Tobal, 2007):

1. A través de su triple sistema de respuesta: cognitivo o subjetivo (pensamientos intrusivos. experiencias de miedo, temores o aprensión anticipatorias injustificadas, etc.) fisiológico o activación de los sistemas nerviosos autónomo y somático (taquicardia, aceleración respiratoria, sudoración en exceso, temblores, etc.) y motor o comportamientos observables (hiper o hipoactividad, llanto, respuestas instrumentales de evitación, etc.).
2. Las respuestas desadaptadas de ansiedad están provocadas por estímulos o situaciones reales o, por el contrario, por situaciones o estímulos internos, es decir, imaginados por el sujeto que los concibe como peligrosos o aversivos. La capacidad del estímulo (interno o externo) capaz de provocar dichas respuestas de ansiedad varían según de las características personales de cada uno.

No obstante, la ansiedad normal funcionaría como un sistema de alarma que alerta al individuo ante posibles situaciones de peligro normalmente relacionadas con la incertidumbre. Cuando esta señal continúa, pese a la finalización del posible peligro, daría paso a lo que se reconoce como una ansiedad anormal o patológica en sus diferentes vertientes o trastornos de ansiedad.

Causas de la ansiedad en adolescentes

En la ansiedad, y en los trastornos de ansiedad, intervienen múltiples factores y mecanismos, desde factores genéticos a circunstancias del medio familiar y ambiental que pueden ser un auténtico caldo de cultivo para el aprendizaje de la ansiedad como forma de respuesta a los retos de la vida. En el caso de los niños y adolescentes, los miedos excesivos o inadecuados a la edad, como el miedo a la oscuridad, a los ruidos, a quedarse solos en la habitación, casi siempre cuentan con el antecedente de una madre o de un padre que son miedosos y que expresan y transmiten esa actitud temerosa. Por tanto, la ansiedad también se aprende. Pero no sólo se aprende, existe también la ansiedad innata que se manifiesta en el niño pequeño y en todos los primates, y la predisposición individual a sufrir trastornos de ansiedad (Kandel, 2005a).

Los trastornos de ansiedad dependen de los factores genéticos, de las circunstancias biográficas y de la memoria que el sujeto tiene de esas circunstancias. La separación de los factores biológicos y ambientales en la etiología de los trastornos psiquiátricos ya no tiene sentido desde el punto de vista científico, y menos aún en los trastornos de ansiedad. Actualmente, se sabe que las situaciones ambientales estresantes no sólo desencadenan todo el cortejo de síntomas que configura los cuadros de ansiedad, sino que mantenidas en el tiempo, acaban produciendo cambios morfológicos en las neuronas. Serían precisamente estos cambios morfológicos los responsables de que la ansiedad se haga crónica (Kandel, 2005b).

Existe un componente hereditario en los ataques de pánico, y existe un componente genético en determinadas características temperamentales, como la timidez exagerada, que, a su vez, es un factor predisponente para sufrir trastornos de ansiedad (Gratacos et al., 2001). El componente hereditario se comprueba al observar cómo los familiares de primer grado de personas que sufren ataques de pánico tienen un riesgo mayor de padecer trastornos de ansiedad que los familiares de sujetos sanos. Este riesgo es del 17-20% para los primeros, frente al 2-4% para los segundos (Crowe et al, 1983). Cuando son los niños los que tienen un trastorno de ansiedad generalizada, los familiares también sufren más trastornos de ansiedad (Last et al., 1991).

No hay duda de que los trastornos de ansiedad se transmiten genéticamente. Las mejores estimaciones indican que alrededor del 40% de la varianza en los síntomas de ansiedad y en los diagnósticos de trastorno de ansiedad está mediado por factores genéticos. Esta estimación es aún mayor si se considera la estabilidad de la ansiedad en el tiempo. Se han obtenido resultados similares, aunque con menor investigación, sobre la ansiedad específicamente durante los años de la infancia. Estudios de ansiedad en gemelos indican que alrededor del 30% al 40% de la varianza en los síntomas y trastornos se puede atribuir a la heredabilidad (Gregory y Eley, 2007). Existe cierta evidencia (no obstante, con limitaciones) de que las estimaciones de heredabilidad del riesgo temperamental para la ansiedad (p. ej.: la inhibición) son ligeramente superiores (Rapee y Coplan, 2010). Como se mencionó anteriormente, el riesgo genético para los trastornos de ansiedad parece ser en gran medida general y aparentemente se asocia a un factor muy amplio como el neuroticismo general (Gregory y Eley, 2007).

La investigación sobre los genes específicos que subyacen a los trastornos de ansiedad es menos extensa y, hasta la fecha, no existe evidencia que asocie cualquier gen individual específicamente con la ansiedad. Se han explorado muchos genes, siendo los más ampliamente estudiados los de la región promotora del gen transportador de serotonina (5HTTLPR). Sin

embargo, los polimorfismos en este gen se han asociado con diferentes trastornos y es poco probable que pudiera desempeñar un papel específico en la ansiedad. De hecho, cierta teoría afirma que el tener dos alelos cortos en el gen 5HTT puede aumentar la capacidad de respuesta global de un individuo a eventos ambientales (positivos y negativos) (Belsky et al., 2009).

El temperamento como factor de riesgo para la ansiedad es probablemente el más estudiado y más claramente establecido (Fox y cols, 2005; Rapee y cols, 2009). Se ha asociado una variedad de temperamentos similares con la ansiedad de los niños, incluyendo: la inhibición del comportamiento, el retraimiento, la timidez y el temor. Me referiré a estos diversos temperamentos en esta sección bajo el término general inhibición. Numerosas investigaciones han demostrado que los niños muy pequeños que son identificados como altamente inhibidos están en mayor riesgo de sufrir trastornos de ansiedad posteriores. Como se describió anteriormente, la investigación también ha relacionado la inhibición con los trastornos de ansiedad en parientes de primer grado. La evaluación de la inhibición comúnmente ocurre en niños entre los 2 y 5 años de edad. Esto se puede hacer a través de cuestionarios u observación directa. Las características comunes de la inhibición incluyen:

- Retraimiento frente a lo nuevo.
- Demoran en entrar en confianza con extraños o pares.
- No sonrían.
- Mantienen mucha proximidad con una de sus figuras de apego.
- No conversan.
- Ejercen limitado contacto visual o “evaden” la mirada.
- No buscan explorar nuevas situaciones.

Los niños que muestran estas características durante la edad preescolar son de 2 a 4 veces más propensos a reunir los criterios para trastornos de ansiedad durante la niñez media y se ha demostrado que este aumento del riesgo continuará al menos hasta la adolescencia. Algunas

evidencias también indican que los infantes (de 3-6 meses) que muestran altos niveles de excitación y emotividad están en mayor riesgo de mostrar alta inhibición entre los 2 a 5 años de edad. Por lo tanto, parece ser posible identificar un riesgo alto para la ansiedad desde los pocos meses de edad (Kagan y Snidman, 1991).

Teóricamente, la principal complicación de esta investigación es el amplio solapamiento entre los aspectos de los trastornos de inhibición y de ansiedad. Así, uno podría argumentar que la inhibición es simplemente una versión menos clara o una manifestación precoz de un trastorno de ansiedad. Hay algunas evidencias de que la inhibición y el trastorno tienen algunas características únicas y por lo tanto representan constructos diferentes, pero la cuestión está lejos de ser establecida (Rapee y Coplan, 2010).

Respuestas de Ansiedad

Respuestas Cognitivas (lo que pensamos o sentimos): Preocupación, pensamientos o sentimientos negativos sobre uno mismo, inseguridad, temor a que nos noten la ansiedad y a lo que pensarán si esto sucede. Dificultades de atención, concentración y memoria, aumentan los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión.

Respuestas Fisiológicas (lo que sucede en nuestro cuerpo): Molestias en el estómago, sudor, temblor, tensión, palpitaciones, aceleración cardíaca. Taquicardia, opresión en el pecho, falta de aire, náuseas, vómitos, alteraciones de la alimentación y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

Respuestas Motoras (lo que manifestamos en nuestro comportamiento): Movimientos repetitivos (pies, manos, rascarse, etc.), fumar, comer o beber en exceso, evitación de situaciones. Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse quieto y en reposo (Tobal & Vindel, 2002).

Efectos de la ansiedad

Lo primero que hay que saber es que la ansiedad no produce lesiones en el corazón ni locura. La ansiedad pueda llegar a ser muy desagradable, no puede causar problemas físicos ni dañar la mente. Sin embargo, la ansiedad sí puede traer consigo sentimientos de infelicidad, depresión, irritabilidad, alteraciones de sueño, desavenencias en las relaciones de pareja, consumo de tóxicos, etc. Por ello, es muy importante aprender a manejarla (Báez K., 2009).

