



UNIVERSIDAD
DE PIURA

FACULTAD DE HUMANIDADES

**Relación entre la calidad de sueño y la conducta agresiva
en estudiantes de una universidad privada de Lima
Metropolitana**

Tesis para optar el Título de
Psicólogo

Alessandra Noriega Velarde

**Asesor(es):
Mgtr. Katerine Nataly Romero Llanos**

Lima, agosto de 2022

NOMBRE DEL TRABAJO

**Tesis Alessandra Noriega tesis final.doc
x**

RECUENTO DE PALABRAS

18892 Words

RECUENTO DE PÁGINAS

71 Pages

FECHA DE ENTREGA

Jul 20, 2022 10:29 PM GMT-5

RECUENTO DE CARACTERES

105443 Characters

TAMAÑO DEL ARCHIVO

3.4MB

FECHA DEL INFORME

Jul 20, 2022 10:37 PM GMT-5**● 23% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 22% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 16% Base de datos de trabajos entregados
- 11% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado



Resumen

Hasta la fecha, en Perú no se han realizado estudios que examinen la relación entre la calidad de sueño y las conductas agresivas. Dado que una mala calidad de sueño produce múltiples consecuencias negativas, como puede ser un aumento en los niveles de agresividad, es de importancia tomar en cuenta dicha relación. En ese sentido, el objetivo de la presente investigación es establecer la relación entre la calidad de sueño y la conducta agresiva, y se propone la hipótesis de que efectivamente existe una relación entre ambas variables.

Se administraron dos cuestionarios de forma virtual a una muestra de 209 estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana. Se utilizó el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh para evaluar la calidad del sueño y el Cuestionario de Agresividad (AQ) de Buss y Perry para evaluar la conducta agresiva.

Los resultados señalan que una puntuación elevada en el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (una mala calidad de sueño) se correlaciona de forma positiva y significativa con una puntuación alta en el Cuestionario de Agresividad ($r=0.412$; $p=0.000$); por lo tanto, a menor calidad de sueño que tenga una persona, mayores niveles de agresividad mostrará. Asimismo, las dimensiones de hostilidad e ira pertenecientes a la conducta agresiva mostraron un mayor coeficiente de correlación y significancia con la calidad de sueño ($r=0.561$, $p=0.000$; $r=0.242$, $p=0.00$), mientras que agresividad física y agresividad verbal mostraron un coeficiente bajo y poco significativo ($r<0.300$).

Los hallazgos señalan que sí se presenta una relación significativa entre la calidad de sueño y la conducta agresiva. Respecto a las dimensiones de la conducta agresiva, hostilidad e ira tuvieron una relación más significativa con la calidad de sueño; por otra parte, si bien agresividad física y agresividad verbal resultaron tener un coeficiente débil con la calidad de sueño, sí se puede señalar que existe una relación.



Tabla de contenido

Introducción	9
Capítulo I: Planteamiento y delimitación del problema	11
1. Formulación del problema	11
2. Preguntas de investigación.....	12
3. Delimitación de objetivos	12
3.1. <i>Objetivo general</i>	12
3.2. <i>Objetivos específicos</i>	13
4. Importancia y justificación del estudio.....	13
5. Viabilidad y limitaciones del estudio	14
Capítulo II: Marco teórico	15
1. Revisión de literatura.....	15
2. Definición de variables	18
2.1 <i>Sueño</i>	18
2.2. <i>Conducta agresiva</i>	23
3. Formulación de hipótesis.....	27
3.1. <i>Hipótesis general</i>	27
3.2. <i>Hipótesis específicas</i>	27
Capítulo III: Método	29
1. Tipo de investigación	29
2. Alcance de investigación.....	29
3. Diseño de investigación	29
4. Población	29
5. Muestra	29
6. Muestreo	30
6.1. <i>Unidad de análisis</i>	31
6.2. <i>Criterios de inclusión</i>	31
6.3. <i>Criterios de exclusión</i>	31
7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	31
7.1. <i>Ficha técnica Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh</i>	31
7.2. <i>Ficha técnica Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry</i>	33
7.3. <i>Validez y confiabilidad en aplicación virtual</i>	35
8. Procedimiento	35
9. Aspectos éticos	36

Capítulo IV: Resultados	37
1. Resultados descriptivos	37
2. Resultados inferenciales	38
Capítulo V: Discusión	41
Conclusiones	43
Recomendaciones	45
Lista de referencias	47
Apéndice 1	55
Apéndice 2	57
Apéndice 3	61
Anexo 1	67
Anexo 2	69



Lista de tablas

Tabla 1 Características de los participantes incluidos en el estudio.....	30
Tabla 2 Distribución de la muestra según categoría de calidad de sueño.....	37
Tabla 3 Distribución de la muestra según conducta agresiva.....	37
Tabla 4 Distribución de la muestra según dimensiones de conducta agresiva.....	38
Tabla 5 Evaluación de la normalidad de las variables de estudio.....	39
Tabla 6 Calidad de sueño y conducta agresiva.....	39
Tabla 7 Calidad de sueño y dimensiones de conducta agresiva.....	40
Tabla 8 Prueba de KMO y Bartlett para Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh.....	55
Tabla 9 Comunalidades para Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh.....	55
Tabla 10 Varianza total explicada para Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh.....	55
Tabla 11 Matriz factorial para Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh.....	55
Tabla 12 Estadísticas de fiabilidad para Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh.....	56
Tabla 13 Prueba KMO y Bartlett para Cuestionario de Agresión de Buss y Perry.....	57
Tabla 14 Comunalidades para Cuestionario de Agresión de Buss y Perry.....	57
Tabla 15 Varianza total explicada para Cuestionario de Agresión de Buss y Perry.....	58
Tabla 16 Matriz de factor rotado para Cuestionario de Agresión de Buss y Perry.....	58
Tabla 17 Estadísticas de fiabilidad para Cuestionario de Agresión de Buss y Perry.....	59



Introducción

Hoy en día, muy pocas personas prestan importancia a la calidad del sueño, y cómo es que esta repercute sobre la salud del individuo. El estilo de vida actual facilita la adquisición de malos hábitos al momento de dormir – como lo son el cambio constante de rutinas u horarios de sueño, el uso de electrónicos antes de dormir, insomnio o consumo de fármacos para conciliar el sueño, contante estrés por carga académica, laboral, entre otros –, pudiendo así ocasionar una mala calidad de sueño que no permita a la persona descansar lo necesario. El cansancio que surge por una disminución en la calidad de sueño puede alterar a la persona en diversos aspectos, como a nivel fisiológico, conductual, perceptual, cognitivo y emocional; por lo tanto, frente a estos cambios, es posible que presente ojeras o los ojos hinchados, la piel se torne más grasosa, tenga un mayor consumo y alimentos y por ende un aumento de peso corporal, se sienta más cansado, con dificultad para concentrarse y recurriendo a sustancias como la cafeína para mantenerse alerta, se sienta estresado, emocionalmente agotado o más agresivo e irritable de lo usual (Harvey et al., 2008; St-Onge et al., 2011; Chervin et al., 2013; Chen & Lyga, 2014; Rezaei, et al. 2018;).

En el Perú, tanto la calidad de sueño como la conducta agresiva son variables que han sido poco estudiadas de forma independiente, en especial relacionado con los estudiantes universitarios. Es por esto que el presente estudio busca aportar material novedoso que ayude a explicar la relación entre estas dos variables y fomente la realización de estudios relacionados a futuro.

Esta investigación es de tipo correlacional, transversal y cuantitativa. Es correlacional al buscar una relación entre las variables, al igual que al no contar con un grupo control, sino que los grupos están previamente determinados según la categoría a la que pertenece cada individuo. Asimismo, es transversal debido a que las pruebas son aplicadas una vez, en determinadas fechas del mes de diciembre 2020. Por otra parte, la característica cuantitativa se da porque la forma de recolectar información es mediante puntajes, que ubican a cada individuo en su respectiva categoría de cada variable. Finalmente, se espera encontrar que hay una correlación entre la calidad de sueño y la conducta agresiva en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.



Capítulo I: Planteamiento y delimitación del problema

1. Formulación del problema

El Instituto del Sueño (2018) indica que el sueño es una necesidad de tipo biológica que concede a la persona la restitución de sus funciones fisiológicas y psicológicas, para así poder lograr un rendimiento óptimo. De igual forma, Carlson (2014) postula que el sueño es una actividad muy significativa tanto para el desarrollo cerebral temprano como para el restablecimiento diario de la actividad metabólica cerebral.

Por otro lado, Hafner et al. (2016) explican que las personas que duermen un tiempo menor a seis horas presentan aumento de 13% en su riesgo de mortalidad, en comparación a aquellas que descansan entre siete y nueve horas. Según estos autores, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos ha señalado la falta de sueño como un problema público de salud. En el Perú, el Seguro Social de Salud (EsSalud) reportó que hasta marzo del año 2018, el 60% de sus asegurados padecen de insomnio. Asimismo, explica que aquellas personas que sufren de insomnio suelen estar ansiosas, cansadas e irritables, pueden aumentar de peso, presentar bajo rendimiento escolar y/o laboral y sufrir de accidentes a causa de la somnolencia (EsSalud, 2018). En consecuencia, se evidencia que la carencia de sueño tiene efectos negativos sobre el desempeño del individuo, tanto a nivel fisiológico (cambios metabólicos, hormonales, etc. que pueden resultar en enfermedades) como a nivel psicológico (cambio en estado de ánimo, procesamiento de la información, rendimiento académico, atención, etc.).

Dentro de las poblaciones menos estudiadas en relación al sueño se encuentran los estudiantes universitarios; sin embargo, pueden ser considerados como una población que sufren constantemente pérdida de sueño debido a la exigencia de sus estudios, entre otras razones. Por ejemplo, el estudio de Borquez (2011) descubrió que los estudiantes universitarios con alto nivel de calidad de sueño tenían mejores indicadores de salud en comparación con los que tenían baja calidad. Además, se ha evidenciado que los estudiantes con baja calidad de sueño exhiben hábitos perjudiciales, tales como: consumo de marihuana, cigarro, alcohol, baja actividad física, etc. (McKnight-Eily et al., 2011). Por otra parte, una pobre calidad de sueño puede afectar la función emocional conllevando a una ausencia de modulación en la expresión emocional (Walker & van der Helm, 2009); además un sueño constantemente interrumpido de forma crónica puede sensibilizar a personas a los trastornos del estado de ánimo (Baglioni et al., 2011; Meerlo et al., 2008), como por ejemplo el trastorno depresivo mayor suele coexistir con síntomas de insomnio (Riemann & Voderholzer, 2003; Tsuno et al., 2005). Los estudiantes universitarios, al ser expuestos a demandantes horas de estudio y altos niveles de estrés, es posible que cuenten con cortos periodos de sueño al día; por lo tanto, tomando en cuenta los efectos que surgen debido a la falta de sueño, se podría considerar

la relación entre el sueño de los universitarios y la presencia de conductas agresivas que podrían repercutir sobre su entorno social y académico.

Para ello, es necesario también tener en claro el concepto de conducta agresiva, y a qué hace referencia cuando se habla de este. Carrasco y Gonzáles (2006) consideran que es un comportamiento fundamental y primordial para todo ser viviente. Asimismo, indican que este tipo de conducta tiene carácter “polimorfo” (p.8) ya que se puede presentar en los distintos niveles de un individuo, estos son: físico, emocional, cognitivo y social. Tras una revisión en torno a la definición del concepto ‘agresividad’, Carrasco y Gonzales identificaron 3 características presentes en todas: a) es intencional, por lo que va dirigido a un objetivo; b) consecuencias negativas u aversivas, hacia otros o sí mismo; c) múltiples formas de expresión (Carrasco y Gonzales, 2006).

En consecuencia, resulta importante comprender que la calidad de sueño es un aspecto relevante para los estudiantes universitarios y en concreto relacionado a la conducta agresiva, la cual puede repercutir de forma negativa sobre distintos ámbitos de la vida del sujeto, tales como las relaciones sociales y el rendimiento académico. Entendiendo esto, viene a ser muy pertinente el estudiar si las variables calidad de sueño y conducta agresiva cuentan con una relación.

2. Preguntas de investigación

1. ¿Existe relación entre la calidad de sueño y la conducta agresiva en estudiantes de la universidad privada de Lima Metropolitana matriculados en el ciclo 2020-II?
2. ¿Existe relación entre la calidad de sueño y la agresividad física en los estudiantes de la universidad privada de Lima Metropolitana matriculados en el ciclo 2020-II?
3. ¿Existe relación entre la calidad de sueño y la agresividad verbal en los estudiantes de la universidad privada de Lima Metropolitana matriculados en el ciclo 2020-II?
4. ¿Existe relación entre la calidad de sueño y la ira en los estudiantes de la universidad privada de Lima Metropolitana matriculados en el ciclo 2020-II?
5. ¿Existe relación entre la calidad de sueño y la hostilidad en los estudiantes de la universidad privada de Lima Metropolitana matriculados en el ciclo 2020-II?
6. ¿Cuál es el tipo de dormidor más frecuente en los estudiantes de la universidad privada de Lima Metropolitana matriculados en el ciclo 2020-II?
7. ¿Cuál es el nivel de conducta agresiva más frecuente en los estudiantes de la universidad privada de Lima Metropolitana matriculados en el ciclo 2020-II?

3. Delimitación de objetivos

3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la calidad de sueño y la conducta agresiva en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana matriculados en el ciclo 2020-II.

3.2. Objetivos específicos

1. Establecer la relación entre la calidad de sueño y la agresividad física en estudiantes de la universidad privada de Lima Metropolitana matriculados en el ciclo 2020-II.
2. Establecer la relación entre la calidad de sueño y la agresividad verbal en estudiantes de la universidad privada de Lima Metropolitana matriculados en el ciclo 2020-II.
3. Establecer la relación entre la calidad de sueño y la ira en estudiantes de la universidad privada de Lima Metropolitana matriculados en el ciclo 2020-II.
4. Establecer la relación entre la calidad de sueño y la hostilidad en estudiantes de la universidad privada de Lima Metropolitana matriculados en el ciclo 2020-II.

4. Importancia y justificación del estudio

De acuerdo con la American Academy of Sleep Medicine (2005), una mala calidad de sueño está asociado con la disminución del funcionamiento diurno. Por ejemplo, un aumento en la sensación subjetiva de depresión, tensión y fatiga (p.297).

Además, en base a los estudios de Veldi et al.(2005), se señala que la población de estudiantes universitarios puede presentar tendencia a una mala calidad de sueño, pues se encuentran en una etapa en la cual los cambios significativos en el entorno tienen secuelas negativas sobre la calidad de sueño. Exigencia académica, obligaciones, ocupaciones y labores son considerados cambios que llevan al universitario a percibir estrés, privación u horarios irregulares de sueño, irregularidades en la alimentación, entre otras cosas (Carrillo-Mora et al., 2013). Asimismo, diversos autores aseguran que la calidad de sueño tiene efectos sobre el rendimiento académico, indicando que al presentar una menor calidad de sueño también podrían presentar un promedio académico bajo (Gomes et al., 2011; Gilbert & Weaver, 2010).

