



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN,
HUMANAS Y TECNOLOGÍAS
CARRERA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA**

Confinamiento social y estado psicoemocional en los estudiantes de
la carrera de Psicopedagogía de la Universidad Nacional de
Chimborazo

Trabajo de titulación para optar al título de previo a la obtención del
Título de Licenciado en Psicología Educativa, Orientación
Vocacional y Familiar

Autores:

Tapia Gavidia Doménica Stefannya

Vilema Orozco David Andrés

Tutor:

Dr. Claudio Eduardo Maldonado Gavilánez

Riobamba, Ecuador. 2021

AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La responsabilidad del contenido del presente trabajo de investigación, previo a la obtención del título de Licenciado en Ciencias de la Educación. Sobre “Confinamiento social y estado psicoemocional en los estudiantes de la carrera de Psicopedagogía de la Universidad Nacional de Chimborazo”, pertenece a Tapia Gavidia Doménica Stefannya con cédula de identidad N° 0605348432; Vilema Orozco David Andrés con cédula de identidad N° 0605328806 y el dominio erudito le corresponde a la Universidad Nacional de Chimborazo.



**Doménica Stefannya Tapia Gavidia
Orozco**

0605348432



David Andrés Vilema

0605328806

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

YO, Dr. Claudio E. Maldonado TUTOR DE LA TESIS Y DOCENTE DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN, HUMANAS Y TECNOLOGÍAS DE LA UNIVERIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO.

CERTIFICO:

Que la investigación, con el tema “ Confinamiento social y estado psicoemocional en los estudiantes de la carrera de Psicopedagogía de la Universidad Nacional de Chimborazo ” Realizado por la señorita Tapia Gavidia Doménica Stefannya y el señor Vilema Orozco David Andrés, de la carrera de Psicología Educativa es el resultado de un proceso técnicamente estructurado, asesoramiento y valoración permanente; por lo tanto, cumple con todos los parámetros teóricos metodológicos exigidos por la reglamentación pertinente, para su presentación y sustentación ante los miembros del tribunal correspondiente.



Dr. Claudio E. Maldonado G.

TUTOR

ACEPTACIÓN O VEREDICTO DE LA INVESTIGACIÓN POR LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal revisan y aprueban el informe de investigación, con el título de “Confinamiento social y estado psicoemocional en los estudiantes de la carrera de Psicopedagogía de la Universidad Nacional de Chimborazo” trabajo de tesis de la carrera de Psicología Educativa, aprobado a nombre de la Universidad Nacional de Chimborazo por el siguiente tribunal examinador de los estudiantes; Tapia Gavidia Doménica Stefannya y Vilema Orozco David Andrés.

Mgs. Luz Elisa Moreno Arrieta

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

LUZ ELISA
MORENO ARRIETA

Firmado digitalmente por LUZ
ELISA MORENO ARRIETA
Fecha: 2021.11.15 18:05:45
05'00"

Dra. Patricia Cecilia Bravo Mancero PhD

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

PATRICIA
CECILIA BRAVO
MANCERO

Firmado digitalmente
por PATRICIA CECILIA
BRAVO MANCERO
Fecha: 2021.11.15
14:05:34 -05'00"

Paco Fernando Janeta Patiño

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

PACO
FERNANDO
JANETA PATIÑO

Firmado digitalmente
por PACO FERNANDO
JANETA PATIÑO
Fecha: 2021.11.15
14:55:38 -05'00"

Dr. Claudio Eduardo Maldonado Gavilán

TUTOR



Firmado digitalmente por
CLAUDIO EDUARDO
MALDONADO
GAVILANES

CERTIFICADO DE PLAGIO



DIRECCIÓN ACADÉMICA
VICERRECTORADO ACADÉMICO



UNACH-RGF-01-04-02.20

CERTIFICACIÓN

Que, **TAPIA GAVIDIA DOMÉNICA STEFANNYA** con CC: **0605348432**, estudiante de la Carrera de **PSICOLOGÍA EDUCATIVA, ORIENTACIÓN VOCACIONAL Y FAMILIAR**, Facultad de **CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**; ha desarrollado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado "**CONFINAMIENTO SOCIAL Y ESTADO PSICOEMOCIONAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOPEDAGOGIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**", que corresponde al dominio científico **DESARROLLO SOCIOECONÓMICO Y EDUCATIVO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA CONSTITUCIONALIDAD DEMOCRÁTICA Y CIUDADANA** y alineado a la línea de investigación **CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL / NO PROFESIONAL**, cumple con el 4%, reportado en el sistema Anti plagio URKUND, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 14 de septiembre de 2021

Dr. Claudio E. Maldonado G.
TUTOR



CERTIFICACIÓN

Que, **VILEMA OROZCO DAVID ANDRÉS** con CC: **0605328806**, estudiante de la Carrera de **PSICOLOGÍA EDUCATIVA, ORIENTACIÓN VOCACIONAL Y FAMILIAR**, Facultad de **CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**; ha desarrollado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado **"CONFINAMIENTO SOCIAL Y ESTADO PSICOEMOCIONAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOPEDAGOGIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO"**, que corresponde al dominio científico **DESARROLLO SOCIOECONÓMICO Y EDUCATIVO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA CONSTITUCIONALIDAD DEMOCRÁTICA Y CIUDADANA** y alineado a la línea de investigación **CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL / NO PROFESIONAL**, cumple con el 4%, reportado en el sistema Anti plagio URKUND, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 14 de septiembre de 2021

Dr. Claudio E. Maldonado G.
TUTOR

DEDICATORIA

A nuestros padres y hermanos que a través de sus enseñanzas nos guiaron por el buen camino, hasta cumplir nuestros objetivos.

A docentes, amigos y compañeros que aportaron con un granito de sus conocimientos y han estado pendientes para poder llegar a ser unos grandes profesionales.

Doménica Tapia - David Vilema

AGRADECIMIENTO

A Dios por cada día de vida.

A la Universidad Nacional de Chimborazo, en especial a la carrera de Psicología Educativa, por brindarnos conocimientos que nos ayudaron a vivir muchas experiencias en la práctica y el aprendizaje de los docentes quienes con su paciencia nos inculcaron valores y fueron una guía de nuestra formación personal, profesional y a nuestro tutor Dr. Claudio Maldonado por guiarnos en nuestro proyecto y así sacarlo adelante con éxito y compartir enseñanzas que nos sirven en la vida y profesión y ser un pilar fundamental en la investigación lograda.