Según Wicks (2004a) la ansiedad es un completo patrón que experimenta la persona cuando percibe un peligro real o imaginario, donde se involucra las áreas cognitiva, fisiológica y motora. Las respuestas cognitivas se manifiestan por pensamientos automáticos negativos, falta de capacidad, retraimiento, pensamientos de peligro. Ya que el factor cognitivo es determinante para la ansiedad en la población. Ciertamente la población adolescente está expuesta a estresores cotidianos, preocupaciones y afectaciones emocionales en el contexto donde se desarrollan. Sin embargo, es de reconocer que en la aparición de estados de ansiedad inciden factores biológicos, sociales, psicológicos.

Wicks (2004b) por lo anterior es necesario estar atentos a los estados emocionales de los adolescentes, así mismo fortalecer la educación secundaria, orientada a la prevención de estados emocionales que obstaculizan el desarrollo emocional sano en los adolescentes, se realizó la distribución de directa en niveles de ansiedad, para lo cual se construyen las definiciones operativas de nivel a utilizar para estudiar la ansiedad.

Ansiedad Leve.

Se entenderá a aquella reacción proporcional en tiempo, duración e intensidad que permite al sujeto reaccionar de manera adaptativa, hasta cierto punto el individuo esta alerta y es una reacción natural.

Ansiedad Moderada.

Se refiere a cierto nerviosismo, inquietud, tensión que llega a interferir en la sensación de bienestar del individuo.

Ansiedad Alta.

Se entenderá aquella reacción de aprensión, tensión que surge como respuesta a un estímulo real o imaginario y que denota incapacidad para adaptarse. Por ejemplo: Niños que muestran excesiva preocupación hacia un estímulo que no lo amerita, lo cual provoca que no pueda desenvolverse en sus actividades cotidianas.

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento son: mejorar el cuadro clínico aumentando la calidad de vida del paciente, favorecer el desarrollo emocional y social del niño, prevenir la aparición de otros síntomas psiquiátricos asociados, especialmente de tipo depresivo, y mejorar el pronóstico evitando la evolución crónica del proceso (Mardomingo, 1994a; Kendall et al., 2001). El plan de tratamiento debe tener en cuenta la naturaleza del trastorno de ansiedad, la gravedad, el tiempo de evolución, la edad del paciente y su desarrollo cognoscitivo, las características del medio familiar y los estilos educativos de los padres. Existen dos tipos de tratamiento:

Psicoterapia.

Para Rojas (2009) la psicoterapia es la relación médico enfermo a través de la cual desaparece la ansiedad y se crea un clima de influencia positiva que permite corregir los mecanismos inadecuados de la personalidad. El psicoterapeuta es capaz de comprender, ponerse en lugar del otro, establecer rapport cordial y una atmósfera en la que el paciente pueda abrirse y contar su intimidad, sin ningún tipo de desconfianza. El principio de la psicoterapia es ayudar al paciente a comprenderse mejor a sí mismo, saber conocer e interpretar mejor la

realidad, aprender a tener un mayor autocontrol: dominar los impulsos y llegar a ser dueño de sí mismo; ir teniendo reacciones más lógicas y comprensibles en la que exista una mejor relación estímulo-respuesta.

Psicofarmacológico.

Para García (2006), este tipo de tratamiento debe ser llevado a cabo por un especialista psiquiatra. Se emplean diversos fármacos:

Antidepresivos: antidepresivos tricíclicos (imipramina y clorimipramina), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o ISRS (fluoxetina, paroxetina, sertralina) o los inhibidores de la monoaminoxidasa o IMAO. Tardan entre 2 y 6 semanas en producir efecto y las dosis deben ajustarse a la respuesta clínica.

Benzodiacepinas: (alprazolam, clonazepam): pueden ser útiles al inicio del tratamiento y posteriormente de forma esporádica, para aliviar los 15 síntomas inmediatos de las crisis y mejorar la ansiedad anticipatoria. Debe vigilarse estrechamente el tratamiento con estos fármacos ya que algunos pacientes pueden desarrollar dependencia a los mismos.

Socioterapia.

Según Rojas (1994) la socioterapia busca que el medio del sujeto mejore. Se distingue el plano familiar, trabajo profesional, amistades próximas y remotas, entre otras. La socioterapia es ampliar el medio social, mejorarlo, abrir nuevas perspectivas buscando el apoyo, la comprensión y el intercambio con las personas más o menos afines.

La colaboración de los padres es imprescindible para el tratamiento. Los padres tienen que entender las características del trastorno del adolescente y colaborar en la puesta en marcha de las medidas terapéuticas oportunas, lo que es imprescindible en la resolución de la ansiedad. La colaboración del colegio es imprescindible en el tratamiento de la enfermedad.

CAPITULO III

Agresividad

Definición

La agresividad puede definirse como la intencionalidad de producir daño a otros (Buss & Perry, 2004). Este tipo de conducta debe ser desalentada dado que afecta la vida en sociedad e impide la convivencia armoniosa.

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

La conducta agresiva se ha convertido en un medio de comunicación, hasta cierto punto normal, entre compañeros de colegio, este comportamiento afecta la convivencia, el aspecto académico y emocional de los adolescentes. Generando preocupación en las instituciones educativas, dado que año a año estas conductas se incrementan. Por lo general, un adolescente agresivo presenta rasgos como impulsividad, hostilidad e inestabilidad emocional, las cuales se relacionan con la conducta agresiva, además de presentar bajo rendimiento académico, elevadas cogniciones prejuiciosas y baja capacidad de empatía (Garaigorobil, 2005).

Agresividad en el adolescente

Según Piatti de Vázquez (2010) “La adolescencia es un periodo que abarca desde los 12 años a los 18 años aproximadamente, donde se manifiestan transformaciones o cambios fisiológicos y psicológicos”.

Los cambios que se presentan en esta etapa perturban la identidad del adolescente, pues sienten que ya no son niños, pero tampoco adultos. Estos cambios no afectan solo físicamente, sino también psíquicamente, en sus sentimientos con los padres, los amigos y hasta consigo mismo.

Castanyer (2012) expresa que los adolescentes con agresividad se delimitan por sus particularidades al desenvolverse en la sociedad y familia. No pueden enfrentar diferentes situaciones y describe una serie de peculiaridades tales como:

- **Comportamiento externo:** El volumen de su voz es alto, cuando habla lo hace con poca fluidez por la rapidez y agitación, amenaza y es tajante. Sus manos y cara son tensas y tienen una postura atacante.

- **Patrones de pensamiento:** Pensamientos negativos, egoístas como decir que sólo él existe y los demás no importan, mencionan que existe gente mala y que se debe castigar, sólo piensan en ganar ya que si pierden se refieren a ellos mismo como perdedores.

- **Emociones y sentimientos:** Mucha ansiedad, se sienten solos, creen que nadie los comprende, sentimientos de frustración y de culpa. La agresividad puede que sea provocada por la baja autoestima, no tienen autocontrol. Las personas que optan por una conducta agresiva lo hacen ya que se sienten muy vulnerables y creen que todos los quieren lastimar, así que actúan de tal manera para que nadie los lastime (López, 2014).

Teorías de agresividad

La agresividad, es considerada como un instrumento de supervivencia, un instrumento de defensa ante situaciones de riesgo o un instrumento para la consecución de logros (González et al., 2011).

Smith (2007) utiliza cuatro grupos diferentes de argumentos a favor de este modelo explicativo:

- **Argumento filogenético:** la conducta agresiva está presente en todas las especies, es universal y multideterminada.

- **Argumento ontogenético:** la agresividad en la infancia, en su evolución, le permite desarrollar habilidades efectivas para relacionarse y aprender sus propias fortalezas y debilidades en situaciones de lucha y conflicto.

- **Argumento sociológico:** la agresión y la conducta antisocial aumenta el estatus entre ciertos grupos de compañeros.

- **Argumento empírico:** diferentes estudios han encontrado relaciones entre la dominancia social y popularidad y el uso de estrategias mixtas (prosociales y coercitivas) en adolescentes (Long y Pellegrini, 2003).

Existen modelos que no consideran la agresividad una función adaptativa. Dentro de los modelos que no consideran la agresividad una función adaptativa han existido múltiples teorías. Entre ellas destacan las siguientes:

Modelo de Coerción de Patterson (1982).

Este modelo afirma que la conducta agresiva se origina y desarrolla en las interacciones entre el cuidador (padre-madre) y el niño/a cuando el cuidador usa la coerción (González et al., 2011). En este modelo son las pautas de crianza familiares el determinante clave del comportamiento agresivo del niño/a (Flores, Oudhof, González, Estrada y Rodríguez, 2013).