No obstante, a nivel nacional no se encuentran muchos estudios en torno a la calidad de sueño ni conductas agresivas en estudiantes universitarios; los resultados más destacados son de Rosales Mayor et al. (2008), quienes se centraron en una muestra de estudiantes de la facultad de medicina a lo largo de sus prácticas hospitalarias, indagando en sus hábitos de sueño y concluyeron que la mitad de los participantes de la investigación presentaba una mala calidad de sueño durante sus prácticas.

Se puede apreciar entonces que la población estudiada se encuentra expuesta a diversos cambios y, por lo tanto, es susceptible a alterar sus reacciones emocionales y conductuales en respuesta a su entorno. Por lo tanto, dentro de las consecuencias por falta de sueño se puede considerar la labilidad emocional, entendida como una oscilación entre estadios emocionales y disminución del control sobre las respuestas emocionales (Dahl, 1999). La disminución de inhibiciones puede conducir a la persona a manifestar irritabilidad, impaciencia y baja tolerancia a la frustración, pudiendo resultar en agresividad. En este sentido, se puede notar la posible relación entre ambas variables, calidad de sueño y conducta agresiva, en la población de estudio, logrando que la presente

investigación cuenta con justificación teórica, al buscar confirmar teoría presentando evidencia a favor, o rechazarla con evidencia empírica en contra.

De igual forma, se puede atribuir justificación metodológica, al realizar una posible adaptación de la prueba para la muestra, así como encontrar baremos para las características específicas de la muestra. Asimismo, presenta justificación práctica, debido a que, con los resultados del actual estudio, es posible proponer medidas académicas para incrementar la calidad de sueño de los alumnos; por ejemplo, medidas que involucren la carga académica, los entornos diseñados para estudiantes y el desarrollo de nuevos enfoques que busquen disminuir conductas no deseadas. Finalmente, se justifica mediante el grupo de estudio, en este caso son alumnos universitarios matriculados en la universidad privada de Lima Metropolitana en el ciclo 2020-II. Esta muestra es específicamente vulnerable ante la mala calidad de sueño debido a los cambios en su entorno y la exigencia académica.

5. Viabilidad y limitaciones del estudio

El presente estudio cuenta con los recursos materiales para aplicar las pruebas correspondientes, al igual que recursos de tiempo. De igual forma, el lugar donde se conseguirá la muestra está claramente definido, siendo una universidad privada específica de Lima Metropolitana.

La investigación, si bien plantea un problema común para la mayoría de los estudiantes universitarios, cuenta con la limitación de no poder ser generalizada. Esto se debe a que la muestra no es representativa y no cuenta con las características de la población universitaria del mundo, tan solo con las de la muestra en la que se aplica; por lo tanto, los resultados presentan un sesgo hacia dicha universidad. Asimismo, las edades de los participantes no fueron restringidas, permitiendo a todo alumno matriculado en el ciclo 2020-II participar del estudio; participaron estudiantes con una edad de 17 a 28 años, lo cual puede generar diferencias en los resultados debido a encontrarse en diferentes etapas del desarrollo humano. Finalmente, debido a la pandemia por COVID-19, se vio la necesidad de aplicar las pruebas en formato virtual, lo cual sugiere que las preguntas de los participantes respecto a la aplicación de pruebas fueron respondidas de forma diferida.

Capítulo II: Marco teórico

1. Revisión de literatura

En el 2013, Taylor et al. realizaron un estudio con el propósito de examinar directamente las consecuencias de la hostilidad en la calidad de sueño. La justificación para realizar el estudio es que hay una carencia de investigaciones que examinen directamente los efectos de la hostilidad sobre la calidad de sueño evaluada prospectivamente. Esto se consideró de vital importancia, pues aquellos individuos con mayor hostilidad demuestran patrones de reactividad similares a los factores estresantes percibidos, como suelen informar los pobres durmientes. Los autores se basaron en el modelo de reactividad fisiológica, el cual afirma que los individuos con alta hostilidad son hiperreactivos cognitiva y somáticamente al estrés; de igual forma, utilizaron el modelo cognitivo del insomnio para explicar el trabajo, este propone que el estrés cognitivo y somático es una vía importante a través del cual se degrada el sueño.

En la investigación se planteó como hipótesis que el aumento de rasgo de hostilidad se asocia con una mala calidad de sueño subjetivo y que el estrés percibido media dicha relación. Es por esto que, con una muestra de 66 estudiantes de la carrera de psicología como pregrado con sueño normal, se completaron registros diarios de sueño y estrés durante dos semanas. Los instrumentos de autoinformes retrospectivos aplicados fueron The Pittsburgh Sleep Quality Index, el Percieved Stress Scale y el Cook-Medley Hostility Scale, mientras que las medidas de autoinforme prospectivas fueron The Sleep/Dream Checklist y el Daily Stress Inventory para la hostilidad medida retrospectivamente (Taylor et al., 2013).

Tras la aplicación de inventarios, Taylor et al. (2013) encontraron que la hostilidad cognitiva (medida por las sub-escalas de cinismo y atribución hostil de la escala Cook-Medley Hostility Scale) y la hostilidad conductual (medida por la sub-escala de respuesta agresiva) se correlacionaron con las puntuaciones del componente de calidad del sueño del Pittsburgh Sleep Quality Index y el Percieved Stress Scale. Asimismo, hallaron correlaciones negativas y significativas entre la hostilidad cognitiva y ambas medidas de la calidad del sueño, de manera que el aumento de la hostilidad se relacionó con disminuciones tanto en la calidad del sueño retrospectiva ($r=-0.43$, $P<0.001$) como en la calidad del sueño medida prospectivamente ($r = -0.26$, $P<0.05$).

Los autores concluyeron que el aumento del rasgo de hostilidad se asocia con un empobrecimiento de la calidad del sueño medida retrospectivamente y prospectivamente y que esta relación está mediada significativamente por la respuesta de uno al estrés (Taylor et al., 2013).

Asimismo, Arbinaga et al. (2019) se plantearon analizar la expresión la ira en estudiantes universitarios según su calidad de sueño percibida. Explican que los estados emocionales de los individuos previos al sueño tienen un impacto directo sobre el sueño REM y la actividad simpática (contracción de músculos lisos, secreción de glándulas, control del ritmo cardiaco, etc.) durante el

sueño. Así, aseguran que las personas que vivencian emociones negativas a lo largo del día, tales como ansiedad e irritabilidad, presentan una propensión a una mala calidad de sueño y otros problemas asociados como el insomnio. Los autores identifican la ira como un impulso o inclinación al ataque que aparece como una reacción frente a frustraciones, amenazas, daños, coacción o un trato distintivo. Propusieron como su principal hipótesis que los estudiantes con una mala calidad de sueño, o con problemas asociados al sueño, obtendrían puntajes más altos en la prueba de ira.

Dicho estudio contó con una muestra de 1252 estudiantes con 23.58 años como edad promedio, utilizando un diseño de investigación ex-post facto y muestreo por conveniencia. Para medir la calidad de sueño utilizaron la adaptación española de The Pittsburgh Sleep Quality Index, mientras que para medir la ira utilizaron la versión española de State-Trait-Anger-Expression Inventory 2 (STAXI-2) (Arbinaga et al., 2019).

El estudio obtuvo como resultado que los participantes que puntuaban superior a 5 en The Pittsburgh Sleep Quality Index (indicando una mala calidad de sueño) tenían una puntuación alta en las subescalas de STAXI-2 denominadas 'Rasgo de ira' (OR=1.90) e 'Índice de expresión de ira' (OR=1.56). Por lo tanto, los autores concluyeron que existía una relación marcada entre la calidad de sueño y la ira (Arbinaga et al., 2019).

Con una población similar, Randler & Vollmer (2013) hipotetizaron que la orientación nocturna (punto medio del sueño), así como la corta duración del sueño tendrían una correlación positiva con las puntuaciones de agresividad. La muestra consistió de 432 estudiantes voluntarios (320 hombres y 112 mujeres) de cinco universidades en el oeste de Alemania. Para medir las variables de interés utilizaron el Buss-Perry Aggression Questionnaire para la agresividad y hostilidad, y el Composite Scale of Morningness para medir la preferencia circadiana, además de recolectar las 8 diferentes variables reportadas respecto al ciclo habitual de sueño-vigilia.

Los investigadores utilizaron el coeficiente de correlación de Pearson y modelo general multivariado (MANOVA) para analizar los resultados. En esta misma línea, los resultados de las correlaciones bivariadas entre las cuatro dimensiones del Buss-Perry Aggression Questionnaire con las variables reportadas asociadas al ciclo sueño-vigilia y la preferencia circadiana demostraron que existen correlaciones negativas y significantes entre la duración del sueño y la agresividad física y verbal (-0.26, -0.27), ira (-0.13) y hostilidad (-0.11). Por lo contrario, en referencia al análisis de MANOVA, el modelo general multivariado se basó en todas las sub-escalas y variables dependientes del Buss-Perry Aggression Questionnaire. Este demostró que la variable reportada asociada al ciclo sueño-vigilia denominada 'duración de sueño' tuvo la varianza explicada más alta en las sub-escalas de agresividad: agresividad física (F=2.81), agresividad verbal (F=9.83), ira (F=4.60) y hostilidad (F=2.14). Por lo tanto, los datos recolectados demostraron una relación inversa y significativa entre las variables sueño-vigilia y la agresividad, algunas variables de sueño-vigilia se relacionaron de manera

diferente con las cuatro subescalas del Buss-Perry Agresion Questionnaire, como por ejemplo la preferencia circadiana se relacionó con la hostilidad.

Por su parte, Ireland & Culpin (2006) se centraron en la relación entre problemas de sueño y agresividad, ira e impulsividad, específicamente en jóvenes delincuentes hombres. De igual forma, buscaron explorar si la agresividad, ira e impulsividad prevén la cantidad y calidad de sueño. Así, el estudio se realizó con una muestra de 184 delincuentes masculinos entre los 14 y 20 años. Todos completaron el Sleep Complaints Scale, que explora problemas de sueño, al igual que The Agresion Questionnaire, The Anger Management Assessment Questionnaire y The Barratt Impulsivity Scale-II, los cuales son medidas que evalúan la agresividad, ira e impulsividad.

El estudio sugiere una relación entre la agresividad y el sueño, haciendo énfasis en el papel de la hostilidad. Se encontró que el puntaje total de agresividad se relacionaba con la cantidad de sueño, tanto como la calidad de sueño; observaron que el puntaje total de agresividad era un predictor para las quejas de sueño ($B=.11$, Beta $.27$, $t=3.28$, $p<.001$) y una mala calidad de sueño ($B=.08$, Beta $.28$, $t=3.40$, $p<.001$). De igual forma, en las sub-escalas de agresividad, el aumento de hostilidad demostró un aumento en los problemas relacionados a la calidad de sueño ($B=.36$, Beta $.38$, $t=4.69$, $p<.001$), al igual que la hostilidad fue un factor predictivo de las quejas respecto al sueño ($B=.47$, Beta $.36$, $t=4.43$, $p<.001$).

Brand et al. (2016) enfocaron su investigación en adolescentes, así propusieron que una mala calidad de sueño estaba relacionada con una menor competencia emocional. La muestra fue confirmada por 366 adolescentes en escuelas secundarias ubicadas al noroeste de Suiza, con edad media de 16.9 años. El Emotional Competency Inventory fue utilizado para medir las competencias emocionales, la prueba Reading the Mind in the Eyes para medir la empatía y las medidas de sueño autoinformadas fueron el Insomnia Severity Index y el Epworth Sleepiness Scale. Por lo tanto, mediante la aplicación de correlaciones, ANOVA y la prueba de Chi cuadrado, encontraron que las puntuaciones más altas de insomnio se asociaban con una menor regulación y control de las propias emociones, al igual que con una reducida percepción y comprensión de las propias emociones. En esta misma línea, el coeficiente de correlación entre insomnio y regulación y control de propias emociones fue -0.35 , indicando que a mayor insomnio existe un menos control de las emociones.

En el 2019, se desarrollaron múltiples estudios que dentro de sus variables contaban con la calidad de sueño y la agresividad; en principio, Al Beshr y Arora se propusieron investigar la posible relación entre la calidad de sueño y la agresividad, haciendo hincapié en la dimensión de ira, en adultos residentes de los Emiratos Árabes Unidos. Con una muestra de 50 participantes de 18 a 50 años de edad, las investigadoras aplicaron las pruebas The Pittsburgh Sleep Quality Index y el Buss-Perry Agresion Questionnaire. Los resultados demostraron que la puntuación total de calidad de sueño se

relacionaba positiva y significativamente con el puntaje total de agresividad ($r=.31$, $p=.0300$), al igual que con la sub-escala de ira ($r=.41$, $p=.0030$) perteneciente a la prueba de agresividad.

En el mismo año, İskender et al. (2019) investigaron la relación entre la agresividad, la calidad de sueño y la autocompasión. Utilizaron el Self-Compassion Scale, The Pittsburgh Sleep Quality Index y el Buss-Perry Aggression Questionnaire en 527 estudiantes de secundaria en Turquía. Tras analizar los coeficientes de correlación estandarizados, encontraron que las variables predictivas de la agresión eran en primer lugar la sobreidentificación ($\beta=.212$; $p<0.01$), luego la autocrítica ($\beta=.196$; $p<0.01$) y finalmente la calidad de sueño ($\beta=.161$; $p<0.01$).

2. Definición de variables

2.1 Sueño

Como se mencionó, el sueño es de vital importancia para el ser humano, y su buen rendimiento repercute sobre diversas áreas de la persona, al igual que un mal sueño. Incluso llega a ser una necesidad esencial según Maslow, clasificando dentro de las necesidades fisiológicas, debido a que, si esta necesidad no es satisfecha, la motivación para realizar otras necesidades de distintas jerarquías – como por ejemplo necesidades de amor y pertenencia o la autorrealización – disminuye significativamente (Cloninger, 2003).

Goncalves (2011) define el sueño como “un estadio fisiológico recurrente de reposo del organismo que se caracteriza por una inacción relativa, con ausencia de movimientos voluntarios, gran aumento del umbral de respuesta a estímulos externos y que es fácilmente reversible” (p.8). No obstante, Vilamitjana (2014) argumenta que se trata de un proceso dinámico al tener el trabajo de reorganización neuronal y regulación.

Tomando en consideración las características del sueño mencionadas anteriormente, para el presente estudio se tomará la descripción del concepto propuesta por Domínguez Pérez et al. (2007) el cual señala que es un aspecto vital para:

mantener la salud en tanto que ejerce un gran impacto en la vida de las personas y sus efectos no se limitan al propio organismo (necesidad de restauración neurológica) sino que afectan al desarrollo y funcionamiento normal de las capacidades cognoscitiva e intelectuales del ser humano (p.1).