Doménica Tapia - David Vilema

ÍNDICE GENERAL

Portada	i
Autoría De La Investigación	I
Certificación Del Tutor.....	II
Aceptación O Veredicto De La Investigación Por Los Miembros Del Tribunal	III
Certificado De Plagio	IV
Dedicatoria.....	VI
Agradecimiento	VII
Resumen	XIII
Abstract.....	XIV
Capítulo I.....	1
1. Marco Referencial	1
1.1 Introducción.....	1
1.2 Planteamiento del Problema	3
1.3 Justificación	4
1.4 Objetivos.....	5
1.4.1 Objetivo General.....	5
1.4.2 Objetivos Específicos	5
Capítulo II.....	7
2. Marco Teórico	7
2.1 Confinamiento Social	7
2.1.1 Definición	7
2.1.2 Medidas de Prevención y Control por Covid-19.....	7
2.1.3 Medidas de Prevención y Control aplicadas en Ecuador	9
2.1.4 Grupos vulnerables	12
2.1.5 Hábitos durante el Confinamiento Social.....	13
2.1.5.1 Alimentación	13

2.1.5.2 Ejercicios Físicos	14
2.1.5.3 Uso de redes sociales	15
2.1.5.4 Ocio	16
2.1.6 Cambios psicológicos durante el Confinamiento Social	16
2.1.7 Cambios conductuales durante el Confinamiento Social	19
2.2 Estado Psicoemocional	20
2.2.1 Definición	20
2.2.2 Depresión.....	22
2.2.2.1 Definición de la depresión.....	22
2.2.2.2 Causas de la depresión.....	24
Factores personales y sociales	24
2.2.2.3 Síntomas de la depresión	25
2.2.2.4 Tipos de depresión.....	26
2.2.2.5 Niveles de la depresión.....	27
2.2.3 Ansiedad	28
2.2.3.1 Definición de la ansiedad	28
2.2.3.2 Causas de la ansiedad	30
2.2.3.3 Síntomas de la ansiedad.....	31
2.2.3.4 Tipos de ansiedad	33
2.2.3.5 Grados de la ansiedad	35
2.2.4 Hostilidad	35
2.2.4.1 Causas de la hostilidad	37
2.2.4.2 Síntomas de la hostilidad.....	38
2.2.4.4 Niveles de hostilidad	39
Capítulo III	41
3. Metodología.....	41
3.1 Enfoque de Investigación	41

3.1.1 Cuantitativo	41
3.2 Diseño.....	41
3.2.1 No Experimental.....	41
3.3 Tipo De Investigación	41
3.3.1 Por El Nivel o Alcance	41
3.3.2 Por Los Objetivos	41
3.3.3 Por el Lugar	41
3.4 Tipo De Estudio.....	42
3.4.1 Por el Tiempo	42
3.5 Unidad De Análisis.....	42
3.5.1 Población De Estudio	42
3.5.2 Tamaño de la Muestra	42
3.6 Técnicas e Instrumentos de Investigación – Recolección de Datos	43
3.7 Técnicas De Análisis e Interpretación de la Información.....	44
Capitulo IV	45
4. Resultados y Discusión.....	45
4.1. Análisis e Interpretación de la Variable Estado Psicoemocional	45
4.2 Análisis e Interpretación de la Variable Confinamiento Social	63
Conclusiones.....	85
Recomendaciones	87
Referencias Bibliográficas.....	88
Anexos.....	94

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Nivel de Ansiedad del cuarto semestre de Psicopedagogía.....	45
Cuadro 2. Nivel de Ansiedad del quinto semestre de Psicopedagogía	46
Cuadro 3. Nivel de Ansiedad del sexto semestre de Psicopedagogía	48
Cuadro 4. Nivel de Depresión del cuarto semestre de Psicopedagogía	49
Cuadro 5. Nivel de Depresión del quinto semestre de Psicopedagogía.....	50
Cuadro 6. Nivel de Depresión del sexto semestre de Psicopedagogía.....	52
Cuadro 7. Nivel de Hostilidad del cuarto semestre de Psicopedagogía	53
Cuadro 8. Nivel de Hostilidad del quinto semestre de Psicopedagogía.....	54
Cuadro 9. Nivel de Hostilidad del sexto semestre de Psicopedagogía.....	56
Cuadro 10. Comparación entre cuarto, quinto sexto semestre de la carrera de Psicopedagogía en la dimensión Ansiedad.....	57
Cuadro 11. Comparación entre cuarto, quinto sexto semestre de la carrera de Psicopedagogía en la dimensión Depresión.	59
Cuadro 12. Comparación entre cuarto, quinto, sexto semestre de la carrera de Psicopedagogía en la dimensión Hostilidad.	60
Cuadro 13. Percepción de cambios personales	63
Cuadro 14. Hábitos y actividades.....	69
Cuadro 15. Situación en relación con la pandemia	72
Cuadro 16. Situación en relación con la pandemia.	74
Cuadro 17. Situación en relación con la pandemia	76
Cuadro 18. Situación en relación con la pandemia	79
Cuadro 19. Situación en relación con la pandemia	82
Cuadro 20. Correlación de variables	83

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Nivel de Ansiedad del cuarto semestre de Psicopedagogía.....	45
Gráfico 2. Nivel de Ansiedad del quinto semestre de Psicopedagogía	47
Gráfico 3. Nivel de Ansiedad del sexto semestre de Psicopedagogía	48
Gráfico 4. Nivel de Depresión del cuarto semestre de Psicopedagogía	49
Gráfico 5. Nivel de Depresión del quinto semestre de Psicopedagogía.....	51
Gráfico 6. Nivel de Depresión del sexto semestre de Psicopedagogía.....	52
Gráfico 7. Nivel de Hostilidad del cuarto semestre de Psicopedagogía	53
Gráfico 8. Nivel de Hostilidad del quinto semestre de Psicopedagogía.....	55
Gráfico 9. Nivel de Hostilidad del sexto semestre de Psicopedagogía.....	56
Gráfico 10. Comparación en la dimensión Ansiedad	58
Gráfico 11. Comparación en la dimensión Depresión.....	59
Gráfico 12. Comparación en la dimensión Hostilidad.....	61
Gráfico 13. Percepción de cambios personales (parte 1).....	65
Gráfico 13. Percepción de cambios personales (parte 2).....	66
Gráfico 14. Hábitos y actividades.....	70
Gráfico 15. Situación en relación con la pandemia	72
Gráfico 16. Situación en relación con la pandemia	74
Gráfico 17. Situación en relación con la pandemia	77
Gráfico 18. Situación en relación con la pandemia	80
Gráfico 19. Situación en relación con la pandemia	82
Gráfico 20. Correlación de variables	84