De acuerdo con este modelo, las conductas agresivas aprendidas en el hogar aparecen frecuentemente en la escuela y además terminan facilitando la relación con otros compañeros que también las utilizan (Flores et al., 2013).

Por último, el modelo de Coerción de Patterson destaca los mecanismos de reforzamiento positivo y negativo, y el temperamento del hijo como la base para controlar el comportamiento del niño o niña (González et al., 2011).

Modelo del Aprendizaje Social de Bandura (1973).

Desde una perspectiva psicosocial se considera la agresión como una serie de conductas adquiridas; minimizando los factores biológicos e innatos en su determinación (Gómez, 2000).

En este modelo se proponen los mecanismos de aprendizaje vicario como vía de aprendizaje de las conductas agresivas. Mediante la imitación y el modelado de las figuras relevantes, el

niño/a aprende a comportarse en una u otra dirección (si los modelos del niño/a muestran conductas violentas, el niño/a los imitará), pudiendo más tarde utilizar las conductas aprendidas con sus iguales (Kawabata, Alink, Tseng, Van Ijzendoorn y Crick, 2011).

Para verificar su teoría, Bandura desarrolló un experimento considerado clásico. En el experimento, los alumnos y alumnas de una escuela presencian una escena en la que participa una mujer que juega con diversos objetos en una habitación, entre los que se encuentra un payaso de plástico. En una de las condiciones experimentales, la mujer agrade al muñeco mientras emite verbalizaciones agresivas, algunas de ellas verbalizaciones nuevas para los niños y niñas. En la otra condición experimental, la mujer interacciona pacíficamente con el muñeco. Posteriormente, se permite a cada niño/a de ambas situaciones que juegue en la misma sala de juguetes. Los resultados demostraron que el patrón de comportamiento de cada niño/a estuvo determinado por el modelo que habían observado: agresivo o pacífico (Bandura, 1973).

• **Modelo de déficit de procesamiento de la información (1986).**

Uno de los modelos más conocidos sobre la agresividad infantil es el que propone la teoría del procesamiento de la información social (Dodge, 1986; Calvete y Orue, 2009).

Este modelo mantiene que un conjunto de factores socio-emocionales, conductuales y constitucionales afectan a la aparición de determinadas estructuras de memoria responsables de las deficiencias en el procesamiento de la información. Estas estructuras amnésicas poseen implicaciones fisiológicas y emocionales que provocan el uso deficitario de estrategias de solución de problemas y, consecuentemente, el incremento de la conducta agresiva (González et al., 2011).

En este modelo, las respuestas conductuales agresivas aparecen como resultado de una secuencia de pasos de procesamiento de la información que sigue el niño o niña (Crick y Dodge, 1994; Crick y Dodge, 1996; Calvete y Orue, 2009):

- Codifica selectivamente o atiende las señales asociadas con la intención hostil.
- Infiere que la otra persona actuó con intención hostil (atribución hostil).
- Selecciona metas hostiles.
- Genera soluciones agresivas para las provocaciones.
- Anticipa respuestas positivas para las respuestas agresivas.
- Responde de manera agresiva.

Modelo de Agresión General de Anderson y Bushman (2002).

A partir de los modelos sociocognitivos han ido surgiendo modelos específicos de procesamiento de la información. Todos estos modelos específicos, aunque con diferencias en su alcance, terminología, especificidad o foco adoptan similares premisas en cuanto a: el procesamiento de la información en la resolución de problemas, la implicación de las estructuras sociocognitivas, la interacción de roles entre emociones y cognición y la interacción entre persona y situación (Anderson y Huesmann, 2007). Estos modelos están basados en la presunción de que la memoria humana puede ser representada como un complejo entramado de nodos que representan a su vez conceptos cognitivos y emociones. Las experiencias guían el desarrollo de los enlaces entre los nodos elementales; la activación de un simple nodo o de complejas estructuras de conocimiento está determinada por cómo algunos enlaces han sido activados, así como por la fuerza de los enlaces activados. Para estos modelos la agresión es el resultado de la combinación entre las variables personales y situacionales que interactúan a su vez con el estado interno del individuo en ese momento.

Anderson y Bushman (2002) proponen un modelo integrador de factores psicológicamente salientes, el Modelo de Agresión General (GAM), centrado fundamentalmente en variables situacionales. Se trata de un modelo que incluye factores emocionales y cognitivos, pero articulados en función de determinadas circunstancias o situaciones que actúan como caldo de

cultivo, precipitadores o mantenedores de la agresión. De acuerdo con este modelo, la combinación de factores personales e influencias situacionales contribuyen a un estado interno caracterizado por una compleja interacción de elementos cognitivos y afectivos que a su vez, lleva un proceso de valoración y toma de decisiones que culminará, bien en una reacción reflexiva, o bien, en reacción impulsiva que desembocará en una conducta agresiva (Anderson y Huesmann, 2007).

Tipos de agresiones que prevalecen con mayor intensidad

Existen diferentes tipos que se llevan a cabo en cualquier lugar y los adolescentes se vuelcan en un dualismo de agresor- agredido. Esto sucede porque el agredido también en algún momento reacciona contra su agresor.

Agresión física / verbal.

Considerar el comportamiento agresivo según su naturaleza o forma ha llevado a autores como Buss (2004), Valzelli (2006), Berkowitz (2008) y Underwood (2002) a distinguir entre lo que consideran agresión física, verbal y no física o postural. La agresión de tipo físico se produce por contacto directo con los contendientes, implique un ataque a un organismo mediante conductas motoras y acciones físicas, lo cual implica daños corporales, los puñetazos y las patadas serían ejemplos claros de este tipo de agresividad. La agresión verbal tiene su forma de expresión en el lenguaje y es una respuesta oral nociva para el otro, siendo los insultos o las amenazas unos buenos ejemplos de esta agresividad. Por último, la agresión postural se expresa simbólicamente o mediante expresiones faciales o posturas corporales como pueden ser las muecas, gestos de amenaza, etc.

Agresión directa / indirecta.

Atendiendo al modo o la relación interpersonal que existe entre el agresor y la víctima Buss (1961); Crick y Grotpeter (1995); Crick, Casas y Nelson (2002); Richardson y Green

(2003) diferencian entre agresión directa o abierta (confrontación directa entre agresor y víctima, cara a cara) y agresión indirecta o relacional (el daño se produciría a través de un intermediario). La expresión directa supone una interacción cara a cara en la que el agresor es fácilmente identificable por la víctima. Las acciones están dirigidas directamente al blanco y que claramente provienen del agresor (por ejemplo, ataques físicos, empujar, hacer caer a alguien, lanzar algo a otra persona, gritar, hacer comentarios insultantes). Por el contrario, la expresión indirecta tiende a pasar desapercibida, el agresor puede permanecer sin identificarse y evitar así la imputación, confrontación directa, contraataque o defensa del otro. Una acción indirecta permitiría al agresor ocultar su identidad a la víctima, haciendo también más difícil a la víctima saber que ha sido objeto de algún daño intencional. Las acciones que podemos encontrar en este sub-tipo incluyen esparcir rumores malintencionados acerca de la persona-objetivo, cotillear a las espaldas de esa persona, decir a los demás que no se relacionen con la víctima escogida, inventar historias para meter en problemas a la víctima, y así sucesivamente. Adentrándonos un poco más en esta dimensión, algunos investigadores han propuesto distinguir la agresión relacional o social como un sub-tipo de agresión indirecta (Galen y Underwood, 1997). Este sub-tipo estaría caracterizado por el daño a la víctima se produciría en el ámbito de sus relaciones interpersonales. La agresión relacional enfatiza daños a las relaciones mientras que la agresión social también incluye expresiones faciales o movimientos negativos (Gendreau y Archer, 2005).

Agresión activa / pasiva.

- La diferencia entre las formas activas y pasivas de la agresión reside en el grado en que el agresor está comprometido activamente en la conducta manifestada para dañar a la víctima. En concreto, la agresión activa implica un compromiso activo del agresor a la hora de dañar a la víctima; mientras que la agresión pasiva se caracterizaría por una falta de acción

a la hora de responder activamente a lo que causa el daño. Tal y como señala Buss (1961), la mayor parte de los actos agresivos, tanto directos como indirectos, son activos. Ejemplos de tales actos incluyen la agresión con un arma (directa) o extender falsos rumores (indirectos). Los actos de agresión pasiva son típicamente directos. Por ejemplo, no informar favorablemente la solicitud de una beca de un estudiante dada la enemistad con su tutor, y, especialmente el abandono o la negligencia en el cuidado de un niño que se ve privado de sus necesidades básicas de alimentación, vestido, seguridad, asistencia médica, educación y afecto. Las formas de agresión pasiva indirecta son relativamente poco frecuentes, por ejemplo, no negar los rumores falsos que se extienden sobre otra persona (Penado, 2012).