2.1.1. Fases del Sueño. Actualmente, se conoce que existen diversas fases a lo largo del curso del sueño y cada una de estas presenta características propias; por ejemplo, la actividad cerebral durante el sueño varía según la fase en la que se encuentra. Dichas etapas del sueño se dividen en dos grandes tipos de sueño que siempre ocurren en el mismo orden: sueño sin movimiento ocular rápido (No MOR) y sueño con movimientos oculares rápidos (MOR) (Carrillo-Mora et al., 2013).

El sueño No MOR, también conocido como sueño de ondas lentas o reparador, está caracterizado por una reducción de funciones vegetativas y la tensión muscular. La persona es capaz

de soñar, pero no lo recuerda debido a su falta de fijación en la memoria durante este tipo de sueño. La profundidad de este sueño evita que la persona pueda percibir estímulos externos leves, despertándose solo con estímulos fuertes y creando confusión ante esto (Guyton y Hall, 2016).

Dentro del sueño No MOR se encuentran las cuatro primeras fases del sueño. La Fase 1 hace referencia a la somnolencia o sueño ligero. En esta, la persona puede despertar fácilmente y disminuye la actividad de los músculos progresivamente; a nivel cerebral, se observan frecuencias de voltaje reducido con ciertas ondas agudas. En la Fase 2 disminuye de manera progresiva la temperatura corporal, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria, mientras que a nivel cerebral aparece la actividad llamada husos de sueño. Las Fases 3 y 4 (llamadas fase N3 en conjunto) se aprecia la actividad cerebral de frecuencia y ondas lentas, son las fases más profundas de sueño (Carrillo-Mora et al., 2013).

El sueño de movimiento ocular rápido (MOR), también conocido como fase R, es la contraparte del sueño reparador, es decir, no permite descansar a la persona y hace que esta no sea consciente de su entorno. Su duración es de aproximadamente 90 minutos, contiene sueños y permite movimientos corporales; dentro de estos movimientos están los movimientos oculares rápidos (Guyton y Hall, 2016). La mayoría de los sueños que una persona recuerda ocurren durante el sueño MOR (Carrillo-Mora et al., 2013).

Los adultos jóvenes permanecen en el sueño no MOR de 70 a 100 minutos aproximadamente, luego entra a la etapa del sueño MOR de 5 a 30 minutos y el ciclo se vuelve a repetir cada 90 a 120 minutos (Barkoukis Teri & Von Essen, 2012; Carrillo-Mora et al., 2013). Por lo tanto, dependiendo del total de horas dormidas y el tipo de sueño que predomina en cada persona, la calidad de sueño se ve afectada y por ende el rendimiento en su día a día.

2.1.2. Calidad de sueño. Para que el sueño sea reparador, no solo es importante la cantidad de horas dormidas por una persona, sino también la calidad del sueño de las horas dormidas. Los investigadores Buysse et al. (1989), quienes desarrollaron el Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh, refieren que el constructo de calidad de sueño es complejo debido a que consiste de aspectos cuantitativos y medibles, tanto como cualitativos y subjetivos:

Although sleep quality is a readily accepted clinical construct, it represents a complex phenomenon that is difficult to define and measure objectively. 'Sleep quality' includes quantitative aspects of sleep, such as sleep duration, sleep latency, or number of arousals, as well as more purely subjective aspects, such as 'depth' or 'restfulness' of sleep. [Aunque la calidad de sueño es un constructo clínico fácilmente aceptado, representa un fenómeno complejo que es difícil de definir y medir objetivamente. La 'calidad de sueño' incluye aspectos cuantitativos del sueño, como la duración del

sueño, la latencia del sueño o el número de excitaciones, al igual que aspectos más puramente subjetivos, como la 'profundidad' o 'inquietud' del sueño.] (p. 194)

Según otros autores, el término 'calidad de sueño' se refiere a una buena noche de sueño y además tener una función óptima durante el día y horas de vigilia (Domínguez Pérez et al., 2007; Rosales Mayor et al., 2008). Asimismo, Fontana et al. (2014) plantean que la calidad de sueño tiene como base un conjunto de factores, los cuales son la valoración subjetiva del sueño, la duración del sueño, la latencia del sueño, la profundidad del sueño, los despertares nocturnos y la capacidad reparadora del sueño. Por lo tanto, dicho término es representado por la relación particular entre el sueño y el ciclo que representa el paso de vigilia a sueño; así, es de importancia la valoración subjetiva sobre qué tan bien duerme una persona, al igual el desempeño de esta durante el estado de vigilia (llamado funcionamiento diurno).

Pretty (2016) propone que es recomendable para adultos jóvenes dormir de 7 a 9 horas, con una interrupción mínima y una latencia de sueño alrededor de 10 minutos – considerándolo como el tiempo que la persona se demora en pasar de la vigilia hacia la primera etapa de sueño (Weiner & Craighead, 2010) – lo cual permite tener una buena calidad de sueño. De lo contrario, una mala calidad de sueño está vinculada con diversas consecuencias, dentro de estas se encuentran problemas como enfermedades cardiovasculares, metabólicas (como por ejemplo la diabetes y obesidad) y vasculares cerebrales (Carrillo-Mora et al., 2018; Escobar et al., 2013; National Heart, Lung and Blood Institute, 2013), al igual que problemas en la adherencia a ciertos tratamientos – como puede suceder con pacientes con infección por VIH/SIDA que llevan un tratamiento antirretroviral (Phillips et al., 2005; Saberi et al., 2011; Tello-Velásquez et al., 2015).

Los efectos que surgen debido a alteraciones en el sueño no están limitados al organismo en sí mismo, el funcionamiento diurno también se encuentra comprometido. Surgen problemas con determinadas funciones cognitivas como es el aumento del tiempo de reacción, empobrecimiento en la memoria de trabajo y de corto plazo, enlentecimiento cognitivo, la atención sostenida se torna inestable e incrementan los descuidos, repetición de respuestas ante distintos estímulos (respuestas perseverativas), conducta arriesgada en la toma de decisiones, disminuye la capacidad de aprendizaje, deterioro en el desempeño de tareas de larga duración, reducción de la flexibilidad cognitiva, alteración del juicio, fatiga y aparición de microsueños involuntarios, y alteraciones en el humor como la irritabilidad y el enojo (Carrillo-Mora et al., 2013). Por ejemplo, al verse afectado el rendimiento por la reducción de horas de sueño – entendido como el poder pensar con claridad, reaccionar rápidamente y formar recuerdos –, las reacciones del individuo son lentas y le es más difícil sostener la concentración. Asimismo, el estado de ánimo también es afectado, manifestando irritabilidad, ansiedad, impaciencia y modificaciones en el comportamiento que pueden resultar en dificultades en

las relaciones interpersonales, además de estar en riesgo de sufrir depresión (National Heart, Lung and Blood Institute, 2013; Marín Agudelo et al., 2008).

En esta misma línea, Dahl (1999) realizó una revisión literaria en la cual identifica las consecuencias de un sueño insuficiente en adolescentes, lo cual genera una mala calidad de sueño. El autor menciona que hay cuatro efectos centrales que aparecen ante una falta de sueño aguda, estos son: (1) somnolencia, (2) aspectos motivacionales del cansancio, (3) cambios emocionales, y (4) alteraciones en la atención y desempeño. Los cambios emocionales que se propone pueden conducir a la labilidad emocional, pues ante la ausencia de sueño, se presenta una mayor variabilidad entre estados emocionales al igual que un menor control sobre las respuestas emocionales. Adolescentes enfrentados a una actividad tediosa demostraron irritabilidad, impaciencia y baja tolerancia a la frustración. En resumen, hay una disminución de inhibiciones y control consciente sobre las emociones; esta falta de control puede presentar como consecuencia el involucramiento de adolescentes en comportamientos de alto riesgo. Por lo tanto, la incapacidad de controlar emociones puede desembocar en agresividad, comportamiento sexual, abuso de sustancias, entre otros (Dahl, 1999).

En base a distintos estudios realizados a lo largo de los años, múltiples investigadores han señalado algunos factores que influyen en la calidad de sueño:

- i) *Ritmos circadianos*: Son definidos por la percepción propia en relación al cambio en el entorno, específicamente la luz y la oscuridad. Esto hace posible que la persona realice actividades y satisficiera necesidades a lo largo del día, y dormir en la noche. Estos ritmos pueden ser alterados por fármacos, características genéticas u hormonales, edad, alimentación, entre otros; resultando en una alteración en la calidad de sueño (Pinel, 2007).
- ii) *Factores intrínsecos de la persona*: Dentro de estos se incluyen la edad, personalidad, patrones, trastornos y características del sueño (Miró et al., 2002).
- iii) *Conductas que facilitan e inhiben el sueño*: Aumentar la frecuencia de aquellas conductas que ayudan a conciliar el sueño (hacer ejercicio y comer saludable), además de disminuir aquellas que lo inhiben (consumir de café, alcohol, tabaco o tener obsesiones), permiten a la persona mejorar su calidad de sueño (Oblitas, 2010).
- iv) *Factores ambientales*: Incluye factores que son externos a la persona, y hay una infinidad de ellos. Algunos son: el ruido, luz ambiental, calidad de la cama y la higiene del sueño (Oblitas, 2010).

2.1.3. Sueño y estudiantes universitarios. Según Veldi et al. (2005), los estudiantes universitarios forman parte de una población que puede tender a una mala calidad de sueño, al igual que tender a trastornos del sueño. Los cambios en el entorno de los estudiantes universitarios pueden afectar negativamente la calidad de sueño, pues presencian un aumento en la exigencia académica,

de obligaciones, de ocupaciones y labores. Como resultado, los universitarios pueden sentir estrés, falta de sueño o patrones de sueño irregulares, ayunos, consumo de bebidas energéticas, café, alcohol, tabaco, entre otros; ante esto, una consecuencia es que la población refiere tener una mala calidad de sueño (Carrillo-Mora et al., 2013).

Diversos estudios evidencian la vulnerabilidad de la población universitaria frente a la mala calidad de sueño. Por ejemplo, Fontana et al. (2014) hallaron que los estudiantes universitarios con una mala calidad de sueño demostraban una atención selectiva y atención sostenida reducida, en comparación con los universitarios que tenían una buena calidad de sueño. El estudio de Veldi et al. (2005) demostró que más del 30% de los estudiantes universitarios de medicina que componían la muestra indicaron tener una calidad de sueño pobremente satisfactoria o mala. De igual forma, Taher et al. (2012), encuestaron estudiantes de farmacología y encontraron que 92% de estos señalaban tener una mala calidad de sueño y 77% refirieron presentar un horario de sueño muy irregular, además de un incremento de somnolencia diurna en 40% de ellos. Por otra parte, en una investigación con estudiantes de enfermería se observó que 26.7% de ellos presentaban insomnio (Angelone et al., 2011).

En Perú, Rosales Mayor et al. (2008) estudiaron las diferencias en la somnolencia diurna, mala calidad de sueño y hábitos de sueño en estudiantes de medicina durante el periodo de prácticas hospitalarias y vacaciones. Utilizando la Escala de Somnolencia de Epworth y el Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh, confirmaron que más del 50% de los participantes presentaban mala calidad de sueño durante prácticas hospitalarias.

2.1.4. Instrumento de medición. Para el presente estudio, se aplicará el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh desarrollado por Buysse et al. (1989). Este instrumento fue desarrollado específicamente para medir la calidad de sueño, lo cual se logra mediante una autoevaluación de la calidad de sueño y trastornos en un rango de tiempo de 1 mes. Consta de 19 ítems que se agrupan en componentes, estos son: calidad subjetiva del sueño (la cantidad de horas que el individuo cree haber dormido), latencia del sueño (la cantidad de minutos que transcurren desde que el individuo se acuesta hasta que entra en la primera fase del sueño), duración del sueño (la cantidad de horas dormidas), eficiencia habitual del sueño (la cantidad de horas dormidas entre la cantidad de horas que el individuo permanece en la cama da como resultado el porcentaje de horas eficientes de sueño), trastornos del sueño (dificultades con el hecho de dormir, como por ejemplo insomnio, despertar durante la noche, despertar temprano, dificultades para respirar durante el sueño, ronquidos o tos, cambios de temperatura, sueños, dolores, entre otros), uso de medicamentos para conciliar el sueño (el consumo de fármacos para facilitar el sueño) y disfunción diurna (incapacidad o dificultad para llevar a cabo tareas diarias). Cada componente tiene un puntaje, y la suma total de componentes deriva a una puntuación global que indica si son buenos o malos durmientes (Global Sleep Quality [Puntaje Global

de Calidad de Sueño], GSQ). Un puntaje del GSQ superior a 5 identifica a los malos durmientes, y los diferencia de los buenos durmientes que obtienen un puntaje inferior a 5 (Buysse et al., 1989).

Luna-Solis et al. (2015) validaron la prueba en una población peruana. El Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, “presentó buenas propiedades psicométricas” al igual que ser “válido para la medición de la calidad de sueño en la población adulta de Lima Metropolitana y Callao” (Luna-Solis et al., 2015, p.28). Las autoras determinan esto porque mediante el análisis factorial, se identificaron tres factores que explican el 60,2% de la varianza (indican que esto se diferencia de un estudio mexicano el cual encontró que dos factores explican el 63,2% de la varianza). De igual forma, al usar el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach, resultó en un coeficiente de 0,56 para el análisis de consistencia interna, lo cual se encuentra por debajo del coeficiente 0,7; esto es similar a un estudio anterior en población peruana según las autoras. (Luna-Solis et al., 2015) (ver *Anexo 1*). Por lo tanto, para administrar el instrumento a la muestra determinada en el presente estudio, es necesario realizar nuevamente un análisis estadístico inferencial para lograr que el cuestionario será apto.

2.2. Conducta agresiva

Berkowitz (1996) define el concepto de agresividad como una tendencia a manifestar de forma intencionada conductas agresivas ante situaciones de diversas índoles, como por ejemplo mediante una falta de respeto, una ofensa o provocar a otros, por lo que este acto implica una víctima y un agresor; en esa misma línea, Spielberg et al. (1983, 1985) y Serrano (1998) concuerdan que la conducta es voluntaria e intencional, pudiendo ser punitiva o destructiva, pero que tiene como fin destruir objetos u ocasionar daño físico o psicológico a otras personas. Por otra parte, según Erich Fromm (1980), se puede relacionar el concepto de agresividad con el significado de su radical *-aggre*, lo cual hace referencia a avanzar, ir, dar un paso hacia adelante; así, explica que “ser agresivo, de acuerdo con el sentido original, es pues avanzar hacia un objetivo, sin vacilación indebida, duda ni temor” (p.134). En base a las definiciones obtenidas, se habla de agresividad cuando en una persona existe la predisposición de realizar actos agresivos (Morales Vives, 2007).