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se propuso como objetivo determinar la relación entre el confinamiento social por periodo de emergencia sanitaria COVID-19 y los estados psicoemocionales de los estudiantes de la carrera de Psicopedagogía de la Universidad Nacional de Chimborazo, tomando en cuenta que confinamiento social ha provocado a las personas adaptarse a cambios en los hábitos de vida debido a las medidas de prevención, generando estados psicoemocionales negativos como ansiedad, depresión y hostilidad. La metodología utilizada fue cuantitativa, con diseño no experimental, con un nivel correlacional, de tipo básica, transversal y de campo. La población correspondió a los estudiantes de la carrera de Psicopedagogía. La muestra fue no probabilístico e intencional y la conformaron 92 estudiantes de cuarto, quinto y sexto semestre. Se utilizó la técnica psicométrica para la variable dependiente, con sus instrumentos Inventario de Depresión de Beck, Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos, Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee y la variable independiente el Cuestionario Confinamiento Social de la Dra. Nekane Balluerka Lasa, permitieron evidenciar que el nivel de hostilidad fue medio bajo, de depresión mínima y de ansiedad esperada; además los cambios comportamentales fueron preocupación por perder seres queridos, cambios de humor, problemas de sueño, en relación a hábitos han empeorado el uso de la tecnología y escasa práctica de ejercicios físico, se utilizó el programa estadístico SPSS, evidenciando una correlación de Pearson de 0,195**, esto permitió evidenciar que existe una correlación positiva entre la variables.

Palabras claves: Confinamiento Social, Estado Psicoemocional, Depresión, Ansiedad, Hostilidad.

ABSTRACT

This research aimed to determine the relationship between social confinement due to COVID-19 and the psycho-emotional states of students attending the Psychopedagogy major at the National University of Chimborazo. Social confinement has caused people to adapt to several changes in their habits due to prevention measures. Changes have generated negative psycho-emotional states such as anxiety, depression, and hostility. The methodology used for this study was quantitative with a non-experimental design, correlational, basic, cross-sectional, and field level. Students in the Psychopedagogy major were the population considered for this study. The non-probabilistic and intentional sample consisted of 92 students in their fourth, fifth, and sixth-semester respectively. The psychometric technique was used for the dependent variable. The instruments for data collection were the Beck Depression Inventory, the Manifest Anxiety Scale in Adults, the Buss-Durkee Hostility Inventory. The independent variable was measured with the Social Confinement Questionnaire by Dr. Nekane Balluerka Lasa. Data suggested that the level of hostility was medium-low, with minimal depression and expected anxiety. In addition, the behavioral changes were described by losing loved ones, mood changes, and sleep problems. Regarding habits, the use of technology and the scarce practice of physical exercises have worsened the situation. The SPSS statistical program showed a Pearson correlation of 0.195 **, showing a positive correlation between the variables.

Keywords: Social Confinement, Psycho-emotional State, Depression, Anxiety, Hostility.

Reviewed by: MsC. Adriana Cundar, PhD.

ENGLISH PROFESSOR

c.c. 1709268534

Capítulo I

1. Marco Referencial

1.1 Introducción

Actualmente el confinamiento social es un fenómeno que ha desplegado gran impacto en la sociedad, originado por la expansión del virus SARS-CoV-2 con la consecuente pandemia de COVID-19, ha obligado a los países a tomar medidas de prevención, en este caso el confinamiento social siendo una intervención que se aplica a nivel comunitario para contener el contagio de esta enfermedad; donde consiste en aplicar estrategias para reducir las interacciones sociales, como el distanciamiento social que trata de alejarse de lugares concurridos y se implementa cuando existen personas infectadas que al no haber sido identificadas ni aisladas, pueden seguir transmitiendo la enfermedad, tomando cierta distancia física o evitando el contacto; además, implica permanecer refugiado el mayor tiempo posible, bajo nuevas normas socialmente restrictivas.

Ciertamente el confinamiento social se convirtió en un suceso altamente disruptivo; considerando que ser humano es un ser social, las interrelaciones sociales son el vehículo principal de su humanización. Las consecuencias del confinamiento pueden generar alteraciones en el pensamiento, la atención, memoria y alteraciones importantes del estado de ánimo, sin embargo, si bien no son posibles las reuniones físicas estas dan lugar a videoconferencias y otras formas de comunicación.

El estado psicoemocional de la persona se define como una forma del estado mental con predominio de la reacción emocional. La persona necesita expresar sus emociones en respuesta a la realidad para equilibrar su estado general de salud, bienestar y estado funcional. La influencia excesiva de los factores emocionales puede provocar el estado de estrés neuro-mental y la interrupción de la actividad nerviosa superior.

De acuerdo a esto la duración de las medidas de prevención se prologaron por un largo periodo donde, las personas que están aislamiento social, con movilidad limitada y reducido contacto con los demás son vulnerables a presentar estados psicoemocionales negativos como estado de ánimo deprimido, tristeza, ansiedad, preocupación; trastornos cognitivos caracterizado por la disminución de la eficiencia intelectual y trastornos somatovegetativos donde predomina todo tipo de dolor, malestar sin razones obvias, sueño intermitente, disminución de la capacidad de trabajo, entre otros.

Por lo expuesto el objetivo de esta investigación se centra en determinar la relación entre el confinamiento social y el estado psicoemocional de las personas que están vivenciando directamente con las nuevas condiciones de vida. El presente trabajo busca clarificar acerca de las posibles dificultades vinculadas a los estados psicoemocionales producto del confinamiento social. El trabajo de investigación escrito está dividido en 4 capítulos donde señala lo siguiente:

Capítulo I: Planteamiento del Problema. En donde se plantea el problema de investigación, se dan a conocer los objetivos generales y específicos y se elabora la justificación e importancia del problema.

Capítulo II: Marco Teórico. Se desarrolla la fundamentación teórica tomando como referencia cada variable del tema: Confinamiento Social y Estado Psicoemocional, con aportes de libros, tesis, artículos, revistas científicas y la operacionalización de las variables con sus respectivos indicadores.