Componente de la conducta agresiva

Muñoz (2000) la conducta agresiva, al igual que otros comportamientos humanos, está integrada por elementos de diversa naturaleza que son imprescindibles para analizar el qué y el porqué de este fenómeno y para diseñar estrategias de intervención. Estos componentes son tres:

Componente Cognitivo.

Hace referencia a las creencias, ideas, pensamientos, percepciones. Se ha encontrado que las personas que se comportan agresivamente se caracterizan por presentar unos determinados sesgos cognitivos que les dificulta la comprensión de los problemas sociales y les lleva a:

- a. Percibir la realidad en forma absolutista y dicotómica
- b. Atribuir intenciones hostiles a los otros,
- c. Realizar generalizaciones excesivas a partir de datos parciales
- d. Elegir más soluciones agresivas que prosociales
- e. Cometer muchos errores en el procesamiento de la información y en la solución de problemas, tanto hipotéticos como en su vida real

Componente Afectivo o Evaluativo.

Muñoz (2000) está relacionado con los afectos, sentimientos, emociones, valores y modelos de identificación. La probabilidad de comportarse agresivamente aumenta cuando la persona asocia agresión con poder, control, dominio y cuando tiene un fuerte sentimiento de haber sido tratada injustamente, situación que le genera gran hostilidad hacia los otros. Dicha hostilidad se expresa a través de la conducta agresiva que está plenamente justificada por ella. También se incrementa cuando se identifica con personas violentas y agresivas.

Componente Conductual.

Hace referencia a las competencias, habilidades, destrezas, estrategias. Existe un alto consenso entre los investigadores en que las personas agresivas carecen de muchas de las habilidades necesarias para interactuar socialmente y para solucionar de forma prosocial los conflictos derivados de dicha interacción. Por ejemplo, problemas para integrarse en un grupo de forma positiva, falta de imaginación y creatividad en los juegos, dificultades en la toma de perspectiva, rechazo por parte de sus pares, etc.

Se ha encontrado una relativa independencia en los efectos que el proceso educativo tiene en los anteriores componentes, así:

1. El desarrollo cognitivo y la enseñanza influyen especialmente en el componente cognitivo
2. Las actitudes que se observan en los agentes de socialización (compañeros, padres, profesores) se relacionan fundamentalmente con el componente afectivo.
3. Experiencias específicas que se han vivido en la solución a los conflictos sociales influyen sobre todo en el componente conductual (Muñoz, 2000).

Tipos de agresión

Restrepo (2001) presenta en su texto cuatro tipos fundamentales de agresión, entre estos se encuentran la emocional, instrumental, pasiva y proyectiva, que si bien es cierto se ha analizado

dentro del concepto de agresividad no se ha entrado a detallar las explicaciones de estos conceptos, el autor mencionado señala cuanto sigue:

Agresión emocional u hostil.

Es la agresión o el daño que se infringe sin más razón que la de provocar daño, generalmente en respuesta a una previa agresión recibida. Podría ser sinónimo de venganza.

Agresión instrumental.

Es el daño que se produce con la intención de conseguir algo a cambio.

Agresión pasiva.

Es no hacer nada, cuando se podía haber hecho algo, con la intención de perjudicar a alguien.

Agresión proyectiva.

Es la agresión que no va dirigida a la persona que nos la ha provocado, sino que se proyecta sobre otras personas, animales u objetos, a veces sin tener la consciencia de hacerlo.

La conducta agresiva existe de por sí en el individuo, pero esta reacción puede ser controlada, sin embargo, cuando la persona o el joven no tiene autodominio emocional, se encuentra con dificultades para evitar que se le sobresalta su conducta agresiva (Restrepo, 2001).

Agresión Reactiva.

Describe aquellas conductas que se suscitan como reacción a una provocación o a una amenaza percibida (real o imaginada); la agresión reactiva se caracterizaría por «la deshumanización de las víctimas» (Beck, 2003).

Agresión Proactiva.

Incluye acciones desencadenadas intencionalmente para resolver conflictos o para conseguir beneficios, recompensas o refuerzos valorados por el agresor; lo que no implica necesariamente que la motivación primaria de la agresión sea provocar sufrimiento o daño a la víctima (Ramírez y Andreu, 2003). En otras palabras, la agresión instrumental o

proactiva es fría, premeditada y estaría más bien basada en la doctrina «el fin justifica los medios».

Factores que influyen en la conducta agresiva

La familia, escuela, sociedad-cultura y variables personales, son algunas causas del comportamiento agresivo. La familia (por patrones educativos y disciplina autoritaria, incoherencia en la disciplina, refuerzo de conductas agresivas y violentas); la escuela (por su disciplina autoritaria, ausencia de programas preventivos sobre violencia escolar, falta de cultura preventiva en la comunidad educativa); la sociedad y cultura (por la violencia, creencias, costumbres, medios de comunicación, valores sociales aceptados, modelos de sumisión-dominio y violencia).

Y variables personales (por el temperamento, conductas violentas o sumisas durante la infancia, experiencias de haber sufrido maltrato) (Monjas & Avilés, 2003).

Por otro lado, Miller (1991) lo considera como aspectos implicados en la conducta violenta pues menciona que la agresividad es innata, pero la naturaleza y la forma de expresión, depende del aprendizaje, facilitada por la socialización con los padres durante la infancia media; además, por la imitación y reforzamiento de los compañeros (imitar y observar conductas agresivas); se encuentra en cada uno de nosotros, como fuerza instintiva y tiene fundamento biológico. La persistencia de comportamientos agresivos, más allá de cierta edad, será señal de falta de control de impulsos, en donde el sujeto no ha encontrado la manera de cambiarla ni controlarla.

La agresividad es culturalmente aprendida, hallando predominio en el varón la agresividad física; mientras en la mujer la agresividad se expresa en forma más sutil; siendo el medio más común en ambos géneros de forma verbal. Lo mencionado anteriormente, en muchos casos se debe únicamente a la cultura en la que se llevan a cabo los estudios, pero como muestra los estudios antropológicos, la agresividad física en varones no es una verdad universal y no se sostiene para todas las culturas (Toldos, 2002).

Respecto a la violencia verbal, refieren, que el uso de estrategias de agresión verbal es la característica más típica del comportamiento agresivo de las mujeres más que de los varones; sin embargo, los estudios no han establecido del todo este hecho. Así mismo, Ramos (2010) también afirma que los varones suelen manifestar su agresividad mediante ataques físicos, mientras que las chicas suelen hacerlo a través del ataque verbal o formas más indirectas como la exclusión social y esparcir falsos rumores.

Uno de los argumentos de por qué los varones son más agresivos que las mujeres es el presunto enlace testosterona-agresión. Autores opinan que no hay razón para sugerir que la agresión humana se relaciona con el nivel de testosterona, ya que la relación testosterona-agresión está basada principalmente en datos con animales, mientras que entre humanos los mecanismos sociales y cognitivos juegan un mayor rol. Se asume que la forma de adquirir comportamientos es por aprendizaje observacional, o por la experiencia directa (padres, amistades, etc.), dependerá del medio en que se desenvuelva el sujeto, de las creencias y valores que se transmitan, sin que signifique negar factores biológicos. Ya que cualquier acción violenta, depende de mecanismos básicos neuropsicológicos.

Por otro lado, Paz y Carrasco (2006) refieren que actualmente la tecnología, específicamente el internet, en los últimos años es un medio con mucha demanda, debido a que provee una gran variedad de fuentes de socialización para el avance educativo. Sin embargo, el uso de ello no siempre es el más adecuado, y al igual que muchos otros medios de comunicación están

arraigados con mensaje agresivos que los adolescentes suelen imitar. Así mismo, Ramos (2010) afirma lo antes dicho, el internet expone a la juventud a un gran número de peligros, que si no es orientado por alguien más puede que haya consecuencias aversivas.

Pérez y Villegas (2012) revelaron que el 91% tiene acceso a internet en casa, 90% en la escuela, 69% en casa de un amigo, y el 43% en otro lugar, como una biblioteca. Cifras realmente alarmantes, lo cual nos permite tomar mayor conciencia y precaución acerca del uso de la tecnología en la adolescencia, etapa vulnerable.

Consecuencias de la agresión

Mingote (2008) hace referencia que al hablar de agresión se habla de fracaso escolar, conducta adictiva, de un riesgo mayor a desarrollar una personalidad antisocial, delincuencia y violencia en la adultez. Los niños con esta conducta sufren en silencio, no muestran sus sentimientos, llevan una carga muy pesada por la dinámica familiar que viven, el estilo de crianza negativo, autoritario o negligente por 30 parte de los padres es uno de los primeros factores causantes de la conducta agresiva en niños.