La conducta agresiva es algo inevitable y propio del ser humano, se manifiesta desde los principios de su existencia ya que responde a los impulsos más primarios para garantizar la supervivencia de la especie (Barbero, 2018; Castillo, 2006). Dicha conducta está presente en la persona desde los primeros años de vida, llegando a su máxima expresión a los tres años, cuando se da inicio a la interacción con otros de igual edad (Beltrán et al., 2002; Serrano; 1998); pero disminuye en frecuencia en tanto la persona va madurando; no obstante, ciertas personas continúan mostrando conductas agresivas en edades adolescentes y adultas, demostrando que existen diferentes causas respecto al motivo por el cual se manifiestan (Castillo, 2006). Por lo tanto, hablar de comportamiento agresivo hace referencia a su característica multicausal, lo que implica la influencia por interacción de

diversos factores, tales como: social, cultural, familiar, genético, biológico, entre otros. Esta característica permite abordar el concepto desde diversos enfoques teóricos (Castrillón et al., 2004).

Para fines del presente estudio, se tomará la definición de Buss (1961) para el término de conducta agresiva, el autor lo considera como una reacción que genera estímulos perjudiciales a otro ser. La conducta o reacción agresiva vendría a estar compuesta por componentes instrumentales (como son la agresividad física y verbal), activaciones fisiológicas (como lo es la ira) y sentimientos de oposición e injusticia frente a otro organismo (como lo es la hostilidad).

2.2.1. Dimensiones. Según Cohen-Mansfield et al. (1989), utilizando el Inventario de Agitación de Cohen-Mansfield que consta de 29 ítems que definen conductas de forma operacional, la agresividad puede ser categorizada en 3 dimensiones: conductas agresivas, conductas físicas no agresivas y conductas verbales agitadas. De igual forma, La Escala Modificada de Agresión para Pacientes Ambulatorios (Coccaro et al., 1991) también evalúa la conducta agresiva en 3 dimensiones, las cuales son agresividad, irritabilidad y suicidio.

Por otra parte, Buss y Perry (1992) propusieron que la agresividad cuenta con cuatro componentes: agresividad física, agresividad verbal, ira y hostilidad. El primero hace referencia a conductas motrices, con el uso de armas o el mismo cuerpo, que buscan generar daños corporales en el otro sujeto; mientras que la agresividad verbal se manifiesta mediante palabras hirientes dirigidas a otro – incluyendo insultos, amenazas, humillaciones, críticas, entre otros. La ira es considerada como una emoción humana básica, aparece en respuesta a una elevada activación física – por ejemplo, en situaciones en las que la persona es dañada o no es capaz de obtener lo que desea – e incluye una expresión facial específica con una mirada amenazadora, ceño fruncido, parpado inferior tenso y mandíbula contraída. Finalmente, la hostilidad es referida como un compuesto de actitudes que incentivan acciones destructivas hacia objetos y otros individuos.

2.2.2. Modelos. Como se mencionó anteriormente, la agresividad es un concepto multicausal, por lo que puede abordarse desde distintas perspectivas. En una primera instancia, dentro de los modelos biológicos se encuentran los modelos neuroquímicos, los modelos endocrinos y los modelos neurobiológicos. Los modelos neuroquímicos señalan que la presencia o ausencia de neurotransmisores como la serotonina influyen la conducta (Weil-Malherbe, 1971); mientras que los modelos endocrinos relacionan la agresividad con las secuelas de la secreción de hormonas esteroideas, principalmente la testosterona (Carrasco y Gonzales, 2006; Kander et al., 2001). Por otra parte, la conducta agresiva se asocia con la disminución de actividad cerebral en ciertas áreas en los modelos neurobiológicos. Las áreas pre-frontales (Drexler et al., 2000; Pietrini et al., 2000), el córtex orbitofrontal (Blair & Cipolotti, 2000; Blair, 2001) y el giro angular (Raine et al., 1997) son zonas cerebrales mayormente relacionadas a las conductas agresivas cuando presentan una disminución en actividad neuronal.

Por otra parte, se encuentran los modelos de impulso que incluyen: teoría de excitación-transferencia, teoría del síndrome AHA, teoría de la frustración-agresividad. En la primera teoría, Zillman (1979) hace hincapié en el rol que tiene la activación en el proceso por el cual surge la agresividad, pues señala que los niveles de activación producto de diversas situaciones pueden permitir la aparición de conductas agresivas. La teoría del síndrome AHA fue desarrollada por Spielberg (1983) para facilitar la diferenciación de los términos agresividad, hostilidad e ira. Las iniciales 'AHA' representan a las términos Anger-Hostility-Agression [Ira-Hostilidad-Agresividad] (Spielberger et al., 1983; 1985; Spielberger et al., 1995; Spielberger y Moscoso, 1996); la teoría plantea que los tres términos están relacionados mutuamente en un continuo que va desde la ira (emoción), pasando por la hostilidad como una actitud negativa hacia otros, y resulta en la agresividad como un acto de violencia con consecuencias negativas (Samper et al., 2006; Sanz et al., 2006). Asimismo, Dollard et al. (1939) también señalan que la agresividad es una conducta resultante de una situación, pero en la teoría de la frustración-agresividad refieren que la agresividad se manifiesta cuando es bloqueada o se ve frustrada el logro de una meta. Además, dentro de los modelos de impulso, se encuentra la primera formulación de Berkowitz (1970) en la cual explica la agresividad desde principios del condicionamiento clásico. El autor propone que las conductas agresivas son una respuesta a un condicionamiento de ciertos estímulos en el ambiente; no obstante, la propuesta inicial es modificada años más tarde, clasificando dentro de los modelos cognitivos.

Así, dentro de las aproximaciones cognitivas, se encuentra la aproximación cognitiva neo asociacionista de Berkowitz (1983, 1989, 1990, 1996), proponiendo un modelo distinto para la agresividad; un evento que causa repulsión al sujeto produce afectos negativos que, al estar asociados a pensamientos, memorias, reacciones y emociones negativas de lucha, generan ira y tendencias a conductas agresivas – agrediendo a un objetivo o la necesidad de agraviar a otros. Por lo contrario, la teoría social-cognitiva de Bandura (1973, 1975, 1977, 1986) propone que toda conducta agresiva puede ser aprendida mediante el modelamiento, además de experiencias directas, siendo estos los mecanismos que originan la agresividad. La forma en los que el individuo puede ser expuesto a la agresividad son: un familiar modela y refuerza la agresividad, constante contacto con contexto cultural agresivo, y modelamiento simbólico al que se expone en medios de comunicación. Los mecanismos que incitan la agresividad incluyen procesos como la asociación del modelado con resultados reforzantes, una justificación de la conducta agresiva, activación emocional, vivencia de evento que genere repulsión, expectativas de refuerzo o recompensa tras la conducta, creencia ilusoria de control o el control mediante órdenes. Los refuerzos externos directos, el reforzamiento vicario, autorreforzamiento y neutralizadores del autocondenamiento se encontrarían dentro de los mecanismos que mantienen la agresividad, pues permiten que el sujeto repita la conducta agresiva. El modelo de Huesmann y la hipótesis del guion (Huesmann, 1988; Huesmann & Miller, 1994) refuerza

la propuesta de Bandura que los medios de comunicación pueden modelar la conducta agresiva. El modelo de Huesmann demuestra el influjo de imágenes violentas en los medios de comunicación en la conducta agresiva, señala que los guiones se interiorizan en edades tempranas y a medida que madura se automatizan los esquemas cognitivos generados que regularizan y establecen las respuestas del individuo ante diversos acontecimientos.

Finalmente, dentro de los modelos de dinámica familiar, se encuentra el modelo de la coerción de Patterson, el modelo de desarrollo de la conducta agresiva de Olweus, los modelos centralizados en hábitos de crianza y el modelo de apego. Empezando por el modelo de Patterson (1982; 1986), la interacción entre el cuidador y el infante puede demostrar patrones de coacción cuando los sujetos pretenden evitar el deseo del otro y a su vez imponer el propio; por lo tanto, se da una escalada en la interacción llegando a conductas violentas y es reforzado cuando el cuidador cede frente al niño, proporcionando un reforzamiento negativo. Dicho patrón de interacción de repite a nivel familiar, pero puede también extenderse a otros ámbitos como el social o escolar. Es así como se considera que el entorno familiar es el primer lugar que proporciona las condiciones para el aprendizaje del comportamiento agresivo (Wicks-Nelson e Israel, 1998). Olweus (1980) también señala que la conducta agresiva se puede generar por la interacción de dos sujetos. Su modelo del desarrollo de la conducta agresiva propone que esta se puede generar de dos maneras: carácter complejo del niño o la resistencia del cuidador hacia el niño; cuando los cuidadores ceden y son permisivos con el niño de carácter complejo, incrementa la posibilidad que este presente conductas agresivas. La relación entre el cuidador y el infante también es de vital importancia en el modelo de apego propuesto por Bowlby (1969, 1973, 1980), debido a que se interiorizan las experiencias con los cuidadores como modelos representativos que luego son generalizados. Aquellos sujetos que interiorizaron representaciones negativas de la relación con dicho cuidador, es posible que manifiesten expectativas de agresividad, hostilidad y desconfianza en relaciones con otros (Bowlby 1969; Ainsworth, 1979) y por lo tanto resulte en la presencia de conductas agresivas (Cohn 1990; Lyons-Ruth, 1996).

En este trabajo, el modelo que se tendrá en cuenta es el desarrollado por Buss y Perry (1992), el cual incluye la interrelación de los componentes agresividad física, agresividad verbal, ira y hostilidad. Según estudios correlacionales desarrollados por los mismos autores, la ira es la conexión entre la agresividad verbal y física con la hostilidad. La agresividad física y verbal son representantes del componente instrumental de la agresividad, mientras la ira implica a la activación fisiológica y componente emocional de la conducta agresiva. Por otra parte, la hostilidad refiere a sentimientos de oposición e injusticia del componente específicamente cognitivo. En este aspecto, la ira representa el vínculo de los componentes instrumentales con los componentes cognitivos (Buss y Perry, 1992).

2.2.3. Instrumento de medición. Como se mencionó anteriormente, Buss y Perry (1992) desarrollaron un cuestionario con la finalidad de medir la presencia y magnitud de conductas agresivas.

Esta herramienta se llamó The Buss-Perry Agresion Questionnaire y es uno de los más utilizados para medir el concepto de 'agresividad'. Mediante análisis factorial, se determinó que el concepto cuenta con cuatro dimensiones: agresividad física, agresividad verbal, ira y hostilidad. Con un total de 29 ítems, los autores demostraron que las escalas cuentan con consistencia interna al igual que estabilidad a través del tiempo.

Matalinares et al. (2012) realizaron una adaptación del cuestionario desarrollado por Buss y Perry (1992) a la población peruana. Trabajaron con 3,632 adolescentes peruanos que cursaban la secundaria en distintas instituciones educativas del país y sus edades se encontraban en el rango de 10 a 19 años. Los autores encontraron que el coeficiente de correlación (0,836) proporcionaba una confiabilidad superior, por lo que es apto para aplicarlo en la muestra peruana.

Asimismo, Mori Amasifuen (2016) se enfocó en la adaptación del cuestionario desarrollado por Buss y Perry (1992) para una población similar. El trabajo se realizó principalmente con adolescentes estudiantes de secundaria en el distrito de Breña, Lima, Perú. Al igual que el estudio anterior, los resultados de Mori Amasifuen arrojaron una confiabilidad superior, con un coeficiente de 0,813.

De igual forma, Tintaya Gamarra (2017) investigó las propiedades psicométricas del Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry – AQ en adolescentes de Lima Sur. Dicho instrumento se aplicó en estudiantes de secundaria en instituciones educativas. La confiabilidad arrojó un coeficiente de 0,814, por lo que no se anularon ítems y se mostró apto para ser aplicado a la muestra. Asimismo, se demostró la validez de contenido con coeficientes que oscilan entre 0,80 y 1,00 para la prueba V de Aiken en todos los ítems. Finalmente, el análisis factorial determinó que los cuatro factores explican el 72,54% de la varianza total. Por lo tanto, se puede concluir que el cuestionario se puede aplicar a la muestra peruana (ver Anexo 2).

3. Formulación de hipótesis

3.1. Hipótesis general

Existe relación entre la calidad de sueño y la conducta agresiva en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana matriculados en el ciclo 2020-II.

3.2. Hipótesis específicas

- i) Existe relación entre la calidad de sueño y la agresividad física en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana matriculados en el ciclo 2020-II.
- ii) Existe relación entre la calidad de sueño y la agresividad verbal en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana matriculados en el ciclo 2020-II.
- iii) Existe relación entre la calidad de sueño y la ira en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana matriculados en el ciclo 2020-II.

- iv) Existe relación entre la calidad de sueño y la hostilidad en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana matriculados en el ciclo 2020-II.



Capítulo III: Método

1. Tipo de investigación

La presente investigación cuenta con un enfoque cuantitativo, pues consta de una secuencia de pasos estructurados en los cuales se recolectarán datos con medición numérica de la muestra, con la finalidad de probar la hipótesis planteada anteriormente. Por lo tanto, el análisis de los datos que se realizó es estadístico, para identificar los patrones de comportamiento especificados en las hipótesis (Hernández et al., 2010).

2. Alcance de investigación

En relación al alcance de la investigación, es tipo correlacional, ya que vincula variables a través de un patrón previsible para un grupo o población. Sin embargo, la investigación no puede asumir un nivel predictivo dado que cuenta con una muestra no representativa y los resultados no pueden ser generalizados (Hernández et al., 2010).

3. Diseño de investigación

La investigación presenta el tipo de diseño no experimental transversal, ya que no hay manipulación intencional de variables, es decir, solo se observan para luego analizarlos. A la vez, es transversal porque, en el ámbito temporal, recolecta información en un momento específico.

4. Población

La población estuvo compuesta por 2,451 adolescentes y jóvenes adultos con edades de 17 – 28 años que estuvieran matriculados en el ciclo 2020-II en una universidad privada de Lima Metropolitana.

5. Muestra

La muestra estuvo conformada por 210 estudiantes en una universidad privada de Lima Metropolitana matriculados en el ciclo 2020-II. Al utilizar la fórmula de Hernández et al. (2010) para obtener la muestra en poblaciones finitas, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 0.05, el resultado fue una muestra de 182 individuos.

$$N = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{(N - 1) \cdot e^2 + z^2 \cdot p \cdot q}$$

n = muestra (182)

z = nivel de confianza (0.95)

p = probabilidad de éxito (0.80)

q = probabilidad de fracaso (0.20)

N = población objetivo (2,451)

E = error de estimación (0.05)

Dado que se esperaba una tasa de no respuesta del 15%, se evaluó a 210 estudiantes. Sin embargo, un individuo indicó no aceptar ser parte de la investigación en el consentimiento informado.

Por lo tanto, la muestra final estuvo conformada por 209 estudiantes de universidad privada de Lima Metropolitana matriculados en el ciclo 2020-II, de ambos sexos y con edades dentro del rango 17 a 28 años y una edad media de 21.2 años. Además, la Tabla 1 muestra la distribución de los estudiantes que formaron parte de la investigación según la carrera y ciclo al que pertenecían.