Capítulo III: Metodología. Se halla el enfoque, diseño, tipo de investigación, se establece la población y muestra, así como las técnicas e instrumentos respectivos.

Capítulo IV: Resultados Y Discusión. Permite identificar la realidad estudiada mediante cuadros y gráficos. Se describe conclusiones y recomendaciones según los objetivos.

1.2 Planteamiento del Problema

En enero del 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró el brote de la enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19) como una emergencia de salud pública de importancia internacional. En marzo del 2020, tras una evaluación la OMS decidió que COVID-19 puede ser caracterizado como una pandemia. Durante el confinamiento, los factores que más afectan al bienestar psicológico son la pérdida de hábitos, rutinas y el estrés, de acuerdo con el primer estudio que analiza el impacto psicológico de la cuarentena por COVID-19 en China (Wang & Pan, 2020).

A nivel mundial ha tenido un gran impacto por lo cual los países han ido aplicando medidas para restringir los movimientos con el fin de reducir el número de infecciones por el virus del COVID-19, cada vez más personas están cambiando radicalmente su rutina cotidiana. Las nuevas realidades del teletrabajo, el desempleo temporal, la enseñanza en casa y la falta de contacto físico con familiares, amigos y colegas requieren tiempo para acostumbrarse. Adaptarnos a estos cambios en los hábitos de vida, enfrentarnos al temor de contraer el virus, a la preocupación por las personas más vulnerables es difícil, y puede generar estado psicoemocionales negativos.

Trasladando al nivel nacional y local, las personas han cambiado sus costumbres diarias, esto ha traído incertidumbre, rutinas diarias alteradas, presiones económicas, aislamiento social y temor a enfermarse. Esta situación se agrava ante el desconocimiento de cuánto tiempo durará la pandemia, y qué puede traer el futuro. Por esta causa, los individuos sienten sensaciones de ansiedad, depresión, hostilidad, entre otros por lo que aumenta la posibilidad de afectar la salud mental.

Estos antecedentes y realidad presente no son ajenos en la Universidad Nacional de Chimborazo, debido a la situación que atraviesan los jóvenes universitarios, viéndose

obligados a cumplir el aislamiento social, trayendo como resultado que no realicen las actividades que comúnmente desarrollaban antes, además cambiando la modalidad de estudio a virtual, generando el uso problemático de tecnologías, al cual se asocian efectos como la alteración de los patrones de sueño, sobrepeso corporal y fenómenos como la adicción. Por aquello, el objetivo para investigar es determinar la relación entre el confinamiento social y los estados psicoemocionales de los estudiantes de la carrera de Psicopedagogía.

1.3 Justificación

Las circunstancias de esta investigación aparecen a partir de la situación del confinamiento social en el periodo de emergencia sanitaria COVID-19. A nivel mundial a raíz del COVID-19 se determina como una emergencia de salud. Tras una evaluación la OMS decidió que COVID-19 puede ser caracterizado como una pandemia. Ecuador inició el 12 de marzo de 2020, con la suspensión de clases, eventos masivos y cuarentena a pasajeros internacionales para evitar la propagación de la COVID-19. En este contexto, se consideró necesario determinar el estado psicoemocional debido al confinamiento en los estudiantes de Psicopedagogía de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Esta situación que estamos vivenciando se muestra claramente como un problema relevante que debemos atender para poder identificar de una mejor manera los efectos psicoemocionales, puesto que se analiza que las medidas de prevención como el confinamiento, distanciamiento físico, el cierre de escuelas y lugares de trabajo, son desafíos que nos afectan, ya que las personas pueden sentir estrés, ansiedad, miedo y soledad en estos momentos, influyendo directamente en nuestro bienestar general y en la salud emocional.

Esta investigación, es importante por la valiosa información que proporciona, en relación al cambio que sufrieron las personas en su vida cotidiana, ante las nuevas y desafiantes realidades de distanciamiento físico, el trabajo desde el hogar, el desempleo

temporal, la educación de los niños en el hogar y la falta de contacto físico con los seres queridos y amigos.

Los estados psicoemocionales es de gran interés en el contexto actual debido a que el confinamiento implica un riesgo clínico que consiste en la sensación subjetiva de desarraigo y de no tener a nadie a quien recurrir, esta situación resulta terrible en la sociedad moderna por el creciente aislamiento producido por el confinamiento social.

En esta investigación quienes se benefician son los estudiantes de la carrera de Psicopedagogía de la Universidad Nacional de Chimborazo, debido a que al identificar los efectos psicoemocionales en esta población, proporcionará información adecuada para conocer el impacto que ha tenido la pandemia en ellos y buscar alternativas para que no provoquen secuelas graves en su salud psicológica y en su desarrollo personal.

La investigación planteada contribuirá con información confiable y ajustada a nuestra realidad para entender cómo influye el confinamiento en nuestro estado psicoemocional y determinar las consecuencias emocionales que produce en las personas.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar la relación entre el confinamiento social por periodo de emergencia sanitaria COVID-19 y los estados psicoemocionales de los estudiantes de la carrera de Psicopedagogía de la Universidad Nacional de Chimborazo.

1.4.2 Objetivos específicos

- Analizar el proceso de confinamiento social por periodo de emergencia sanitaria COVID-19, a través de los cambios comportamentales en los estudiantes de la carrera de Psicopedagogía.

- Establecer los niveles de los Estados Psicoemocionales, durante el confinamiento social por periodo de emergencia sanitaria COVID-19 de los estudiantes de la carrera de Psicopedagogía.
- Identificar la correlación entre el confinamiento social por periodo de emergencia sanitaria COVID-19 y estados psicoemocionales de los estudiantes de la carrera de Psicopedagogía.

Capítulo II

2. Marco Teórico

2.1 Confinamiento Social

2.1.1 Definición

Según Sánchez y Fuente (2020), lo define como una intervención que se aplica a nivel comunitario, es decir consiste en un estado donde se disponen estrategias para reducir las interacciones sociales, tales como: la cuarenta, aislamiento, distanciamiento social, el uso obligatorio de mascarillas, restricción de aforo en lugares masivos, suspensión del transporte, cierre de fronteras, etc. Además, implica permanecer refugiado el mayor tiempo posible, bajo nuevas normas sociales dispuestas.