Los padres creen que la autoridad en el hogar hará que los niños no realicen actos irresponsables, pero lo que no saben es que ellos se revelan con esa autoridad. La mayoría de padres no los comprenden, no buscan caminos para lograr la comunicación con los hijos. El daño emocional, social y familiar es tan grande en los niños, que pierden la esperanza de salir adelante, no tienen el deseo de lograr sus metas, llegan a la frustración, soledad y sobre todo el rechazo de la sociedad.

Al crecer con esta conducta se atraviesan dificultades, por ejemplo, en el trabajo desearán solucionar un problema con golpes, mandar, gritar y no les parecerá que les den órdenes, y eso provoca inestabilidad laboral. Es importante implementar acciones dentro de los establecimientos para que los jóvenes establezcan sus emociones, y terminen con la agresión, algunas acciones que se recomiendan son:

- Potenciar las actividades y las organizaciones sociales y culturales donde la participación de los jóvenes es importante.
- Realizar las inversiones económicas que sean necesarias y que faciliten los recursos culturales, deportivos y culturales, para que ocupen su tiempo en actividades sanas.
- Promover la enseñanza que permite la integración social para el bienestar social.
- Animar a los jóvenes al liderazgo y responsabilidad en sus futuros empleos (Mingote, 2008).

Los estresores ambientales

Existen además estresores ambientales que forman parte de la agresividad, entre estos factores estresantes se encuentran el calor, el ruido, dolor, injusticia entre otros (La Enciclopedia de Psicología, 2001).

- **El calor:** Existe una ley térmica de la delincuencia donde se muestra que las agresiones se dan cuando hay altas temperaturas.

El calor sólo tiene relación con la agresividad cuando provoca afecto negativo, y entonces produce agresión. La relación no es directa sino inversa.

- **Ruido:** el ruido no tiene relación directa con la agresión. Se debe valorar la capacidad de dominar o predecir el ruido.

El ruido tiene un efecto acumulativo, porque disminuye nuestra tolerancia a la frustración, y de esta manera indirecta es como se conecta con la agresividad. Son importantes la intensidad y el tiempo. El ruido tiene mucha capacidad para la activación del cuerpo.

- **Dolor:** el factor que más modula su relación con la agresividad es la percepción de intencionalidad.
- **Ataque interpersonal:** es una variable que aparece como antecedente de la agresión. Modulan a esta variable la intencionalidad y la justificación.

- **Violación de las normas:** pueden ser normas explícitas o implícitas. Producen activación. Modulan la variable procesos cognoscitivos como justificación. También se dan factores sociales y culturales.
- **Injusticia:** es totalmente cognoscitiva. La opresión, la exclusión, la explotación o el desempoderamiento; aparecen, sobre todo, en lugares en donde se realizan su práctica.
- **Características de la víctima y el atacante:** no determinan la aparición, pero sí matizan el grado de la conducta.
- **Personalidad del atacante:** no hay un perfil físico sobre estas personas.

Sí hay algunas relaciones como edad y sexo. También se puede relacionar la agresividad con enfermedades psiquiátricas. Es imposible que una persona con un estudio sistematizado se llegue a determinar las causas de la conducta agresiva, sin embargo, se puede realizar estudios de la conducta de la persona, si personalidad, su forma de comportarse en la sociedad entre otros (La Enciclopedia de Psicología, 2001).

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación será de enfoque mixto cuali-cuantitativo porque permitirá recolectar información que serán medidos a través de instrumentos que posteriormente serán interpretados a través de un análisis estadístico y descriptivo.

Además, el diseño de investigación será prospectivo, descriptivo y correlacional, puesto que la información se la obtendrá en la actualidad, y en un momento dado se redactará, en donde se analizará las características de cada variable, para luego determinar la relación existente entre la ansiedad y las conductas agresivas en los adolescentes que cursan el décimo año de Educación Básica de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo, periodo 2018 -2019.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estará conformado por 970 adolescentes que estudian en la Unidad Educativa Adolfo Valarezo periodo 2018-2019.

La muestra estará conformada por 165 estudiantes que cursan el décimo año de Educación Básica, los mismos que serán seleccionados mediante algunos criterios de inclusión establecidos por el investigador.

Criterios de inclusión

- ✓ Adolescentes que pertenezcan a décimo año de Educación Básica.
- ✓ Adolescentes los cuales sus padres han brindado su consentimiento para que participen en la presente investigación.
- ✓ Adolescentes que estén legalmente matriculados y que asistan con regularidad a clases.

Criterios de exclusión

- ✓ Adolescentes los cuales sus padres no deseen que participen en la presente investigación.
- ✓ Adolescentes que no que estén legalmente matriculados
- ✓ Adolescentes que no asisten con regularidad a clases.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Ítems	Instrumento
<p style="text-align: center;">INDEPENDIENTE</p> <p style="text-align: center;">ANSIEDAD</p>	<p>Moreno (2008) define la ansiedad como una emoción natural en el ser humano de la cual se aprende o se adecúa a la supervivencia, si no existiera el instinto de supervivencia en el ser humano, no se aprendería.</p>	<p style="text-align: center;">Psicológica</p>	<p>Valora el nivel general de ansiedad (rasgo general de ansiedad), evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras ante situaciones de evaluación, interpersonales, fóbicas y de la vida cotidiana.</p>	<p>Las 24 respuestas se agrupan en tres subescalas que evalúan los tres sistemas de respuestas: cognitivo, fisiológico y motor.</p> <p>La suma de estas tres subescalas (el total de la prueba) proporciona una medida del nivel general de ansiedad o rasgo general de ansiedad. Por lo tanto, se obtienen ocho puntuaciones (cuatro áreas situacionales, los tres sistemas de respuestas y el nivel general de ansiedad).</p> <p>El inventario se completa mediante una escala de 0 a 4 (casi nunca a casi siempre) indicando la frecuencia con la que aparece la respuesta ante cada situación.</p> <p>Esto permite obtener puntuaciones parciales para cada subescala de los sistemas de respuestas y también para cada tipo de situación; de igual forma se puede obtener una puntuación total sumando las diferentes subescalas</p>	<p style="text-align: center;">Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)</p>

				(cognitiva, fisiológica y motora), puntuación que indicaría la magnitud de “ansiedad de rasgo”. Finalmente, las puntuaciones se transforman a percentiles, lo que permite una comparación del individuo con la población de referencia	
DEPENDIENTE AGRESIVIDAD	Hurlock (2000) la agresividad es un acto real o amenazado de hostilidad, provocado por otra persona, se manifiesta mediante ataques físicos o verbales hacia otra persona, generalmente menor que el agresor; es decir, una persona en mejores condiciones que otra, trata de imponer sus reglas para lograr su propósito.	Psicológica	Permite evaluar los procesos motivacionales que están implicados en la agresión y que no pueden ser accesibles al observador, pero sí lo son para el propio agresor.	Este instrumento está compuesto por 23 ítems: <ul style="list-style-type: none"> ✓ las 12 preguntas están basadas en la dimensión motivacional proactiva (instrumental), Agresividad Proactiva. ✓ Las 11 últimas están basadas en la dimensión reactiva (hostil). Agresividad Reactiva. <ul style="list-style-type: none"> • 	Cuestionario de Agresión Reactiva-Proactiva (RPQ)

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se usarán diferentes baterías psicológicas con la finalidad de obtener información programada en los objetivos de la investigación.

- **El consentimiento informado**

Se utilizará con la finalidad de informar a los padres o representantes legales de los estudiantes/participantes, acerca del tema programado, con el propósito de que brinden su consentimiento y les permitan participar de forma voluntaria en esta investigación, indicándoles que sus tutelados pueden abandonar la misma en cualquier momento, así mismo se reitera que todo dato proporcionado será completamente confidencial.

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad en la versión para adolescentes, ISRA-J (Pollo, Miguel Tobal y Cano, 1986): la versión para de adolescentes proporciona prácticamente la misma información que la versión de adultos con la excepción de que proporciona una medida conjunta de la respuesta fisiológica y motor (R1), al igual que el ISRA de adultos proporciona una medida de la respuesta cognitiva (R2), y de los factores situacionales siendo F1-Ansiedad Interpersonal, F2-Ansiedad Cotidiana, FIII-Ansiedad Fóbica y FIV-Ansiedad de Evaluación.

El ISRA-J para adolescentes, este instrumento consta de 47 ítems separados por diez apartados que formulan situaciones concretas que hacen referencia a relaciones sociales (extremadamente significativas para los adolescentes): cuando estoy cerca de un chico/a que me gusta; si tengo que ir con chicos/as que no conozco; si voy a ver a un chico/a que me gusta; a la hora de dormir; aunque no suceda nada en concreto; al observar peleas y escenas violentas; cuando voy a tener un examen; en los exámenes; cuando tengo que tomar una decisión; ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre. Además, sus respuestas están en una escala tipo Likert.