Tabla 1

Características de los participantes incluidos en el estudio

N = 209		
Carrera	N	Porcentaje
Administración de Empresas	73	34.9%
Administración de Servicios	36	17.2%
Derecho	7	3.3%
Economía	17	8.1%
Ingeniería Industrial	7	3.3%
Psicología	69	33%
Ciclo que cursan		
Ciclo I	1	0.5%
Ciclo II	12	5.7%
Ciclo III	5	2.4%
Ciclo IV	27	12.9%
Ciclo V	21	10%
Ciclo VI	27	12.9%
Ciclo VII	14	6.7%
Ciclo VIII	28	13.4%
Ciclo IX	24	11.5%
Ciclo X	30	14.4%
Ciclo XI	7	3.3%
Ciclo XII	13	6.2%

6. Muestreo

El tipo de muestreo aplicado fue no probabilístico de tipo intencional. Según Hernández-Sampieri et al. (2014), este muestro implica un proceso de selección de participantes en base a las características planteadas para la investigación. Además, se contó con el consentimiento previo y la voluntad de participar de los individuos. Si bien por el tipo de muestreo no es posible generalizar los resultados encontrados, sí brinda información respecto a las variables estudiadas.

Para el presente estudio, se buscó que la muestra esté conformada por estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana que estuvieran matriculados en el ciclo 2020-II.

Considerando la situación de pandemia por COVID-19 durante el año que se realizó la aplicación de pruebas correspondientes a la investigación, se tuvieron que aplicar en modalidad virtual. Por lo tanto, el muestreo no probabilístico de tipo intencional fue elegido para recolectar la mayor cantidad de información de participantes que cumplieran con los criterios de inclusión propuestos a continuación.

6.1. Unidad de análisis

Un estudiante de una universidad privada de Lima Metropolitana matriculado en el ciclo 2020-II.

6.2. Criterios de inclusión

- Alumnos que estén matriculados para el ciclo 2020-II en una universidad privada de Lima Metropolitana.
- Alumnos de 17 a 28 años de edad.
- Alumnos hispanohablantes.
- Alumnos con acceso a internet.
- Alumnos que decidan participar de forma voluntaria en la investigación.

6.3. Criterios de exclusión

- Alumnos que no se encuentren matriculados en el ciclo 2020-II en una universidad privada de Lima Metropolitana.
- Alumnos que no desarrollen las pruebas correctamente.
- Alumnos que no deseen firmar el consentimiento informado.
- Alumnos que indiquen no querer ser parte de la investigación en el consentimiento informado.
- Alumnos que cuenten con dificultades motoras o mentales que no les permitan desarrollar las pruebas.

7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

7.1. Ficha técnica Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Nombre:	Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh
Nombre original:	Pittsburgh Sleep Quality Index
Autor(es):	Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R. y Kupfer, D.J.
Año de publicación original:	1989
Adaptación:	Luna-Solis, Y., Robles-Arana, Y. y Agüero-Palacios, Y.

Año de publicación de adaptación:	Anales de Salud Mental. 2015, Vol. 31 (2).
Modo de aplicación:	Autoaplicada, aplicación individual o grupal.
Duración:	Menor o igual a 10 minutos.
Objetivo de instrumento:	Identificar si sujeto cuenta con una buena o mala calidad de sueño según sus ciclos de sueño-vigilia.
Ámbito de aplicación:	Hombres y mujeres adultos.
Áreas que mide:	Calidad de sueño subjetiva, latencia de sueño, duración de sueño, eficiencia habitual del sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicación, disfunción diurna.
Clasificación:	Buenos dormidores y malos dormidores.
Baremos:	Un puntaje total inferior 5 indica una buena calidad de sueño, mientras que un puntaje igual o mayor a 5 indica una mala calidad de sueño.
Descripción e interpretación:	<p>El instrumento busca medir la calidad del sueño. Este está compuesto por 19 ítems, que se toman en cuenta para la corrección. De igual forma, la prueba está dividida en 7 componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calidad del sueño subjetiva (ítem 6) - Latencia del sueño (ítems 2 y 5) - Duración del sueño (ítem 4) - Eficiencia habitual del sueño (ítem 1 y 3) - Perturbaciones del sueño (ítems 5b-5j) - Uso de medicación (ítem 7) - Disfunción diurna (ítems 8 y 9) <p>El sujeto responde a las preguntas de respuesta cerrada con una escala tipo Likert, de 0 a 4. Al puntuar las respuestas, cada uno de los componentes obtiene un puntaje que oscila entre 0 y 3 puntos, y estos se suman para conformar un puntaje total llamado Global Sleep Quality [Puntaje Global de Calidad de Sueño] (GSQ) que puede oscilar entre 0 y 21 puntos. Con un puntaje total inferior a 5 se clasifica a los sujetos dentro de la categoría de buenos dormidores, mientras que una puntuación total de 5 o más los clasifica dentro de la categoría de malos</p>

dormidores; por lo tanto, una puntuación más elevada implicaría una peor calidad de sueño.

Características psicométricas: Mediante el análisis factorial, se reconocieron tres factores que explican el 60,2% de la varianza. De igual forma, al usar el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach, resultó en un coeficiente de 0,56 para el análisis de consistencia interna.

7.2. Ficha técnica Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry

Nombre:	Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry
Nombre original:	Buss-Perry Aggression Questionnaire – AQ
Autores:	Buss A.H. y Perry, M.
Año de publicación original:	1992
Adaptación:	Matalinares, M., Yaringaño, J., Uceda, J., Fernández, E., Huari, Y., Campos, A. y Villavicencia, N.
Año de publicación de adaptación:	Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2012.
Modo de aplicación:	Autoaplicada, aplicación individual o grupal.
Duración:	Menor o igual a 10 minutos.
Objetivo de instrumento:	Identificar si sujeto presenta agresividad, en qué nivel y de qué tipo.
Ámbito de aplicación:	Hombres y mujeres de 10 a 17 años.
Áreas que mide:	Agresividad verbal, agresividad física, ira, hostilidad.
Clasificación:	5 niveles (muy alto, alto, promedio, bajo, muy bajo) que indican la existencia o no de agresividad y sus dimensiones en el sujeto.
Baremos:	Para el puntaje total de agresividad, un puntaje igual o inferior a 51 indica un nivel <i>muy bajo</i> , un puntaje entre 52 y 67 es un nivel <i>bajo</i> , un puntaje entre 68 y 82 es un nivel <i>medio</i> , un puntaje entre 83 y 98 es un nivel <i>alto</i> , y un puntaje igual o superior a 99 es un nivel <i>muy alto</i> . Respecto a la dimensión de agresividad física, un puntaje igual o inferior a 11 es un nivel <i>muy bajo</i> , un puntaje entre 12 y 17 indica un nivel <i>bajo</i> , un puntaje entre 18 y 23 es un nivel <i>medio</i> , un puntaje entre 24 y 29 es un nivel <i>alto</i> , y un puntaje igual o superior a 30 es

un nivel *muy alto*. Un puntaje igual o inferior a 6 en agresividad verbal señala un nivel *muy bajo*, un puntaje entre 7 y 10 es un nivel *bajo*, un puntaje entre 11 y 13 es un nivel *medio*, entre 14 y 17 es un nivel *alto*, y un puntaje igual o superior a 18 es un nivel *muy alto*. En cuanto la dimensión de ira, una puntuación igual o inferior a 12 se encuentra en un nivel *muy bajo*, un puntaje entre 13 y 17 es un nivel *bajo*, un puntaje entre 18 y 21 es un nivel *medio*, un puntaje entre 22 y 26 es un nivel *alto*, y un puntaje igual o superior a 27 es un nivel *muy alto*. Finalmente, la dimensión de hostilidad presenta un nivel *muy bajo* con una puntuación igual o inferior a 14, un nivel *bajo* con una puntuación entre 15 y 20, un nivel *medio* con una puntuación entre 21 y 25, un nivel *alto* con una puntuación entre 26 y 31, y un nivel *muy alto* con una puntuación igual o superior a 32.

La prueba mide el nivel de agresividad del sujeto y consta de 29 ítems. Todos estos se responden en una escala tipo Likert que va de 1 (*completamente falso para mi*) a 5 (*completamente verdadero para mi*). La prueba mide 4 dimensiones, que suponen tipos de agresividad. La dimensión de agresividad física cuenta con los ítems 1, 5, 9, 13, 17, 21, 24, 27 y 29 (un total de 9 ítems), la dimensión de agresividad verbal tiene los ítems 2, 6, 10, 14 y 18 (5 ítems en total), la dimensión de hostilidad está conformada por los ítems 4, 8, 12, 16, 20, 23, 26 y 28 (8 ítems), y la dimensión de ira tiene los ítems 3, 7, 11, 15, 19, 22 y 25 (7 ítems); finalmente, la sumatoria de puntuaciones en las dimensiones brinda el puntaje total de agresividad (BPAQ). Las puntuaciones de cada dimensión indican el tipo de agresividad con mayor presencia en el sujeto, y se pueden clasificar en 5 niveles (*muy alto*, *alto*, *promedio*, *bajo*, *muy bajo*). Se debe considerar que los ítems 15 y 24 son inversos, por lo

Descripción e interpretación:

que, a la hora de otorgar puntuaciones, estas deben ser invertidas.

Características psicométricas: Los resultados arrojaron una confiabilidad superior, con un coeficiente de 0,836, por lo que es apto para aplicarlo en la muestra peruana. Además, dicho coeficiente implica que no hay necesidad de eliminar ítems del modelo de prueba original.

7.3. Validez y confiabilidad en aplicación virtual

Dado que las pruebas originales y las adaptaciones fueron diseñadas para una aplicación presencial, y la aplicación de la presente investigación fue de modalidad virtual, se procedió a realizar una evaluación de validez y confiabilidad. Con la aplicación de un análisis factorial, se reconocieron tres factores en el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh que explican el 63,7% de la varianza; además, al utilizar el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach, resultó en un coeficiente de 0,737 para el análisis de consistencia interna (ver *Apéndice 1*) – lo cual concuerda con lo que demostraron Luna-Solis et al. (2015) en su adaptación de la prueba en una muestra peruana. De igual forma, con el uso del análisis factorial, se reconocieron cuatro factores en el Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry que explican el 42,7% de la varianza; además, el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach arrojó coeficientes de confiabilidad cercanos a 0,7 (ver *Apéndice 2*). Dichos resultados están en línea con los de Matalinares et al. (2012) al aplicar la prueba en una muestra peruana. Por lo tanto, lo anteriormente expuesto indica que las pruebas se encontraban aptas para ser aplicadas en la muestra de manera virtual.

8. Procedimiento

El procedimiento inició con la búsqueda de información y bibliografía de las variables calidad de sueño y conducta agresiva, con la finalidad de contextualizar el presente trabajo. La preparación de los cuestionarios inicia con la digitalización de las pruebas seleccionadas validadas en Perú mediante la plataforma Formularios de Google (*Apéndice 3*), procurando que fuesen lo más semejante a su aplicación física. Las pruebas fueron anteceditas por un consentimiento informado – el cual explicaba el motivo del estudio, objetivos, procedimiento de las pruebas y las consideraciones éticas, permitiendo al sujeto responder si estaba de acuerdo o no con participar en el estudio –, los datos del investigador en caso se presentasen dudas, al igual que preguntas para recolectar información socio-demográfica sobre los participantes.

En referencia a la información personal que se le solicitó a los voluntarios, se realizó respetando el anonimato de estos. Se preguntó específicamente por el número de su documento de identificación – con el fin de evitar preguntar el nombre personal, pero tener la posibilidad de

identificar si ocurre el duplicado de respuestas –, el sexo, la edad que tienen, un número o correo electrónico de contacto, la institución educativa a la que pertenecen, el ciclo que se encontraban cursando y la facultad o programa académico al que pertenecían.

La aplicación de las pruebas fue individual y las instrucciones estaban explicadas claramente al inicio de cada prueba. Sin embargo, en caso presentaran dudas, los participantes tuvieron la posibilidad de contactarse con el investigador.

Una vez concluida la aplicación de pruebas, los datos recolectados se representaron en una base de datos utilizando el paquete estadístico IBM SPSS Statistics Versión 25. En primer lugar se analizaron los resultados descriptivos y las pruebas de normalidad que determinaron los estadísticos inferenciales a utilizar para la evaluación de correlación y comparación de variables.

9. Aspectos éticos

- Previo a la aplicación de pruebas, los alumnos recibieron una explicación escrita en relación al objetivo de la investigación y el procedimiento de las pruebas – enfatizando que el cuestionario es anónimo y se solicita el número de DNI por cuestiones de orden.
- Se explicó a los alumnos que la participación en la presente investigación es completamente voluntaria, y de ser el caso, se podían retirar en cualquier momento.
- Se mencionó que la información recolectada solo será utilizada para fines académicos.

Los puntos relacionados con la ética de la investigación, mencionados en las líneas anteriores, están regidos bajo el código de ética del psicólogo del Colegio de Psicólogos del Perú (2017).

Capítulo IV: Resultados

1. Resultados descriptivos

Con la finalidad de conocer las características de la muestra en relación a las variables de estudio, se presentan a continuación los resultados descriptivos. Se observarán resultados tanto para la calidad de sueño como para la conducta agresiva.

Se puede observar en la Tabla 4 la distribución de la muestra según la categoría de tipo de dormidor otorgada por el Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh. La mayoría de los participantes puntuaron una calificación que los ubicaba dentro de la categoría de *malos dormidores*.

Tabla 2

Tipo de dormidor para calidad de sueño

Tipo de dormidor	N	Porcentaje
Buenos dormidores	35	16.7%
Malos dormidores	174	83.3%
Total	209	100.0%

La Tabla 5 muestra la distribución de la muestra en base a los niveles de agresividad según el Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry. Se puede apreciar que la mayoría de los participantes presentan un nivel *bajo* de agresividad (95 participantes, 45.5%), mientras que 5 (2.4%) de ellos clasificaron en el nivel *muy alto*.

Tabla 3

Niveles de conducta agresiva

Niveles	BPAQ (Puntaje total de agresividad)
Muy Alto	5 (2.4%)
Alto	24 (11.5%)
Medio	60 (28.7%)
Bajo	95 (45.5%)
Muy Bajo	25 (12%)
Total	209 (100%)

Nota. Considerando que los ítems 15 y 24 son inversos, se invirtió el puntaje de la respuesta

La Tabla 6 muestra la distribución de participantes según los niveles de agresividad para las dimensiones de la variable conducta agresiva. Respecto a la agresividad física, 84 participantes (40.2%) presentó un nivel *medio*, 49 participantes (23.4%) un nivel *muy bajo* y tan solo 5 participantes (2.4%) un nivel *muy alto*. Por lo contrario, la mayoría de participantes se encontraba en el nivel *alto* en relación a la agresividad verbal (31.6%); esta dimensión presentó una mayor concentración de participantes en el *nivel muy alto* (7.7%) en comparación con el resto. La dimensión de hostilidad contó con 76 participantes (36.4%) que se encontraban en el nivel *medio* y 4 participantes (1.9%) en el nivel *muy alto*. Finalmente, para ira, el nivel con mayor cantidad fue *bajo* con 80 participantes (38.3%); mientras que, en comparación con las otras dimensiones, presentó la mayor cantidad de participantes (24.4%) en el nivel *muy bajo*.