Es una medida extraordinaria y de emergencia tomada por el estado, por ese motivo se decreta el cierre de instituciones educativas, turísticas, culturales y en la que se restringen la libre circulación de la población confinada a movimientos de carácter laboral, asistencial, emergencia o aprovisionamientos de comida o productos farmacéuticos. (Asprona, 2020)

2.1.2 Medidas de Prevención y Control por Covid-19

Según Aromi, y otros, (2020), los gobiernos de América Latina y el Caribe aprovecharon la experiencia internacional para tomar decisiones, por ese motivo, al detectar los primeros casos de coronavirus, primero se identificó y aisló a las personas contagiadas para reducir la transmisión del virus. Sin embargo, la aplicación de esta medida no fue muy útil ante la presencia de personas que no manifiestan los síntomas del Covid-19, por ello implementaron otras medidas para disminuir la posibilidad de que personas contagiadas entraran en contacto con el resto de la población, los cuales fueron la introducción de cuarentenas, el cierre de escuelas, el cierre de bares y restaurantes y la cancelación de eventos públicos.

La cuarentena ha sido una de las medidas más efectivas para garantizar el distanciamiento físico entre personas, consiste en mantener una distancia segura entre una

persona y otras. En la mayoría de los países, las cuarentenas consisten en un confinamiento en casa de todas las personas exceptuando al personal esencial (personal médico, fuerzas armadas, etc), con respecto al resto de la población sólo autorizaban el movimiento para adquirir bienes de primera necesidad como alimentos y medicamentos, acompañadas de restricciones a la movilidad entre localidades o regiones.

La segunda medida fue el cierre de escuelas. La suspensión de clases por decreto nacional, no solo trajo retos para los padres de familia, quienes quedaron sin centros de cuidado para sus hijos, sino que también un reto pedagógico para los profesores, quienes comenzaron a impartir clases en línea. Por ese motivo, los gobiernos pusieron en marcha una serie de políticas, que vino acompañada con la flexibilización de la jornada laboral y de optar por el teletrabajo para que los padres pudieran cuidar de sus hijos. Esto representa que el cierre de escuelas tuvo efecto directo en la movilidad de los estudiantes no asisten a las escuelas, y los traslados de las personas adultas al no acudir a sus lugares de trabajo.

El cierre de bares y restaurantes, esta tercera medida tuvo amplia difusión. Estos lugares fueron restringidos porque eran lugares muy frecuentados donde se agrupaban con personas fuera del círculo familiar, usualmente en un recinto cerrado. Además, el consumo de bebidas alcohólicas en estos lugares puede ser un factor que influye en el cumplimiento de las disposiciones de las medidas sanitarias de protección personal recomendadas por las autoridades.

Finalmente, la cancelación de eventos públicos. Existió variación en la rigurosidad con la que se implementó esta medida, su objetivo fue el mismo para todos los países, los ciudadanos no podían asistir a eventos que generaran aglomeraciones, estos eventos incluían conciertos, ferias, matrimonios, entre otros eventos que congregaban a un alto número de personas.

2.1.3 Medidas de Prevención y Control aplicadas en Ecuador

De acuerdo con (Parlamento Andino, 2021). El gobierno ecuatoriano determinó a través del acuerdo No. 00126 de 2020 del Ministerio de Salud Pública emitir las directrices de prevención y cuidado frente al COVID-19 en los ámbitos de educación, educación superior, inclusión económica y social, turismo, producción, trabajo, telecomunicaciones, transporte, economía y finanzas, y otros que ameriten, a fin de que las autoridades correspondientes adopten las medidas necesarias para minimizar los efectos negativos de la COVID-19.

El Ministerio de Educación emitió el Acuerdo Ministerial Nro. MINEDUC-2020-00013-A, con fecha 12 de marzo 2020, se dispone de manera obligatoria la suspensión de clases de manera presencial en todo el territorio ecuatoriano. Por ello la educación virtual comenzó el 13 de marzo, con casi dos millones de estudiantes de la sierra y el oriente, en el mes de mayo también se unieron los alumnos de la costa, siendo alrededor de dos millones y medio, deberán terminar el año escolar a distancia.

Del mismo modo se dispuso a través del Acuerdo Ministerial 003-2020 del 14 de marzo de 2020, la suspensión total de todos los vuelos internacionales, con algunas exclusiones humanitarias, además, del transporte de carga bajo ciertas medidas de bioseguridad.

El 15 de marzo, se emite El Acuerdo Ministerial MDT-2020-077 da potestad al empleador a adoptar la reducción, modificación o suspensión emergente de la jornada laboral, sin que eso implique la finalización de la relación laboral. El tiempo se recuperará cuando termine la emergencia sanitaria. El 7 de abril del 2020 según, el Acuerdo Ministerial MDT-2020-076, la implementación de teletrabajo conserva las relaciones contractuales existentes y únicamente modifica el lugar en donde se realiza el trabajo sin afectar las condiciones de la relación laboral.

El lunes 1 de junio se reanudó los vuelos comerciales domésticos y retomará los internacionales en el transcurso de la semana, por otro lado, se redujo de 15 a 11 horas el toque de queda, desescalando aún más el confinamiento impuesto desde marzo por la pandemia. El 15 de junio de 2020 se reactivó el servicio de transporte interprovincial, donde el transporte interprovincial se habilitó con el 50% de las frecuencias entre cantones que estén en semáforo amarillo y verde.

El lunes 15 de junio del 2020 se publicó el Decreto Ejecutivo 1074, según la Constitución, los estados de excepción tendrán una vigencia de hasta 60 días y se prevé una extensión de máximo 30 días más, este fue renovado el 14 de agosto y terminará el 13 de septiembre. El jueves 23 de julio entran en vigencia nuevas medidas para contrarrestar el desacato a las normas de distanciamiento y evitar la propagación del COVID-19, la ampliación de restricciones incluye la prohibición de reuniones de 25 personas y ampliación del toque de queda desde las 21:00 hasta las 05:00 del siguiente día, estas medidas apelan a que toda la ciudadanía respete las normas de distanciamiento.

El 17 de junio en el marco del Reglamento Sanitario Internacional, en concordancia con el “Protocolo para Ingreso al País, Permanencia y Salida de Aislamiento Preventivo Obligatorio Durante la Vigencia del Estado de Excepción”, las pruebas para detectar casos de Coronavirus (COVID-19), son realizadas a pasajeros que arriban al país en vuelos internacionales.

El 11 de septiembre de acuerdo con el (COE), las pruebas deberán ser presentadas con un máximo de 10 días antes del viaje o 10 días posteriores al arribo a la nación, por otra parte, también se redujo de 15 a 10 días la duración del Aislamiento Preventivo Obligatorio, para aquellas personas que no presenten la prueba negativa.