Para responder el inventario, la persona debe evaluar la frecuencia con la que se presentan las respuestas a nivel cognitivo, fisiológico-motor ante cada una de las situaciones, en una escala que va desde 0 a 4, donde 0, es casi nunca; 1, pocas veces; 2, unas veces sí, otras veces no; 3, muchas veces y 4, casi siempre. En cuanto a la aplicación, la prueba tiene una duración de 30 minutos aproximadamente, se puede realizar de manera individual o colectiva. La prueba es interpretada en términos de niveles de ansiedad, los cuales son divididos en nivel bajo, moderado, severo y extremo.

Fiabilidad: el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad en la versión para adolescentes (ISRA-J) es de un alfa de Cronbach de 0,906.

Validez: el índice de consistencia interna, Alfa de Cronbach, muestra valores que oscilan entre 0.95 y 0.99 para el total del ISRA-J y entre 0.92 y 0.96 para los tres sistemas de respuesta y situaciones, respectivamente (Tobal, Vindel, 1985).

- **Cuestionario de Agresión Reactiva-Proactiva (RPQ)**

Es un instrumento que permite medir la agresión reactiva y proactiva en adolescentes. Este instrumento está compuesto por 23 ítems basados en la dimensión motivacional proactiva (instrumental) vs reactiva (hostil). Los ítems son puntuados por el sujeto en una escala de frecuencia (0 = nunca, 1 = algunas veces, y 2 = a menudo), además permiten evaluar los procesos motivacionales que están implicados en la agresión y que no pueden ser accesibles al observador, pero sí lo son para el propio agresor (Raine et al., 2006).

Su validez conceptual, los ítems del RPQ intentan reflejar la agresión verbal y física, incluyendo la motivación y contexto situacional de la agresión, independientemente de si se manifiestan directa o indirectamente. Los ítems son gramaticalmente muy simples, para ajustar al lenguaje y desarrollo cognitivo en muestras de niños y adolescentes. Las instrucciones, a su vez, se redactaron para evitar en la medida de lo posible un estilo defensivo de respuesta, por lo que el cuestionario incluye la instrucción de que “en ocasiones hacemos cosas que no

deberíamos haber hecho” y se señala con qué frecuencia se han realizado por la persona que contesta al cuestionario, sin dedicar mucho tiempo para pensar las respuestas. Los ítems incluyen una escala de respuesta de 0 (nunca) a 3 (a menudo) para determinar la frecuencia de ocurrencia. Los análisis estadísticos realizados en la muestra original, a través de análisis factorial confirmatoria, muestran la estructura bi-factorial de los ítems, confirmándose consecuentemente la utilidad del instrumento de cara a la evaluación de la agresión reactiva y proactiva. Por otra parte, la consistencia interna de la escala –estimada mediante el coeficiente alfa- alcanzó el valor de 0,90; siendo de 0,84 y 0,86 para las sub-escalas de agresión reactiva y proactiva. Los datos disponibles de la adaptación española muestran valores relativamente similares (Andreu, Ramírez y Raine, 2006).

PROCEDIMIENTO

Paso 1: Contacto con las instituciones

1.1 Acercamiento

Se tomará contacto con la rectora de la “Unidad Educativa Adolfo Valarezo”, con el propósito de conseguir la autorización para la partición de la población y la apertura para la realización de la presente investigación.

1.2 Información a docentes

Esta actividad tendrá como finalidad informar y coordinar con los docentes tutores de cada paralelo de décimo año de Educación Básica “A, B, C, D, E, F”, la participación de los estudiantes en la presente investigación.

1.3 Aplicación de Consentimiento Informado

Cuya finalidad es que los padres de familia o representantes legales otorguen el permiso para que los adolescentes participen en la presente investigación.

1.4 Contacto inicial con la población de estudio

Se acudirá a las aulas respectivas de los estudiantes. Se les informara sobre la investigación que se llevara a cabo, su importancia y como se beneficiarían ellos de la misma.

Paso 2: Recolección de datos

2.1 Aplicación de reactivos psicológicos

La muestra a evaluar está conformada por 165 estudiantes, para la aplicación correcta de los Reactivos Psicológicos se procedió a agrupar a la población de estudio en 6 sub grupos de 27 estudiantes aproximadamente.

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) y el Cuestionario de Agresión Reactiva-Proactiva (RPQ), serán aplicados de manera colectiva.

Paso 3: Análisis de resultados

3.1 Análisis

Tras la aplicación de reactivos se procederá a la calificación de los mismos, realizando análisis y descripciones basadas en las variables de estudio, luego se procederá a determinar la relación existente entre ellas. Además, se procederá a realizar la discusión, conclusión y recomendación, de la correlación de las dos variables establecidas en la presente investigación.

Paso 4: Plan de intervención

4.1 Programa Psicoeducativo

Posteriormente obtenidos los resultados, se procederá a diseñar un Programa Psicoeducativo, el mismo que tiene como finalidad trabajar en el entrenamiento de Habilidades Sociales, el cual que está enfocado en reducir las conductas agresivas en los estudiantes, que servirá para mejorar las relaciones interpersonales con pares, profesores y familiares.

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO**Presupuesto:**

ÍTEM	PRECIO
Internet	\$200
Infocus	\$100
Transportes	\$150
Impresiones	\$300
Fotocopias	\$200
Empastados de tesis	\$100
CD	\$10
TOTAL	\$1060

Financiamiento:

El presente trabajo investigativo será financiado por el autor.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez R., (2015). Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. *Pages from Guia completa*.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales (5ª)*. Madrid: editorial Medica Panamericana.
- Andreu, J., Ramírez, J., y Raine, A. (2006). Un modelo dicotómico de la agresión: valoración mediante dos auto-informes (CAMA Y RPQ). *Psicopatología clínica, Legal y Forense*, 5,25-42.
- Arenas, S. (2009). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
- Aysan, F., Thompson, D. y Hamarat, E. (2010). Prueba la ansiedad, las estrategias de afrontamiento y la salud percibida en un grupo de estudiantes de escuela secundaria: muestra de curiosos. *El Diario de Psicología Genética*, 162,402-411.
- Bandura, A. (2001). Teoría cognitiva social: una perspectiva agente. *Revisión Anual de Psicología*. 52, 1–26. Recuperado de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/350/1/TL_QuijanoSignoriStephanie_RiosFernandezMarcela.pdf
- Bandura, A., Ross, D. y Ross, S. A. (1983). Imitación de modelos agresivos mediados por el cine. *Revista de psicología anormal y social*, 66(1), 3-11. Recuperado de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/350/1/TL_QuijanoSignoriStephanie_RiosFernandezMarcela.pdf
- Báez K., (2009). Ansiedad: como controlarla. *Guías de educación sanitaria* 2.1-16.
- Barra E., Cerna R., Kramm D. y Véliz V. (2006). Terapia Psicológica: Problemas de Salud, Estrés, Afrontamiento, Depresión y Apoyo Social en Adolescentes. *Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 24(1), 55-61. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/785/78524106/>.

- Benítez M. (2013). *Conducta agresiva en adolescentes del nivel medio del colegio nacional nueva Londres de la ciudad de nueva Londres*. (Tesis pregrado). Universidad Tecnológica Intercontinental: Facultad de Ciencia Salud. Paraguay.
- Bolaños M. (2014). *Niveles de ansiedad en estudiantes de psicología clínica e industrial de la Universidad Rafael Landívar de tercer año de la jornada vespertina que están por iniciar las prácticas de intervención psicológica*. (tesis pregrado). Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
- Buss A. y Perry, M. (2004) El cuestionario de agresión. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 63(3), 452-459. Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Bolanos-Maricarmen.pdf>
- Camacho, S. (2014). *Relación entre la percepción del tipo de familia y los valores interpersonales en adolescentes de cuarto y quinto grado de secundaria de Lima-Cercado*. (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Castillo, G. (2007). *El adolescente y sus retos. La aventura de hacerse mayor*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Castillo, V., (2013). “*Modelo de Intervención Psicológico Integrativo en Adolescentes Víctimas De Violencia en el Centro De Apoyo Integral Hogar Renacer*”. *Septiembre 2012- marzo 2013*”. (Tesis pregrado). Universidad Nacional de Loja. Loja-Ecuador.
- Clark D. y Beck A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Ciencia y práctica*. España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Crean, H. (2004). Apoyo social, conflictos, factores estresantes en la vida y estrategias de adaptación adaptativa en estudiantes latinos de escuela intermedia: Un modelo integrador. *Diario de investigación de adolescentes*, 19, 657-676
- Coca A. (2013). *La Ansiedad Infantil desde el Análisis Transaccional*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Madrid.
- Delval, J. (1996). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo XXI.