Tabla 4

Niveles de conducta agresiva por dimensiones

Niveles	BPAQ (Puntaje total de agresividad)	Agresividad Física	Agresividad Verbal	Hostilidad	Ira
Muy Alto	5 (2.4%)	5 (2.4%)	16 (7.7%)	4 (1.9%)	8 (3.8%)
Alto	24 (11.5%)	12 (5.7%)	66 (31.6%)	60 (28.7%)	25 (12%)
Medio	60 (28.7%)	84 (40.2%)	64 (30.6%)	76 (36.4%)	45 (21.5%)
Bajo	95 (45.5%)	59 (28.2%)	53 (25.4%)	43 (20.6%)	80 (38.3%)
Muy Bajo	25 (12%)	49 (23.4%)	10 (4.8%)	26 (12.4%)	51 (24.4%)
Total	209 (100%)	209 (100%)	209 (100%)	209 (100%)	209 (100%)

Nota. Considerando que los ítems 15 y 24 son inversos, se invirtió el puntaje de la respuesta

2. Resultados inferenciales

A continuación, se presentan los resultados para la evaluación de normalidad de la distribución de datos. La evaluación de normalidad permitirá decretar los estadísticos adecuados para evaluar la información recolectada. En las siguientes líneas se presentarán los resultados de la evaluación de normalidad y los estadísticos correspondientes.

Al analizar la significancia de la prueba Shapiro-Wilk, se puede observar en la Tabla 7 que esta es inferior a $p=0.05$ en todas las dimensiones evaluadas, a excepción de la puntuación total de agresividad ($p=0.210$). Por lo tanto, se concluye que la mayoría de los valores encontrados no se ajustan a la distribución normal y corresponde la aplicación de estadística no paramétrica. Dado que los objetivos son correlacionales, se procedió a utilizar el coeficiente de correlación *Rho* de Spearman.

Tabla 5

Normalidad de las variables de estudio

Variables y dimensiones	Estadístico	Gl	p^a
GSQ (Puntaje global de calidad de sueño)	.964	209	.000
BPAQ (Puntaje total de agresividad)	.991	209	.210
Agresividad Física	.927	209	.000
Agresividad Verbal	.986	209	.041
Hostilidad	.968	209	.000
Ira	.967	209	.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

En la Tabla 8 se presenta los coeficientes de correlación *Rho* de Spearman (y su significancia) de las variables de estudio. Se puede observar que el coeficiente de correlación entre GSQ (Puntaje global de calidad de sueño) y BPAQ (Puntaje total de agresividad) indica una correlación moderada y muy significativa ($r=0.412$; $p=0.000$).

Tabla 6

Calidad de sueño y conducta agresiva

		BPAQ (Puntaje total de agresividad)
GSQ (Puntaje global de calidad de sueño)	Coefficiente de correlación	.412**

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

De igual forma, se puede observar en la Tabla 9 que la correlación entre GSQ y Hostilidad también cuenta con un coeficiente que indica una correlación moderada y muy significativa ($r=0.561$; $p=0.000$). El resto de coeficientes cuentan con una correlación débil ($r<0.300$); no obstante, si bien la relación entre GSQ e Ira y la relación entre GSQ y Agresividad Verbal son débiles, también son muy significativa ($p=0.000$) y significativa ($p=0.025$).

Tabla 7

Calidad de sueño y dimensiones de conducta agresiva

		Agresividad Física	Agresividad Verbal	Hostilidad	Ira
GSQ (Puntaje global de calidad de sueño)	Coeficiente de correlación	.079	.155*	.561**	.242**

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).



Capítulo V: Discusión

Los resultados obtenidos en el presente estudio evidencian que, en la muestra seleccionada, existe una correlación positiva y muy significativa entre ambas puntuaciones ($r=0.412$, $p=0.000$); es decir, quienes presentan menor calidad de sueño pueden tener un mayor puntaje en agresividad, por lo que se pudo responder al objetivo general de determinar la relación entre las variables y se cumple la hipótesis general en la que los estudiantes que puntúan alto en calidad de sueño también puntúan alto en conducta agresiva. Estos resultados coinciden con los estudios previos de Al Beshr y Arora (2019) e Ireland & Culpin (2006); quienes encontraron que las puntuaciones GSQ (Puntaje global de calidad de sueño) se correlacionaban con las puntuaciones BPAQ (Puntaje total de agresividad).

De igual importancia, los resultados reflejaron que los estudiantes universitarios pertenecientes a la muestra que puntuaban alto en GSQ (Puntaje global de calidad de sueño), también obtenían puntuaciones altas en ciertas dimensiones de la conducta agresiva, especialmente en la dimensión de hostilidad ($r=0.561$; $p=0.000$) e ira ($r=0.242$; $p=0.000$) (Taylor et al., 2013; Arbinaga et al., 2019; Brand et al., 2016; Randler & Vollmer, 2013). Por lo que se pudo responder al tercer y cuarto objetivo específico de determinar la relación entre la ira y hostilidad con la calidad de sueño, y se cumple la tercera y cuarta hipótesis específica en las que los estudiantes que puntúan alto en calidad de sueño también puntúan alto en las dimensiones de ira y hostilidad.

Respecto a los resultados encontrados para la relación entre el puntaje GSQ (Puntaje global de calidad de sueño) y las dimensiones de la conducta agresiva, coinciden con investigaciones previas de diversos autores. En principio, Taylor et al. (2013) demostraron la existencia de una relación entre hostilidad y calidad de sueño. Los investigadores concluyeron que una disminución en la calidad de sueño se asociaba con un incremento de hostilidad, dando así una correlación inversa para la medida prospectiva y retrospectiva ($r= -0.26$, $p<0.05$; $r=-0.43$, $p<0.001$). Si bien es cierto que la dirección de correlación puede significar o llevar a ciertas interpretaciones erróneas, la diferencia se debe a los instrumentos utilizados por los autores. En el Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh, utilizado en este estudio, un mayor puntaje hace referencia a una menor calidad de sueño; por lo contrario, The Sleep/Dream Checklist, utilizado por los autores, está conformado por ítems que utilizan una escala Likert para evaluar la interferencia y severidad de diferentes variables que afectan la calidad de sueño, por lo que una puntuación más alta indicaría una mejor calidad de sueño. Por otra parte, la muestra utilizada en esta investigación es similar a la muestra utilizada en el presente estudio, pues los rangos de edades se asemejan, con un rango de 17-28 años en el presente estudio y de 17-25 años en el de Taylor et al.. Los autores basaron la investigación en 66 estudiantes universitarios de la carrera de psicología con una edad media de 19.04, mientras que en este estudio la muestra se conformó por 209 estudiantes universitarios de diversas carreras con una edad media de 21.2 años.

Los resultados de la presente investigación muestran la hostilidad como la sub-escala con un mayor coeficiente de correlación, lo cual concuerda con los resultados del estudio de Taylor et al. (2013). Los investigadores demostraron que la relación entre la hostilidad y las medidas de calidad de sueño retrospectiva era negativa y tenía un coeficiente significativo ($r=-0.43$, $p<0.05$), pues lo mismo ocurría con la relación entre la ira y la medida de calidad de sueño prospectiva ($r=-0.26$, $p<0.001$). Dichos estadísticos están en línea con los resultados presentados anteriormente, que determinan un coeficiente de correlación significativo entre los puntajes GSQ y hostilidad (0.561 , $p<0.05$).

Si bien la dimensión de hostilidad en la conducta agresiva es la que muestra mayor correlación con el puntaje GSQ ($r=0.561$, $p=0.000$), la dimensión de ira es la siguiente con mayor correlación y significancia ($r=0.242$, $p=0.025$). Dichos resultados son consistentes con el estudio de Arbinaga et al. (2019), quienes investigaron la ira en universitarios según su calidad de sueño utilizando el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh y STAXI-2. La χ^2 y sus tamaños de efecto (Phi), fueron utilizadas para calcular el Odds Ratio (OR), una medida de asociación entre dos variables; por lo tanto, concluyeron que aquellos estudiantes que puntuaban alto (>5) en el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh obtenían puntuaciones elevadas y más significativas en el STAXI-2, sobre todo en la subescala 'Índice de expresión de ira' (OR=1.56). En esta misma línea, los investigadores señalaron que los estudiantes que obtenían puntuaciones GSQ elevadas (clasificaban como malos dormidores), también presentaban puntajes elevados en la expresión de ira.

Todas las dimensiones de la variable conducta agresiva mostraron relación con la calidad de sueño, algunos coeficientes de correlación más fuertes y significativos que otros. Estos resultados se son similares a los que obtuvieron Brand et al. (2016), que hallaron una correlación de $r=-0.35$ entre las variables insomnio-regulación y control de emociones. En esta misma línea, los estadísticos obtenidos por los investigadores se alinean con los del presente estudio ya que el insomnio disminuye la calidad de sueño y una disminución en el control de emociones puede desembocar en conductas agresivas (García-Sancho et al., 2014).

Finalmente, la relación del sueño con conductas agresivas identificada en la presente investigación es respaldada por los estadísticos en el estudio de Randler & Vollmer (2013). Los autores encontraron que existía una correlación negativa significativa entre la duración del sueño y la agresividad física ($r=-0.26$), la agresividad verbal ($r=-0.27$), la ira ($r=-0.13$) y la hostilidad ($r=-0.11$). Si bien los coeficientes de correlación con las dimensiones de conducta agresiva cuentan con un orden distinto al del presente trabajo, se debe recalcar que la variable de sueño utilizada por Randler & Vollmer (2013) es la duración; mientras, en este estudio se utilizó la calidad de sueño.

Conclusiones

Se comprobó que existe una relación moderada y muy significativa entre la calidad de sueño y las conductas agresivas en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana, de forma que se acepta la hipótesis general al observar que una puntuación alta en calidad de sueño (mala calidad de sueño) puede asociarse a una puntuación elevada de la conducta agresiva.

La agresividad física está débilmente relacionada de manera directa con la calidad de sueño en estudiantes de la universidad privada de Lima Metropolitana, de forma que se acepta la primera hipótesis específica; sin embargo, una menor calidad de sueño (puntuación alta) no necesariamente resulta en un mayor puntaje en la dimensión de agresividad física.

La dimensión de agresividad verbal cuenta con una relación directa pero débil con el puntaje GSQ en estudiantes de la universidad privada de Lima Metropolitana; no obstante, la relación es lo suficientemente fuerte para ser muy significativa, indicando que se acepta la segunda hipótesis específica.

Ira, como dimensión de la conducta agresiva, presenta una débil relación directa con la calidad de sueño en estudiantes de la universidad privada de Lima Metropolitana. De igual forma, la relación es considerada como muy significativa al tener una correlación lo suficientemente fuerte, demostrando que se acepta la tercera hipótesis específica.

La calidad de sueño en estudiantes universitarios cuenta con una relación moderada directa y altamente significativa con la dimensión de hostilidad en la conducta agresiva, señalando que se acepta la cuarta hipótesis específica. Se demostró que los estudiantes que puntuaban alto en calidad de sueño, indicando una menor calidad, también solían puntuar alto para hostilidad.



Recomendaciones

Realizar la investigación con una muestra más extensa y posiblemente con mayor variabilidad de características, tales como diversos centros de estudio superior en Lima Metropolitana.

El uso de otros instrumentos de medición, como por ejemplo de naturaleza cualitativa, pueden permitir indagar en aspectos personales y subjetivos que interfieren o influyen en la calidad de sueño tanto como conducta agresiva.

Tras analizar los resultados, se observa la importancia de desarrollar programas o medidas académicas que puedan mejorar la calidad de vida de los estudiantes universitarios, impactando directamente sobre la calidad de sueño y la presencia de conductas agresivas. Por ejemplo, un máximo de créditos en los que se pueden matricular por ciclo, programas para mejorar el sueño del alumno, recomendar posibles horarios de clase para no intervenir en el horario de sueño del alumno, desarrollar espacios dentro del campus para que los alumnos puedan descansar; de igual forma, se podrían desarrollar programas con un enfoque psicológico, mediante el cual se busque controlar y disminuir las conductas agresivas no deseadas.





Lista de referencias

- American Academy of Sleep Medicine. (2005). *ICSD—International Classification of Sleep Disorders, 2nd ed.: Diagnostic and coding manual*. AASM.
- Ainsworth, M.D.S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932-937.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.34.10.932>
- Al Beshr, F. & Arora, T. (2019). 0917 Assessing The Relationship Between Sleep Quality, Anger And Aggression. *Sleep*, 42(Supplement_1), A368–A369.
- Angelone, A.M., Mattei, A., Sbarbati, M. & Di Orio, F. (2011). Prevalence and correlates for self-reported sleep problems among nursing students. *Journal of preventive medicine and hygiene*, 52(4), 201-208.
- Arbinaga, F., Joaquin-Mingorance, M. & Fernández-Cuenca, S. (2019). Expression of anger in university students according to perceived quality of sleep. *Sleep Science*, 12(1), 28-34.
<https://doi.org/10.5935/1984-0063.20190058>
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., et al. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 135, 10-19.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.011>
- Bandura, A. (1973). *Aggression: a social learning analysis*. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1975). *Modificación de conducta. Análisis de la agresión y la delincuencia*. Trillas.
- Bandura, A. (1977). *Teoría del aprendizaje social*. Espasa-Calpe.
- Bandura A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Prentice Hall.
- Barbero, I. (2018). Conceptualización teórica de la agresividad: definición, autores, teorías y consecuencias. *Educación y Futuro*, (38), 39-56.
- Barkoukis Teri, J. & Von Essen, S. (2012). Introduction to Normal Sleep, sleep deprivation, and the workplace. *Review of Sleep Medicine Third Edition*, 12-20.
- Beltrán, J.A., Sánchez, A. y Fernández, M.P. (2002). Análisis Cualitativo sobre las Características de las Conductas Agresivas entre Estudiantes. *EduPsykhé*, 1(1), 27-40.
- Berkowitz, L. (1983). Aversively stimulated aggression: some parallels and differences in research with animals and humans. *American Psychologist*, 38(11), 1135-1144.
<https://doi.org/10.1037//0003-066x.38.11.1135>
- Berkowitz, L. (1989). The frustration-aggression hypothesis: An examination and reformulation. *Psychological Bulletin*, 106, 59-73. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.106.1.59>

- Berkowitz, L. (1990). On the formation and regulation of anger and aggression: A cognitive-neoassociationistic analysis. *American Psychologist*, *45*, 494-503.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.45.4.494>
- Berkowitz, L. (1996). *Agresión. Causas, consecuencias y control*. Desclée de Briuwer.
- Blair, R.J. (2001). Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorder and psychopaths. *Journal of Neurol. Neurosurgery Psychiatry*, *71* (6), 727-731.
<https://dx.doi.org/10.1136%2Fjnnp.71.6.727>
- Blair, R.J. & Cipolotti, L. (2000). Impaired social response reversal. A case of "acquired sociopathy". *Brain*, *123*, 1122-1141. <https://doi.org/10.1093/brain/123.6.1122>
- Borquez, P. (2011). Calidad de sueño, somnolencia diurna y salud autopercebida en estudiantes universitarios. *Revista Eureka*, *8*(1), 80-91.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment (Vol. 1)*. Basis Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation (Vol. 2)*. Basis Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: loss, sadness, and depression (Vol. 3)*. Basis Books.
- Brand, S., Kirov, R., Kalak, N., Gerber, M., Schmidt, N.B., Lemola, S., Correll, C.U. & Holsboer-Trachsler, E. (2016). Poor Sleep is Related to Lower Emotional Competence Among Adolescents. *Behav Sleep Med.*, *14*(6), 602-614. <https://doi.org/10.1080/15402002.2015.1048450>
- Buss, A.H. (1961). *The psychology of aggression*. Wiley.
- Buss, A.H. & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*(3), 452-459. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.63.3.452>
- Buyse D.J., Reynolds C.F., Monk T.H., Berman S.R. & Kupfer DJ. (1989) The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new Instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Research*, *28*(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Carlson, N. R. (2014). *Fisiología de la conducta* (11ª ed.). Pearson.
- Carrasco, M.A. y Gonzáles, M.J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*, *4*(2), 7-38.
- Carrillo-Mora, P., Ramírez-Peris, J. y Magaña-Vázquez, K. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, *56*(4), 5-15.
- Carrillo-Mora, P., Barajas-Martinez, K.G., Sanchez-Vasquez, I. y Rangel Caballero, M.F. (2018). Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias?. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, *61*(1), 6-20.
- Castillo, M. (2006). El comportamiento agresivo y sus diferentes enfoques. *Psicogente*, *9*(15), 166-170.