Ecuador mantendrá el cierre de sus fronteras terrestres y marítimas pese a que este 13 de septiembre del 2020 finalizará el estado de excepción declarado desde marzo por la

pandemia. Con un nuevo escenario conviven los 221 cantones del país tras la finalización del estado de excepción, las localidades del país operan bajo sus propias reglas en temas de movilidad, uso de espacio público, los salvoconductos, estos están vigentes los que se emitieron hasta el 12 de septiembre y son válidos hasta el 31 de octubre.

El 27 de octubre de 2020 La coordinadora de Educación de la Zona 7, informó que la elaboración del Plan Institucional de Continuidad Educativa, no implica que todos los estudiantes deben retornar a las clases presenciales, siendo la prioridad es el sector rural donde no existen contagios activos, además que el proceso es voluntario y progresivo.

El 31 de diciembre las disposiciones para el transporte de pasajeros por vía aérea, los protocolos que rigen establecen que todo viajero que arribe al Ecuador desde el extranjero debe presentar de forma obligatoria el resultado negativo de una prueba PCR, por otro lado, se permite la libre circulación vehicular, las limitaciones en los aforos de los locales al 50% y controles del espacio público para evitar las aglomeraciones son algunas medidas adoptadas.

El cierre de playas nacional se estableció desde el 24 de diciembre se extenderá hasta el 3 de enero 2021 en áreas costeras ubicadas dentro de las zonas protegidas. Los principales municipios reforzaron los controles y tomaron medidas ante el incremento de casos de covid-19, siendo la decisión más estricta se tomó en Tulcán (Carchi), dispuso el retorno al semáforo rojo, la medida entró en vigencia el 13 de enero del 2021, este cambio incluyó restricciones como la prohibición de vender y consumir licor, por un periodo de 15 días, además, están vedados los programas deportivos, actos religiosos y reuniones sociales, tampoco abrirán los centros de diversión nocturna, bares, discotecas, billares, cantinas y karaokes, también por 15 días.

En la sesión del 11 de febrero 2021, el (COE) analizó las solicitudes de retorno progresivo a clases de algunas instituciones de Educación Superior, el plan piloto del

Ministerio de Educación para el regreso progresivo a clases presenciales de instituciones educativas rurales, la virtualidad de la educación que se implementó por la pandemia en las universidades de Ecuador se seguirá aplicando, en varias carreras o materias que se imparten, aunque se controle el virus.

El 1 de abril del 2021 se declaró estado de excepción por 30 días en varias provincias del país, donde vive cerca del 70% de los 17,4 millones de habitantes, ante el repunte de contagios por coronavirus. Se firmó el Decreto 1282 en las provincias de Pichincha, Guayas, Manabí, Azuay, Loja, Santo Domingo, El Oro y Esmeraldas, con toque de queda del 2 al 9 de abril.

El 3 de junio del 2021 el ministro de Turismo, Niels Olsen, confirmó que se elimina la obligatoriedad de presentar una prueba PCR negativa para ingresar al país para aquellos pasajeros que cuenten con un certificado de vacunación contra el COVID-19.

Ecuador autoriza el retorno a clases presenciales de forma gradual desde el 7 de junio. Solo las instituciones que cuenten con un plan institucional de continuidad educativa. La decisión del nuevo Gobierno ecuatoriano de permitir el reinicio de clases presenciales en 1.300 colegios, a partir del lunes 14 de junio 2021.

El Gobierno de Ecuador ha llamado a los ecuatorianos a volver al trabajo el 1 de julio del 2021, aunque de forma progresiva y bajo normas de bioseguridad estrictas. La medida aplica a los trabajadores que recibieron las dos dosis de los fármacos usados en el plan nacional de vacunación contra la COVID-19, lo mismo para aquellos que recibieron un biológico monodosis en el exterior, en ambos casos, el personal debe cumplir catorce días posteriores a la inmunización final antes de retornar a las actividades presenciales

2.1.4 Grupos vulnerables

Vulnerabilidad en salud, es la probabilidad de ser afectado por una sustancia o riesgo mayor de lo normal para su edad y sexo, se puede dar como efecto de una susceptibilidad mayor a

los efectos de dicha sustancia o riesgo, o por estar expuesto en un nivel superior a la media. En este caso, los grupos vulnerables son quienes tienen más posibilidades de consecuencias graves en caso de contagiarse por COVID-19. De igual manera, alguien que trabaja puede ser especialmente sensible desde un punto de vista preventivo a alguno de los riesgos presentes en su puesto de trabajo, pero no vulnerable frente a la infección COVID19; y, al contrario, ser considerado vulnerable frente a la infección por COVID-19, y no especialmente sensible a los riesgos específicos de su trabajo (Vicente Herrero, Ramírez Iñiguez, & Rueda Garrido, Criterios de Vulnerabilidad Frente a Infección COVID-19 en Trabajadores, 2020).

Según el Ministerio de Sanidad de España, (2020), los grupos con mayor riesgo de desarrollar enfermedad grave por COVID son personas con:

- mayor edad
- enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial
- diabetes
- enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- cáncer
- inmunodepresión
- embarazo
- otras enfermedades crónicas

Otras personas, como las que fuman o las que tiene obesidad, también parecen tener mayor riesgo de tener una enfermedad grave. La enfermedad en los niños y adolescentes y las personas con enfermedades mentales también se encuentran en este grupo.

2.1.5 Hábitos durante el Confinamiento Social

2.1.5.1 Alimentación. Se entiende como hábitos alimentarios al conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección,

preparación y consumo de alimentos, además se relacionan principalmente con las características sociales, económicas y culturales de una población determinada. Los hábitos generalizados de una comunidad suelen llamarse costumbres. Pero las conductas igualmente tienen como función manejar la tensión emocional del individuo desde los primeros años, durante la lactancia y hasta el último momento de la vida (Barriguete Meléndez, y otros, 2017).