- Eroles, D. (2013). *Unesco: Estudios de agresion*. Santiago. Recuperado de <http://portal.oas.org/LinkClick.aspx?fileticket=o9K3cg4UAcU%3D&tabid=1730>
- ENCICLOPEDIA DE PSICOLOGÍA (2001). *La adolescencia*. Barcelona. Editorial Océano,
- Galán, S. & Sánchez, M. (2004). El enfoque de la salud desde la perspectiva psiconeuroinmunológica. *Psicología y Salud*, 14,279-285
- García, Z., Cano-Vindel, A. & Herrera-Martínez, S. (2015). Propiedades psicométricas del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (isra) en una muestra dominicana. *Pensamiento Americano*, 8(15), 56-66.
- Garaigordobil, M. (2005). Conducta antisocial durante la adolescencia: *Correlatos socioemocionales, predictores y diferencias de género*. *Psicología Conductual*, 13 (2), 1- 20.
- Granda, S., (2017). Trastornos de ansiedad. *emol.Tendencias*. Recuperado de <https://www.emol.com/noticias/Tendencias/2017/02/23/846361/OMS-Un-44-de-la-poblacion-mundial-sufre-de-depresion-y-casos-aumentan-un-18-en-10-anos.html>
- Hurlock, E. (2000). *Psicología de la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós
- INEC. (2008). Bullying. *Instituto Nacional de estadísticas y censos*.
- Iglesias, J.L. (2013). Desarrollo del adolescente: Aspectos Físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*. XVII (02),88-93.
- LARRY C. (2004). *El niño desobediente*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Larriva, B. A. (2012). *Prevencion del Bullying: Validación de una Guía Psicoeducativa para Padres de Familia, Alumnos, Profesores de octavo, noveno y decimo año de educacion basica en el Colegio Liceo de Loja* (Tesis pregrado). Recuperado de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/16458/1/TESIS-%20BULLYING%20-%20GABRIEL%20ARIAS.pdf>

- Last CG, Hersen M, Kazdin A. (2005). Trastornos de ansiedad en niños y sus familias. *Arch Gen Psychiatry*, 48: 928-34.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Elsevier*. 118(13),480-520.
- López, A. (2014). “Autoestima y conductas agresivas en jóvenes” (Estudio realizado en instituto Basico por Cooperativa de Mazatenango, Suchitepéquez). Tesis de posgrado. Universidad Rafael Landívar: Facultad de Humanidades Campus de Quetzaltenango. Quetzaltenango.
- Lozano, V. (2014). Teorías sobre la adolescencia. *Última década*.22(40). España.
Recuperado de
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362014000100002
- Mardomingo MJ. (1994). *Trastornos de ansiedad. ed. Psiquiatría del niño y del adolescente: método, fundamentos y síndromes*. Madrid: Díaz de Santos.
- Martínez, J., Franco, A., (2008). *El comportamiento agresivo y algunas características a modificar en los niños y niñas*, 16(10), 108.
- Medrano, L., Moretti, L., Muñoz, R. & Cano, A. (2017). Validación argentina de la versión breve del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad. *Psiencia*.9. 4 doi: 10.5872/psiencia/9.4.41
- Miller, N.E. (1991). La hipótesis de la frustración-agresión. *Revisión psicológica*, 48, 337- 342.
- Mingote C. (2008). *El malestar de los jóvenes contextos, raíces y experiencias*. Madrid: Ediciones Díaz Santos S.A.
- Moreno P. (2008). *Supera la ansiedad y el miedo: Un programa paso a paso*. (8º. ed.) España: Desclae de brouwer, S.A.

- Morales, F. (2007). *El efecto de la impulsividad sobre la Agresividad y sus consecuencias en el Rendimiento de Los Adolescentes* (tesis doctoral) Universidad Rovira y Virgili, Tarragona. España.
- Monjas, M. y Avilés, J. (2003). *Programa de sensibilización contra el maltrato entre iguales*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Muñoz F., (2000). *Adolescencia y Agresividad*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense: Facultad de Psicología. Madrid.
- OMS. (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. *CIE 10. Decima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades*. Madrid: ed. Meditor.
- OMS. (2018). Datos y cifras. *Organizacion Mundial de la Salud Mental*, 1. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Parra A. (2007). Un análisis longitudinal de la comunicación entre madres y adolescentes. *Revista Apuntes de Psicología*. 25(3), 267-284. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2484716>.
- Paz, M. y Carrasco, A. (2006). Intervención psicológica en agresión: técnicas, programas y prevención. *Acción psicológica*, 4(2), 83-105.
- Penado, M. (2012). *Agresividad reactiva y proactiva en adolescentes: efecto de los factores individuales y socio-contextuales* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid: Facultad de Psicología. Madrid
- Perez, M. P. (2012). Fortalecimiento de la autoestima como eje transversal del desarrollo humano de los niños de transición a, Institución Educativa Sofia Hernandez Mrin de Pereira. *Textos y Sentidos*. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28093/1/Trabajo%20de%20Titulaci%C3%B3n.pdf>
- Pueblo, D. d. (1999). *Estudios de Agresión España*. Madrid. Recuperado de http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/6325/1/T059_02806132_T.pdf

- Raine, A., Dodge, K., Loeber, R., Gatzke-Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, C., Stouthamer-Loeber y Liu, J. (2006). El cuestionario de agresividad reactiva-proactiva: correlatos diferenciales de la agresividad reactiva y proactiva en adolescentes varones. *Comportamiento agresivo*, 32, 159-171.
- Ramos, E. (2018). *Ansiedad y Agresion*. (tesis de grado)
doi:<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjr/2018/05/22/Ramos-Evelin.pdf>
- Ramos, L. (2010). *La Agresividad de los adolescentes de educación secundaria* (tesis maestría). Centro Chihuahuense (tesis Doctoral), Chihuahua, México.
Recuperado de <http://www.cchep.edu.mx/docspdf/cc/119.pdf>
- Restrepo, A., (2001) *Ética y Valores*. Venezuela: Ediciones Paulinas.
- Rapee RM, Coplan RJ (2010). *Relaciones conceptuales entre el trastorno de ansiedad y el miedo temperamento. Ansiedad social en la infancia: Bridging Perspectivas de desarrollo y clínicas*. Nuevo Direcciones para el desarrollo infantil y adolescente ,127. 17-31.
- Rojas, E. (2009). *La Ansiedad: cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones* (8a. ed.) España: Editorial temas de hoy.
- Shaffer, D. (2000). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. Madrid: Ed. Thomson.
- Serrano, J., Rengel E. (2000). La transición adolescente y la educación. *Aprendizaje y desarrollo de la personalidad*. 1-16. Recuperado de <https://www3.uji.es/~betoret/Instruccion/Aprendizaje%20y%20DPersonalidad/Curso%2012-13/Apuntes%20Tema%201%20La%20transicion%20adolescente%20y%20la%20educacion.pdf>.
- Spielberger, C.D., Pollans, CH. y Worden, T.J. (1984): *Desordenes de ansiedad. Psicopatología y diagnóstico del adulto*. New York: Wiley.

- Spielberger, C.D., Reheiser, E.C. y Sydeman, S. J.(1995). *Trastornos de la ira: definiciones, diagnóstico y tratamiento. Medición de la experiencia, expresión y control de la ira*. Washington: Taylor and Francis.
- Tobal M., J.J. (1996): *La ansiedad. Guías Prácticas: Psicología y bienestar*. Madrid: Aguilar
- Tobal M., J.J. (1985): *Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad: Elaboración de un instrumento de medida (ISRA)*. (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Toldos, M. (2002). *Adolescencia violencia y Género* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.
- Vázquez, L. (2010) *Psicología*, 2º Curso. Asunción. Editorial Don Bosco,
- Wicks-N., R. I., A. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. España: Prentice Hall.
- Williams, P., Holmbeck, G. y Greenley, R. (2002). Psicología de la salud del adolescente. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 70, 828-842.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
 ÁREA DE LA SALUD HUMANA
 PSICOLOGÍA CLÍNICA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Respetado Sr. Padre o madre de familia, o Representante legal del adolescente, por medio del presente documento le solicito a Usted, la participación voluntaria de su representado en la realización por escrito de unas pruebas psicológicas tituladas “Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) con el objetivo de medir respuestas de Ansiedad y el Cuestionario de Agresión Reactiva-Proactiva (RPQ, con el propósito de evidenciar características agresivas”, que estoy utilizando como parte de un ejercicio académico e investigativo, que tiene como objeto evaluar la relación entre Ansiedad y Conductas Agresivas para determinar si estas influyen en su comportamiento, en la Unidad Educativa Adolfo Valarezo, en los adolescentes que estén cursando décimo año de educación básica, estén matriculados legalmente y asistan a clases normalmente, la misma que será realizada de forma individual en las aulas del establecimiento, utilizando el horario en el que su representado asista a clases.