- Castrillón, D.A., Ortiz, P. A., y Vieco, F. (2004). Cualidades paramétricas del Cuestionario de Agresión (AQ) de Buss y Perry en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín (Colombia). *Revista Nacional de Salud Pública*, 22(2), 49-61.
- Chen, Y. & Lyga, J. (2014). Brain-skin connection: stress, inflammation, and skin aging. *Inflammation & Allergy - Drug Targets*, 13(3), 177-190. <https://doi.org/10.2174/1871528113666140522104422>
- Chervin, R.D., Ruzicka, D.L., Vahabzadeh, A., Burns, M.C., Burns, J.W. & Buchman, S.R. (2013). The face of sleepiness: improvement in appearance after treatment of sleep apnea. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 9(9), 845-852. <https://doi.org/10.5664/jcsm.2976>
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. Pearson-Prentice Hall.
- Coccaro, E.F., Harvey, P.D., Kupsaw-Lawrence, E., Herbert, J.L. & Bernstein, D.P. (1991). Development of neuropharmacologically based behavioral assessments of impulsive aggressive behavior. *Journal of Neuropsychiatry*, 3, 44-51.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S. & Rosenthal, P. (1989). A description of agitation in the nursing home. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 44 (33), 77-84. <https://doi.org/10.1093/geronj/44.3.m77>
- Cohn, D.A. (1990). Child mother attachment of six years old and social competence at school. *Child Development*, 61, 152-162. <https://psycnet.apa.org/doi/10.2307/1131055>
- Colegio de Psicólogos del Perú (2017). *Código de ética y deontología*. Recuperado de: http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Dahl, R.E. (1999). The Consequences of Insufficient Sleep for Adolescents: Links Between Sleep and Emotional Regulation. *Phi Delta Kappan*, 80(5), 354-359.
- Dollard, J., Doob, L.W., Miller, N.E., Mowrer, O.H. & Sears, R.R. (1939). *Frustration and aggression*. Yale University Press.
- Domínguez Pérez, S., Oliva Díaz, M.A. y Rivera Garrido, N. (2007). Prevalencia de deterioro del patrón del sueño en estudiantes de enfermería en Huelva. *Enfermería Global* (11), 1-10.
- Drexler, K., Schweitzer, J.B., Quinn, C.K., Gross, R., Ely, T.D., Mohammad, F. & Kilts, C.D. (2000). Neural activity related to anger in cocaine-dependent men: a possible link to violence and relapse. *American Journal of Addiction*, 9(4), 331-339. <https://doi.org/10.1080/105504900750047382>
- Escobar, C., González Guerra, E., Velasco-Ramos, M., Salgado-Delgado, R. y Angeles-Castellanos, M. (2013). La mala calidad de sueño es factor promotor de obesidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(2), 133-142. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2013.2.279>
- EsSalud. (2018). *EsSalud advierte que el 60% de asegurados sufren de insomnio*. Recuperado de: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-advierde-que-el-60-de-asegurados-sufren-de-insomnio/>

- Fontana, S.A., Raimondi, W. & Rizzo, M.L. (2014). Quality of sleep and selective attention in university students: descriptive cross-sectional study. *Medwave*, 14(8), e6015. <https://doi.org/10.5867/medwave.2014.08.6015>
- Fromm, E. (1980). *Anatomía de la destructividad humana*. Siglo XXI.
- García-Sancho, E., Salguero, J.M. & Fernández-Berrocal, P. (2014). Relationship between emotional intelligence and aggression: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 584-591. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.avb.2014.07.007>
- Gilbert, S. P. & Weaver, C. C. (2010). Sleep Quality and Academic Performance in University Students: A Wake-Up Call for College Psychologists. *Journal of College Student Psychotherapy*, 24(4), 295–306. <https://doi.org/10.1080/87568225.2010.509245>
- Gomes, A. A., Tavares, J. & de Azevedo, M. H. P. (2011). Sleep and Academic Performance in Undergraduates: A Multi-measure, Multi-predictor Approach. *Chronobiology International*, 28(9), 786–801. <https://doi.org/10.3109/07420528.2011.606518>
- Goncalves, F. (2011). Trastornos del sueño . En P. A., *Educación sanitaria e interrogantes en la patologías para la oficina de farmacia*, 7-57. ICM.
- Guyton, A., y Hall, J. (2016). *Tratado de fisiología médica* (decimotercera edición). España: Elsevier.
- Hafner, M., Stepanek, M., Taylor, J., Troxel, W. M., van Stolk, C. (2016). *Why sleep matters-the economic costs of insufficient sleep*. Rand Corporation.
- Harvey, A.G., Stinson, K., Whitaker, K.L., Moskovitz, D. & Virk, H. (2008). The subjective meaning of sleep quality: a comparison of individuals with and without insomnia. *Sleep* 31(3), 383-393. <https://doi.org/10.1093/sleep/31.3.383>
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2010). *Metodología de la Investigación (5ta edición)*. McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2014). *Selección de la muestra*. En *Metodología de la Investigación* (6ta edición, pp. 170-191). McGraw-Hill.
- Huesmann, L.R. (1988). An information processing model for the development of aggression. *Aggressive Behavior*, 14, 13-24. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/1098-2337\(1988\)14:1%3C13::AID-AB2480140104%3E3.0.CO;2-J](https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/1098-2337(1988)14:1%3C13::AID-AB2480140104%3E3.0.CO;2-J)
- Huesmann, L.R. & Miller, L.S. (1994). Long-term effects if repeated exposure to media violence in childhood. En L.R. Huesmann (Ed.), *Aggressive Behavior. Current Perspectives* (153-186). Plenum Press.
- Instituto del Sueño - Sede Madrid. (2018). *¿Qué es el Sueño?*. Recuperado de: <https://www.iis.es/que-es-como-se-produce-el-sueno-fases-cuantas-horas-dormir/>

- Ireland, J.L. & Culpin, V. (2006). The relationship between sleeping problems and aggression, anger, and impulsivity in a population of juvenile and young offenders. *Journal of Adolescent Health, 38*, 649–655. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.05.027>
- İskender, M., Şar, A. H., Özçelik, B., Kocaman, G., & Yaldiran, A. (2019). Sleep Quality and Self-compassion as Predictors of Aggression in High School Students. *International Journal of Psychology and Educational Studies, 6*(2), 77–86. <https://doi.org/10.17220/ijpes.2019.02.008>
- Kander, E., Schwartz, J. Y Jessel, T.M. (2001). *Principios de neurociencia*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Luna-Solis, Y., Robles-Arana, Y. y Agüero-Palacios, Y. (2015). Validación del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental, 31*(2), 23-30.
- Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 64-73. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.64.1.64>
- Marín Agudelo, H.A., Franco, A.F., Vinaccia Alpi, S., Tobón, S., y Sandín, B. (2008). Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. *Suma Psicológica, 15*(1), 217–240. <https://doi.org/10.14349/sumapsi2008.24>
- Matalinares, M., Yaringaño, J., Uceda, J., Fernández, E., Huari, Y., Campos, A. y Villavicencio, N. (2012). Estudio psicométrico de la versión española del Cuestionario de Agresión de Buss y Perry. *Revista IIPSI, 15*(1), 147-161.
- McKnight-Eily, L. R., Eaton, D. K., Lowry, R., Croft, J. B., Presley-Cantrell, L., & Perry, G. S. (2011). Relationships between hours of sleep and health- risk behaviors in us adolescent students. *Preventive Medicine, 53*(4-5), 271-273. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.06.020>
- Meerlo, P., Sgoifo, A. & Suchecki, D. (2008). Restricted and disrupted sleep: Effects on autonomic function, neuroendocrine stress system and stress responsivity. *Sleep Medicine Reviews, 12*(3), 197-210. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2007.07.007>
- Miró, E., Iáñez, A., y Cano, C. (2002). Patrones de sueño y salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/Internacional, 2*(2), 303-326.
- Morales Vives, F. (2007). *El efecto de la impulsividad sobre la agresividad y sus consecuencias en el rendimiento de los adolescentes* (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili.
- Mori Amasifuen, H. (2016). *Adaptación de Cuestionario para Agresividad de Buss y Perry en Adolescentes del distrito de Breña en Lima* [tesis de licenciatura]. Universidad César Vallejo.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2013). Sueño saludable. *National Institutes of Health, (13)*. Recuperado de: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/sleep/Healthy_Sleep_At-A-Glance_SPANISH_Final.pdf

- Oblitas, A. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida* (Tercera ed.). Cengage Learning Editores, S.A.
- Olweus, D. (1980). Familial and temperamental determinants of aggressive behavior in adolescent boys: a causal analysis. *Developmental Psychology*, 16(6), 644-660. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.16.6.644>
- Patterson, G.R. (1982). *A social learning approach. III Coercive Family Process*. Castalia.
- Patterson, G.R. (1986). Performance models for aggressive boys. *American Psychologist*, 41(4), 432-444. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.41.4.432>
- Phillips, K., Moneyham, L., Murdaugh, C., Boyd, M., Tavakoli, A., Jackson, K. & Vyavaharkar, M. (2005). Sleep disturbance and depression as barriers to adherence. *Clinical Nursing Research*, 14(3), 273–293. <https://doi.org/10.1177/1054773805275122>
- Pietrini, P., Guazzelli, M., Basso, G., Jaffe, K., & Grafman, J. (2000). Neural correlates of imaginal aggressive behavior assessed by positron emission tomography in healthy subjects. *The American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1772–1781. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1772>
- Pinel, J. (2007). *Biopsicología* (Sexta ed.). Pearson Educación, S. A.
- Pretty, B. (2016). *Calidad de sueño y adaptación a la vida universitaria en estudiantes universitarios* [tesis de pregrado]. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Raine, A., Buchsbaum, M. & LaCasse, L. (1997). Brain abnormalities in murderers indicated by positron emission tomography. *Biological Psychiatry*, 42(6), 495-508. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(96\)00362-9](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(96)00362-9)
- Randler, C. & Vollmer, C. (2013). Aggression in young adults – a matter of short sleep and social jetlag? *Psychological Reports*, 113(3), 754-765. <https://doi.org/10.2466/16.02.pr0.113x31z7>
- Rezaei, M., Khormali, M., Akbarpour, S., Sadeghniaat-Haghighi, K. & Shamsipour, M. (2018). Sleep quality and its association with psychological distress and sleep hygiene: a cross-sectional study among pre-clinical medical students. *Sleep Science*, 11(4), 274-280. <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20180043>
- Riemann, D. & Voderholzer, U. (2003). Primary Insomnia: a risk factor to develop depression? *Journal of Affective Disorders*, 76 (1–3), 255–259. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00072-1](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00072-1)
- Rosales Mayor, E., Egoavil Rojas, M.T., La Cruz Dávila, C.C. y Rey de Castro Mujica, J. (2008). Somnolencia y calidad de sueño en estudiantes de medicina durante las prácticas hospitalarias y vacaciones. *Acta Médica Peruana*, 25(4), 199-203.

- Saberi, P., Neilands, T. B., & Johnson, M. O. (2011). Quality of sleep: Associations with antiretroviral nonadherence. *AIDS Patient Care and STDs*, 25(9), 517– 524. <https://doi.org/10.1089/apc.2010.0375>
- Samper, P., Aparici, G. Y Mestre, V. (2006). La agresividad auto y heteroevaluada: Variables implicadas. *Acción Psicológica*, 4(2), 155-168.
- Sanz, J., Magán, I. y García-Vera, M.P. (2006). Personalidad y el síndrome AHÍ: Relación de los cinco grandes con ira y hostilidad. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 6, 153-176.
- Serrano, I. (1998). *Agresividad Infantil*. Pirámide.
- Spielberger, C. D. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory: A Comprehensive Bibliography*. Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D., Reheiser, E.C. & Sydeman, S.J. (1995). Measuring the Experience, Expression and Control of Anger. En H. Kassirer, *Anger Disorders: Definitions, Diagnosis and Treatment*. Taylor and Francis.
- Spielberger, C.D. y Moscoso, M. (1996). Reacciones Emocionales del Estrés: Ansiedad y Cólera. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 14, 59-81.
- Spielberger, C.D., Jacobs, G., Russell, S. & Crane, R.S. (1983). *Assessment of Anger: The State-Trait Anger Scale*. En J.N. Butcher y C.D. Spielberger (Eds.), *Advances in Personality Assessment*, (Vol. 2). LEA.
- Spielberger, C.D., Johnson, E.H., Russell, S., Cane, R.S., Jacobs, G.A. & Worden, T.J. (1985). *The Experience and Expression of Anger: Construction and Validation of an Anger Expression Scale*. En M.A. Chesney y R.M. Rosenman (Eds.), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. Hemisphere/McGraw-Hill
- St-Onge, M.P., Roberts, A.L., Chen, J., Kelleman, M., O’Keeffe, M., RoyChoudhury, A. & Jones, P.J.H. (2011). Short sleep duration increases energy intakes but does not change energy expenditure in normal-weight individuals. *American Journal of Clinical Nutrition*, 94(2), 410-416. <https://doi.org/10.3945/ajcn.111.013904>
- Taher, Y.A., Samud, A.M., Ratimy, A.H. & Seabe, A.M. (2012). Sleep complaints and daytime sleepiness among pharmaceutical students in Tripoli. *The Libyan journal of medicine*, 7. <https://doi.org/10.3402/ljm.v7i0.18930>
- Taylor, N. D., Fireman, G. D. & Levin, R. (2013). Trait Hostility, Perceived Stress, and Sleep Quality in a Sample of Normal Sleepers. *Sleep Disorders*, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/735812>
- Tello-Velásquez, J. R., Díaz-Llanes, B. E., Mezones-Holguín, E., Rodríguez-Morales, A. J., Huamaní, C., Hernández, A. V. y Arévalo-Abanto, J. (2015). La mala calidad de sueño se asocia a una menor adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes peruanos con

- infección por VIH/SIDA. *Cad. de Saúde Pública*, 31(5), 989-1002.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00010014>
- Tintaya Gamarra, Y.N. (2017). *Propiedades psicométricas del Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry-AQ en adolescentes de Lima Sur* [tesis de licenciatura]. Universidad Autónoma del Perú.
- Tsuno, N., Besset, A. & Ritchie, K. (2005). Sleep and depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (10), 1254–1269. <https://doi.org/10.4088/jcp.v66n1008>
- Veldi, M., Aluoja, A. & Vasar, V. (2005). Sleep quality and more common sleep-related problems in medical students. *Sleep medicine*, 6(3), 269-275. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2004.12.003>
- Vilamitjana, J. (2014). *El Sueño, El Deporte y la Calidad de Vida*. Researchgate. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.2747.1529>
- Walker, M.P. & van der Helm, E. (2009). Overnight therapy? The role of sleep in emotional brain processing. *Psychol Bull*, 135(5), 731-48. <https://doi.org/10.1037/a0016570>
- Weil-Malherbe, H. (1971). *The chemical estimation of catecholamines and their metabolites in body fluids and tissue extracts*. En D.G. Lick (Ed.), *Methods of Biochemical Analysis* (119-152). Interscience.
- Weiner, I.B. & Craighead, W.E. (2010). *Sleep Cycle*. En *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (4 ed., Vol. 4, pp.1607-1609). John Wiley y Sons Inc.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.
- Zillman, D. (1979). *Hostility and aggression*. Erlbaum.