Para Pérez Rodrigo, y otros (2020), el periodo de confinamiento por la pandemia COVID-19 ha generado cambios en la alimentación por una parte quienes consumieron mayor cantidad de frutas, verduras, legumbres y pescados. Por otra parte, hay quienes han consumido mayores cantidades de comida poco saludable como productos de pastelería, dulces, aperitivos salados y bebidas azucaradas y esto debido a la ansiedad que la situación de crisis les provoca. Lo contrario también se ha reportado, es decir hay personas que disminuyeron su ingesta de alimentos ya sea porque no sienten tanta hambre, presentan fluctuaciones constantes en cuanto a las cantidades de comida consumidas o por el limitado acceso a los mismos. Además, se ha puesto en evidencia la práctica de cocinar en casa en mayor medida. En consecuencia, el desorden en la ingesta de alimentos puede vincularse con problemas como sobrepeso, obesidad y desnutrición (Rolando & Vásquez, 2020).

2.1.5.2 Ejercicios Físicos. La OMS, (2020), define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Hace referencia a todo movimiento, incluso durante el tiempo de ocio, para desplazarse a determinados lugares y desde ellos, o como parte del trabajo de una persona. La actividad física, tanto moderada como intensa, mejora la salud.

El aislamiento social dispuesto para la prevención del contagio de COVID-19, obligó a cambiar la forma de entrenar a quienes realizan ejercicio en gimnasios o simplemente a quienes realizaban cualquier actividad al aire libre. Es por eso que, la recomendación de los

profesionales de la educación física, actividad física y salud es seguir ejercitando, utilizando los elementos que cada persona tiene a su disposición y en el espacio en el que vive para evitar los riesgos de una vida sedentaria. Tomando en cuenta esto, en este periodo varias personas tomaron como alternativa los entrenamientos mediados a través de las tecnologías. Se produjo un aumento en el número de clases en vivo a través de redes sociales, el uso de plataformas para clases grupales, la descarga de aplicaciones gratuitas para realizar rutinas de ejercicios (Posso Pacheco, Otañez Enríquez, Paz Viteri, Ortiz Bravo, & Núñez Sotomayor, 2020).

Por otra parte, también ha sido evidente que la realización de las actividades físicas ha disminuido considerablemente y siendo sustituidas por actividades en la que realizan muy pocos movimientos como juegos de mesa, videojuegos, ver series y películas. A partir de esto es muy probable un aumento de las conductas sedentarias que contribuyen a la ansiedad y la depresión, además a una variedad de condiciones de salud crónicas (Rico Gallegos, y otros , 2020).

2.1.5.3 Uso de redes sociales. Las redes sociales desde que aparecieron se han extendido a todos los continentes y regiones del planeta; se han convertido en una herramienta usada por millones de personas. A raíz del aislamiento y distanciamiento físico, los contenidos y el tiempo dedicado en las redes se han multiplicado ya que ofrecen plataformas eficientes y fáciles de usar para promover la participación y comunicación (Villacís & Brito, 2020).

Según la UNESCO, (2020) durante la pandemia, se comprobó el mayor uso y consumo de tecnología, ofreciendo tanto oportunidades como riesgos. Siendo las redes sociales los canales más utilizados ya sea para estar comunicados mediante mensajes o videollamadas con familiares y amigos o a su vez para la búsqueda o transmisión de información. Esto generó que las redes sociales durante el confinamiento se conviertan en el

principal medio para transmitir información tanto falsa como verdadera sobre el virus y la pandemia es decir, el mensaje se transmitía por grupos de WhatsApp, Telegram, Twitter o Facebook y, posteriormente, su difusión se extendió a los medios de comunicación y comunicados oficiales (Portero Alférez, 2020).

2.1.5.4 Ocio. El ocio va más allá que la disponibilidad de tiempo libre o como un sinónimo de actividad, es decir, no cualquier actividad practicada en un tiempo libre puede ser entendida como ocio. Debe ser definida como parte del desarrollo personal, es decir, un área vital en el que las personas tienen la posibilidad de desarrollo integral (Lazcano & Madariaga, 2016).

La UNICEF, (2020) menciona que la pandemia del COVID-19 y las medidas tomadas por el gobierno para disminuir su propagación han alterado la vida de los hogares y han generado cambios en los hábitos y rutinas de las personas. Quedarse en casa, para evitar la transmisión del virus de persona a persona, puede tener consecuencias no deseadas, ya que pueden conducir a una disminución de las actividades cotidianas. Siendo muy probable que la estadía prolongada en los hogares conduzca a un aumento de las conductas sedentarias, como pasar demasiado tiempo sentado o acostado para realizar actividades de (video juegos, ver televisión, usar dispositivos móviles, leer) generando una disminución considerable de las actividades de ocio regulares (Rico Gallegos, 2020).

2.1.6 Cambios psicológicos durante el Confinamiento Social

Según Ramírez, y otros, (2020), mencionan que ante la situación actual que vivimos a causa del COVID-19, la rápida expansión y las secuelas que origina este virus en cuanto a salud, produce que las personas permanecen aisladas en cuarentena, esto causa en ellos desesperación, aburrimiento, insomnio, poca concentración e indecisión, irritabilidad, ira, ansiedad, angustia de no tener contacto físico o contacto con familiares, amigos,

adicionalmente los cambios abruptos en la rutina de vida normal, todo ello puede originar efectos negativos sino son bien canalizados.

Convirtiéndose en una experiencia desagradable, debido a que genera separación, pérdida de libertad e incertidumbre, lo que provoca efectos psicológicos negativos, como estrés, miedo, ansiedad y depresión. Además, las personas han disminuido sus interacciones sociales, ya que les resulta sumamente inquietante la imposibilidad de estar en contacto o cercanía con otra persona que pudiere estar pasando la enfermedad y contagiarlos. Los casos a nivel nacional y mundial de alteraciones psicológicas indica que la ansiedad y depresión han tenido un aumento impresionante en las estadísticas. La ansiedad se presenta como respuesta a acontecimientos continuos de estrés o como una posible reacción de alerta en la que la persona entra en un estado de defensa, ante situaciones de temor constante. Además, se evidencia estrés son reacciones psicológicas comunes a la pandemia y pueden estar asociados con trastornos del sueño.

En relación con estudiantes universitarios, muestran la presencia de estrés, depresión y ansiedad, donde la fatiga y el insomnio fueron los síntomas más significativos. Con respecto al estrés, los síntomas y reacciones físicas, psicológicas más significativas fueron: cansancio la mayoría del tiempo, incluso aun después de dormir; también trastornos del sueño como pesadillas o insomnio, falta de motivación para emprender tareas académicas o laborales, dolor de cabeza, sensación de falta de energía en la realización de tareas diarias (Apaza, Roberto, & Santa-Cruz, 2020).