La información obtenida a partir de las respuestas en la prueba tendrá un carácter eminentemente confidencial de tal manera que el nombre de su representado no se hará público por ningún medio. Igualmente, usted podrá tener conocimiento de la interpretación de los resultados y puntuaciones obtenidas en la prueba.

En consideración a lo anterior, agradezco la participación voluntaria en la realización de esta prueba.

(Yo), portador de la cédula de ciudadanía número, expreso voluntaria y conscientemente mi deseo de que mi representado participe en la realización de la prueba en el lugar y hora prevista por el evaluador.

En constancia firma..... C.C:

Anexo 2: Reactivos Psicológicos

I.S.R.A.-J ADOLESCENTES

Pollo Pérez, M.J.: Miguel Tobal, J.J.

Apellidos y Nombres: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Fecha: _____

Estudios/curso: _____ Otros datos: _____

INSTRUCCIONES

Las preguntas siguientes se refieren a cosas que te pueden suceder. Después de cada una de ellas, encontrarás los números:

0 significa: nunca o casi nunca

1 significa: pocas veces

2 significa a veces si, a veces no

3 significa: muchas veces

4 significa: siempre o casi siempre

Lee cada pregunta y contesta poniendo una cruz sobre el número que mejor indique las veces que te ocurre. No hay respuestas buenas o malas, todas sirven. Por ejemplo:

Nunca o casi nunca	Pocas veces	A veces si, a veces no	Muchas veces	Siempre o casi siempre
--------------------	-------------	---------------------------	--------------	---------------------------

a. Si me quedo sólo (a) en casa siento miedo

0 ~~1~~ 2 3 4

Nunca o casi nunca	Pocas veces	A veces si, a veces no	Muchas veces	Siempre o casi siempre
--------------------	-------------	---------------------------	--------------	---------------------------

b. Si no sé contestar una pregunta en clase, me tiemblan las manos....

0 1 2 ~~3~~ 4

La persona que ha contestado estas preguntas nos dice que si se queda sólo (a) en casa, tiene miedo pocas veces, y si no sabe contestar una pregunta en clase, le tiemblan las manos muchas veces. Contesta todas las preguntas.

CUANDO ESTOY MUY CERCA DE UN CHICO (CHICA) QUE ME GUSTA:

Nunca o casi nunca	Pocas veces	A veces si, a veces no	Muchas veces	Siempre o casi siempre
--------------------	-------------	------------------------	--------------	------------------------

1. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme	0	1	2	3	4
2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como “soy inferior” a los demás, “soy torpe”, etc.	0	1	2	3	4
3. Me falta el aire y mi respiración es más rápida	0	1	2	3	4
4. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar	0	1	2	3	4
5. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes	0	1	2	3	4
6. Repito movimientos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, mover los pies, morderme las uñas, etc.)	0	1	2	3	4

SI TENGO QUE IR CON OTROS CHICOS (O CHICAS) QUE NO CONOZCO:

7. Me siento inseguro de mí mismo	0	1	2	3	4
8. Me cuesta concentrarme	0	1	2	3	4
9. Me tiemblan las manos o las piernas	0	1	2	3	4
10. El corazón me late muy deprisa	0	1	2	3	4
11. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes	0	1	2	3	4
12. Repito movimientos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, mover los pies, morderme las uñas, etc.)	0	1	2	3	4

SI VOY A VER A UN CHICO (O CHICA) QUE ME GUSTA:

13. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, Tales como “soy inferior” a los demás, “soy torpe”, etc.	0	1	2	3	4
14. Me falta el aire y mi respiración es más rápida	0	1	2	3	4
15. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar	0	1	2	3	4

16. Repito movimientos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, mover los pies, morderme las uñas, etc.)	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

A LA HORA DE DORMIR:

17. Me preocupo mucho	0	1	2	3	4
-----------------------	---	---	---	---	---

18. El corazón me late muy deprisa	0	1	2	3	4
------------------------------------	---	---	---	---	---

19. Repito movimientos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, mover los pies, morderme las uñas, etc.)	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

20. Me muevo y hago cosas sin saber para qué	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

AUNQUE NO SUCEDA NADA EN CONCRETO:

21. Me preocupo mucho	0	1	2	3	4
-----------------------	---	---	---	---	---

22. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

23. Me falta el aire y mi respiración es más rápida	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

24. Me muevo y hago cosas sin saber para qué	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

AL OBSERVAR PELEAR Y ESCENAS VIOLENTAS:

25. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como “soy inferior a los demás”, “soy torpe”, etc.	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

26. El corazón me late muy deprisa	0	1	2	3	4
------------------------------------	---	---	---	---	---

27. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

28. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

29. Me muevo y hago cosas sin saber para qué	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

CUANDO VOY A TENER UN EXAMEN:

30. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como “soy inferior a los demás”, “soy torpe”, etc.	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

31. Me duele la cabeza	0	1	2	3	4
------------------------	---	---	---	---	---

32. Me cuesta concentrarme	0	1	2	3	4
----------------------------	---	---	---	---	---

33. Me tiemblan las manos	0	1	2	3	4
---------------------------	---	---	---	---	---

34. Repito movimientos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, mover los pies, morderme las uñas, etc.)	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

35. Me muevo y hago cosas sin saber para qué	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

CUANDO TENGO QUE TOMAR UNA DECISIÓN:

36. No me concentro bien	0	1	2	3	4
--------------------------	---	---	---	---	---

37. Me siento inseguro	0	1	2	3	4
------------------------	---	---	---	---	---

38. Me sudan las manos u otra parte de mi cuerpo hasta en días fríos.	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

39. El corazón me late muy deprisa	0	1	2	3	4
------------------------------------	---	---	---	---	---

40. Me muevo y hago cosas sin saber para qué	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

41. Repito movimientos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, mover los pies, morderme las uñas, etc.)	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

ANTE LA CONSULTA DEL DENTISTA, LAS INYECCIONES, LAS HERIDAS O LA SANGRE:

42. Pienso que los demás se van a dar cuenta de mi Preocupación o de lo torpe que lo hago	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

43. Me siento inseguro de mí mismo	0	1	2	3	4
------------------------------------	---	---	---	---	---

44. Me falta el aire y mi respiración es más rápida	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

45. Me tiemblan las manos o las piernas	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

46. Me muevo y hago cosas sin saber para qué	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

47. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

Anexo 3

CUESTIONARIO DE AGRESIÓN REACTIVA Y PROACTIVA EN ADOLESCENTES (RPQ)

Nombre:

Edad:

Fecha:

En algunas ocasiones, la mayoría de nosotros nos sentimos enfadados o hemos hecho cosas que no deberíamos haber hecho. Señala con qué frecuencia has realizado cada una de las siguientes cuestiones. No pases mucho tiempo pensando las respuestas, solo señala lo primero que hayas pensado al leer la cuestión.

¿Con que frecuencia?

- | | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Has gritado a otros cuando te han irritado..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 2. Has tenido peleas con otros para mostrar quien era superior..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 3. Has reaccionado furiosamente cuando te han provocado otros..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 4. Has cogido cosas de otros compañeros sin pedir permiso..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 5. Te has enfadado cuando estabas frustrado..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 6. Has destrozado algo para divertirte..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 7. Has tenido momentos de rabietas..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 8. Has dañado cosas porque te sentías enfurecido..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 9. Has participado en peleas de pandillas para sentirte "guay" | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 10. Has dañado a otros para ganar en algún juego..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 11. Te has enfadado o enfurecido cuando no te sales con la tuya..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 12. Has usado la fuerza física para conseguir que otros hagan lo que quieres... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 13. Te has enfadado o enfurecido cuando has perdido en un juego..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 14. Te has enfadado cuando otros te han amenazado..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 15. Has usado la fuerza para obtener dinero o cosas de otros..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 16. Te has sentido bien después de pegar o gritar a alguien..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 17. Has amenazado o intimidado a alguien..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 18. Has hecho llamadas obscenas para divertirte..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 19. Has pegado a otros para defenderte..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 20. Has conseguido convencer a otros para ponerse en contra de alguien..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 21. Has llevado un arma para usarla en una pelea..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 22. Te has enfurecido o has llegado a pegar a alguien al verte ridiculizado..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |
| 23. Has gritado a otros para aprovecharte de ellos..... | <input type="checkbox"/> nunca | <input type="checkbox"/> a veces | <input type="checkbox"/> a menudo |