Apéndice 1

Validez del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (Análisis Factorial)

Tabla 8

Prueba de KMO y Bartlett para Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.713
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado gl Sig.	216.452 21 .000

Tabla 9

Comunalidades para Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Componentes	Inicial	Extracción
Calidad subjetiva de sueño	.306	.481
Latencia de Sueño	.213	.999
Duración de Sueño	.339	.729
Eficiencia del Sueño Habitual	.342	.437
Perturbaciones del Sueño	.112	.152
Uso de Medicación Hipnótica	.064	.092
Disfunción Diurna	.187	.367

Método de extracción: cuadrados mínimos generalizados.

a. Se han encontrado una o más estimaciones de comunalidad mayores que 1 durante las iteraciones. La solución resultante se debe interpretar con precaución.

Tabla 10

Varianza total explicada para Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

N de factores	Total	% de varianza	% acumulado
1	2.456	35.092	35.092
2	1.064	15.193	50.286
3	.939	13.421	63.706

Tabla 11

Matriz factorial para Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Componentes	Factor		
	1	2	3
Calidad subjetiva de sueño	.383	.368	.445
Latencia de Sueño	.999	-.001	.000
Duración de Sueño	.254	.791	-.199
Eficiencia del Sueño Habitual	.305	.575	-.090
Perturbaciones del Sueño	.183	.275	.203
Uso de Medicación Hipnótica	.191	.069	.217
Disfunción Diurna	.105	.373	.465

Método de extracción: cuadrados mínimos generalizados.

Confiabilidad del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh**Tabla 12***Estadísticas de fiabilidad para Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh*

Alfa de Cronbach	N de componentes
.737	7



Apéndice 2

Confiabilidad del Cuestionario de Agresión de Buss y Perry (Análisis Factorial)

Tabla 13

Prueba KMO y Bartlett para Cuestionario de Agresión de Buss y Perry

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	.807
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado gl Sig.
	1853.739 406 .000

Tabla 14

Comunalidades para Cuestionario de Agresión de Buss y Perry

Ítem	Inicial	Extracción
De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona.	.260	.345
Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos.	.334	.472
Me enfado rápidamente, pero se me pasa en seguida.	.445	.607
A veces soy bastante envidioso.	.383	.526
Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona.	.458	.568
A menudo no estoy de acuerdo con la gente.	.231	.333
Cuando estoy frustrado, muestro el enfado que tengo.	.394	.520
En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente.	.464	.733
Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también.	.413	.543
Cuando la gente me molesta, discuto con ellos.	.464	.576
Algunas veces me siento tan enfadado como si estuviera a punto de estallar.	.507	.638
Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades.	.390	.540
Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal.	.465	.590
Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos.	.451	.679
Soy una persona apacible.	.237	.420
Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas.	.358	.473
Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago.	.417	.541
Mis amigos dicen que discuto mucho.	.505	.643
Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva.	.570	.693
Sé que mis "amigos" me critican a mis espaldas.	.306	.406
Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos.	.464	.648
Algunas veces pierdo los estribos sin razón.	.448	.574
Desconfío de desconocidos demasiado amigables.	.293	.465
No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona.	.187	.315
Tengo dificultades para controlar mi genio.	.549	.758
Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas.	.376	.540
He amenazado a gente que conozco.	.551	.698

Ítem	Inicial	Extracción
Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán.	.268	.403
He llegado a estar tan furioso que rompía cosas.	.446	.578

Método de extracción: cuadrados mínimos generalizados.

Tabla 15

Varianza total explicada para Cuestionario de Agresión de Buss y Perry

N de factores	Total	% de varianza	% acumulado
1	6.278	21.650	21.650
2	2.582	8.905	30.554
3	1.843	6.354	36.908
4	1.557	5.369	42.277

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 16

Matriz de factor rotado para Cuestionario de Agresión de Buss y Perry

Ítem	Factor			
	1 Ag. Verbal	2 Ag. Física	3 Hostilidad	4 Ira
De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona.	.251	.260	.104	.113
Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos.	.118	.274	.054	.387
Me enfado rápidamente, pero se me pasa en seguida.	.551	.014	.080	.318
A veces soy bastante envidioso.	.234	-.002	.380	.110
Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona.	.146	.697	.002	.043
A menudo no estoy de acuerdo con la gente.	.066	.116	.066	.362
Cuando estoy frustrado, muestro el enfado que tengo.	.456	.088	.122	.220
En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente.	-.082	.049	.800	.051
Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también.	.009	.590	.069	.197
Cuando la gente me molesta, discuto con ellos.	.364	.191	.189	.454
Algunas veces me siento tan enfadado como si estuviera a punto de estallar.	.515	.173	.406	.123
Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades.	.058	.002	.638	-.022
Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal.	.374	.275	-.033	.445
Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos.	.109	.137	.034	.745
Soy una persona apacible.	.170	.125	-.130	-.009
Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas.	.180	-.065	.534	.125
Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago.	.010	.523	.005	.375
Mis amigos dicen que discuto mucho.	.475	.131	.016	.511
Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva.	.575	.288	.091	.341
Sé que mis "amigos" me critican a mis espaldas.	.217	.062	.339	.074

Ítem	Factor			
	1	2	3	4
Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos.	.236	.654	-.022	-.059
Algunas veces pierdo los estribos sin razón.	.547	.246	.140	.072
Desconfío de desconocidos demasiado amigables.	.175	.154	.341	-.130
No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona.	-.127	.185	.030	.169
Tengo dificultades para controlar mi genio.	.827	.122	.009	.018
Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas.	.179	.114	.362	.032
He amenazado a gente que conozco.	.100	.753	-.002	.221
Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán.	.221	.047	.269	-.100
He llegado a estar tan furioso que rompía cosas.	.305	.486	.194	.069

Nota: Método de extracción: cuadrados mínimos generalizados.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Confiabilidad del Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry

Tabla 17

Estadísticas de fiabilidad para Cuestionario de Agresión de Buss y Perry

Dimensión	Alfa de Cronbach	N de elementos
Agresión física	.726	9
Agresión verbal	.694	5
Hostilidad	.712	8
Ira	.755	7



Apéndice 3

Presentación digital de las pruebas

Calidad de Sueño y Conductas Agresivas

Consentimiento Informado:
La presente investigación está dirigida por Alessandra Noriega Velarde, alumna de doceavo ciclo del Programa Académico de Psicología de la Universidad de Piura - Campus Lima, como parte del Proyecto de Investigación para obtener el grado de Licenciada en Psicología.
Esta investigación está dirigida a los estudiantes de la Universidad de Piura - Campus Lima, y tiene como objetivo describir la relación entre la calidad de sueño y las conductas agresivas que presentan dichos alumnos. La aplicación tendrá una duración aproximada de 10 a 15 minutos de su tiempo. Por favor, se le pide tomarse el tiempo para leer detenidamente las preguntas del cuestionario y contestar las preguntas del mismo con la mayor sinceridad posible.

La presente investigación se compromete a lo siguiente:
- Resguardar la información proporcionada por el/la participante, garantizando el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas.
- La participación es voluntaria, por lo que, en el caso que considere retirarse del cuestionario, ello no implicará prejuicio alguno para usted.
- La información obtenida no será tergiversada y solo se utilizará con fines académicos.

Para cualquier información adicional, por favor comunicarse con la alumna encargada:
Investigadora: Alessandra Noriega Velarde (alessandra.noriega@alum.udep.edu.pe)
***Obligatorio**

Marque de acuerdo a la decisión que ha tomado sobre su participación en la presente investigación: *

Acepto ser parte de la investigación

No acepto ser parte de la investigación

Datos sociales

Como se mencionó anteriormente, se mantendrá el anonimato de los participantes y la respuestas serán confidenciales.

DNI *

Tu respuesta _____

Sexo *

Femenino

Masculino

Edad: *


Tu respuesta _____

Número o correo de contacto *

Tu respuesta _____

Institución educativa: *

Tu respuesta _____



Ciclo que cursa actualmente: *

Elige ▾

Facultad o Programa Académico *

Tu respuesta _____

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Las siguientes cuestiones solo tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el último mes. En sus respuestas debe reflejar su comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes.

Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse? *

Hora
: _____

¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes? *

Tu respuesta _____

Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana? *

Hora
: _____

¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? *

Tu respuesta _____

Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de: *

	Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
No poder conciliar el sueño en la primera media hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despertarse durante la noche o madrugada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tener que levantarse para ir al servicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No poder respirar bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toser o roncar ruidosamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir frío	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir demasiado calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tener pesadillas o malos sueños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sufrir dolores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras razones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Si marcó algo excepto "Ninguna vez en el último mes" en la opción "Otras razones", por favor descríbalas.

Tu respuesta _____

Durante el último mes, ¿cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño? *

- Muy buena
- Bastante buena
- Bastante mala
- Muy mala

Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir? *

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad? *

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior? *

- Ningún problema
- Solo un problema leve
- Un problema
- Un grave problema

Cuestionario de Agresividad (AQ) de Buss y Perry

A continuación se presentan una serie de afirmaciones con respecto a situaciones que podrían ocurrirle. A las que deberá contestar marcando la alternativa que mejor describa su opinión:

- Completamente falso para mí
- Bastante falso para mí
- Ni verdadero, ni falso para mí
- Bastante verdadero para mí
- Completamente verdadero para mí

Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, solo se busca conocer la forma en la que percibe, siente y actúa en dichas situaciones.

Conteste marcando la alternativa que mejor describa su opinión *

	Completamente falso para mí	Bastante falso para mí	Ni verdadero, ni falso para mí	Bastante verdadero para mí	Completamente verdadero para mí
De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me enfado rápidamente, pero se me pasa en seguida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



A veces soy bastante envidioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A menudo no estoy de acuerdo con la gente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando estoy frustrado, muestro el enfado que tengo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando la gente me molesta, discuto con ellos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algunas veces me siento tan enfadado como si estuviera a punto de estallar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soy una persona apacible.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis amigos dicen que discuto mucho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sé que mis "amigos" me critican a mis espaldas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Algunas veces pierdo los estribos sin razón.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desconfío de desconocidos demasiado amigables.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo dificultades para controlar mi genio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He amenazado a gente que conozco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He llegado a estar tan furioso que rompía cosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





Anexo 1

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Institución educativa: _____ Ciclo: _____

Instrucciones:

Las siguientes cuestiones solo tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el último mes. En sus respuestas debe reflejar cuál ha sido su comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes. Por favor, conteste a todas las cuestiones.

- 1.- Durante el último mes, ¿Cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?
- 2.- ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes?
- 3.- Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?
- 4.- ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?
- 5.- Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:

	Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:				
b) Despertarse durante la noche o madrugada:				
c) Tener que levantarse para ir al servicio:				
d) No poder respirar bien:				
e) Toser o roncar ruidosamente:				
f) Sentir frío:				
g) Sentir demasiado calor:				

	Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
h) Tener pesadillas o malos sueños				
i) Sufrir dolores:				
j) Otras razones. Por favor descríbalas:				

6.- Durante el último mes, ¿cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?

Muy buena	
Bastante buena	
Bastante mala	
Muy mala	

7.- Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

Ninguna vez en el último mes	
Menos de una vez a la semana	
Una o dos veces a la semana	
Tres o más veces a la semana	

8.- Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

Ninguna vez en el último mes	
Menos de una vez a la semana	
Una o dos veces a la semana	
Tres o más veces a la semana	

9.- Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

Ningún problema	
Solo un problema leve	
Un problema	
Un grave problema	

Anexo 2

Cuestionario de Agresividad (AQ) de Buss y Perry

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Institución educativa: _____ Ciclo: _____

Instrucciones:

A continuación se presentan una serie de afirmaciones con respecto a situaciones que podrían ocurrirle. A las que deberá contestar marcando con un aspa "X" la alternativa que mejor describa su opinión.

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

Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, solo se busca conocer la forma en la que percibe, siente y actúa en dichas situaciones.

	Ítems	CF	BF	VF	BV	CV
1	De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona.					
2	Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos.					
3	Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida.					
4	A veces soy bastante envidioso.					
5	Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona.					
6	A menudo no estoy de acuerdo con la gente.					
7	Cuando estoy frustrado, muestro el enfado que tengo.					
8	En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente.					
9	Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también.					
10	Cuando la gente me molesta, discuto con ellos.					
11	Algunas veces me siento tan enfadado como si estuviera a punto de estallar.					
12	Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades.					
13	Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal.					
14	Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos.					

	Ítems	CF	BF	VF	BV	CV
15	Soy una persona apacible.					
16	Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas.					
17	Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago.					
18	Mis amigos dicen que discuto mucho.					
19	Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva.					
20	Sé que mis "amigos" me critican a mis espaldas.					
21	Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos.					
22	Algunas veces pierdo los estribos son razón.					
23	Desconfío de desconocidos demasiado amigables.					
24	No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona.					
25	Tengo dificultades para controlar mi genio.					
26	Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas.					
27	He amenazado a gente que conozco.					
28	Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán.					
29	He llegado a estar tan furioso que rompía cosas.					