El estado de alerta generado por la COVID-19 supone un conjunto de estresores que genera alteraciones en la población infanto-juvenil, la cual tiene entre sus principales riesgos el estrés psicosocial y los problemas psicológicos consecutivos al aislamiento físico. En el caso de los niños hospitalizados se ha demostrado que la no asistencia al aula está relacionada con mayores niveles de ansiedad, existe el incremento o aparición de reacciones

emocionales negativas, siendo las más relevantes dejar tareas sin terminar, mostrar irritabilidad, dificultad para concentrarse, mostrar desinterés y mostrarse desanimados (Erades & Morales, 2020).

De acuerdo a Sánchez, (2021), entre los efectos directos se pueden incluir: trastornos del sueño y el apetito, dificultad para atender, hiperactividad e irritabilidad. En estudiantes de educación básica pueden aparecer síntomas de angustia como palpitaciones, hiperventilación y diarreas, asociados generalmente a procesos de somatización; también pueden manifestarse señales de depresión con sentimientos de tristeza y abandono. Las obsesiones y compulsiones son consideradas como reacciones más severas al proceso. Estas alteraciones son más frecuentes en preescolares y escolares pequeños, pero también ocurre en adolescentes.

La relación entre largas cuarentenas y mayor angustia psicológica puede manifestarse como pesadillas, terrores nocturnos, miedo a salir a la calle o a que sus padres vuelvan al trabajo, irritabilidad, hipersensibilidad emocional, apatía, nerviosismo, dificultades para concentrarse e incluso leve retraso en el desarrollo cognitivo. La incertidumbre del retraso académico generado este año puede dar lugar a ataques de ansiedad o crisis de angustia, que podrían convertirse en trastornos de pánico.

Los efectos psicológicos negativos tanto en la población general como en personal de salud se encuentran en la atención de este virus, manifiestan síntomas de estrés posttraumático, confusión y enojo. Los factores estresantes incluyen el alargamiento de la cuarentena, temores de infección, frustración, aburrimiento, suministros inadecuados, información inadecuada y pérdidas financieras. Donde el impacto psicológico originado por la pandemia y sus medidas de prevención, producen un efecto amplio, y que puede ser duradero en el tiempo (Abate, Urtecho, & Agüero, 2020).

Adicionalmente se ha identificado que algunas de las emociones negativas siendo dañinas para el bienestar psicológico, que experimentan las personas es un sentimiento de nostalgia relacionado con la imposibilidad de visitar los lugares que frecuentaban antes de la pandemia. Además, presentan una sensación de incomodidad que se relaciona con la información que se recibe a través de las noticias y de mensajes vía redes sociales, la ansiedad es causada debido a la falta de confianza en las decisiones del Gobierno, y con el miedo al contagio por medios tan importantes como la forma en que se reciben los alimentos (Medina & Jaramillo, 2021).

2.1.7 Cambios conductuales durante el Confinamiento Social

Casimiro y otros, (2020), señalan que debido a la situación que atraviesan los jóvenes universitarios y ante la pandemia del virus SARS-CoV-2, se ven obligados a cumplir el aislamiento social para prevenir el contagio, trayendo como resultado que no realicen las actividades que comúnmente desarrollaban antes de lo dispuesto por las autoridades.

Por ese motivo surgen una serie de actitudes tanto positivas como negativas, donde se evidencia que comienzan a experimentar una serie de cambios en su conducta, una de ellas es la ansiedad que en muchos casos pueden llevar a trastornos más severos en la edad adulta. El impacto en la conducta, además se ve reflejada porque es una etapa de su vida donde más se interrelacionan, necesitan estar salir y estar en los salones lo que hace que tanto la empatía, la ansiedad, el estrés y el autocontrol se vean modificadas.

Adicionalmente Sánchez, (2021) afirma que diversas investigaciones realizadas en diversos contextos apuntan que el confinamiento, la inasistencia a centros escolares, ha generado el uso problemático de las nuevas tecnologías, al cual se asocian efectos como la alteración de los patrones de sueño, el sobrepeso corporal y fenómenos como la adicción. El consumo de alcohol, cigarrillos y psicofármacos por adolescentes ha experimentado un

incremento significativo, debido a la evitación de emociones negativas, afrontamiento de nuevas dificultades o como una vía de experimentar nuevas sensaciones.

La interrupción de la rutina cotidiana ha impulsado para que exista la instauración de hábitos conductuales perjudiciales, tales como: sedentarismo, dietas poco saludables, patrones de sueño irregulares o mayor uso de pantallas que pueden derivar en problemas físicos, ganancia exagerada de peso y obesidad.

Las reacciones más frecuentes durante el estado de emergencia, son los cambios de rutinas, de actividades habituales y pasan mayor tiempo conectados a las redes sociales, estos cambios conductuales pueden alterar los hábitos de sueño, ejercicio físico y comida; otros por el contrario comparten más con la familia, inician proyectos nuevos, tales como aprender a usar un instrumento musical y utilizan las redes para mantenerse conectados con sus pares de forma creativa (Cifuentes & Navas, 2020).

Concretamente, se puede decir que los niños han empeorado sus rutinas, dedicando mayor tiempo al uso de pantallas que el resto. En cambio los que practicaban más ejercicio físico durante la situación de aislamiento tienen menos reacciones negativas e incluso mejoraron los síntomas existentes durante el confinamiento (Erades & Morales, 2020).

Por último, la identificación de las condiciones conductuales en las personas, durante la medida de aislamiento preventivo obligatorio, se concluye que cuando se realiza salidas para movilizarse con libertad, pero controlados con una serie de estrategias, les ha marcado en su estabilidad física y mental (Andrade, y otros, 2020).

2.2 Estado Psicoemocional

2.2.1 Definición

Fernandez, (2013) explica que las emociones son procesos psicológicos, tienen una función primordial, debido a que nos prepara para adaptarnos y responder al entorno. Siendo su objetivo permitir entender la máxima premisa de cualquier organismo vivo: la supervivencia.

El término cognitivo se refiere a un procesamiento activo de la información, las emociones, requieren algún tipo de procesamiento cognitivo, es decir, dependen de la interpretación a las distintas situaciones, dando como resultado una valoración (positiva o negativa) de los sucesos y así, una misma situación puede provocar en distintas personas emociones diferentes. Las personas se emocionan en respuesta a acontecimientos, ya sean externos o internos (un recuerdo puede evocar una emoción); por tanto, ejercemos algún tipo de actividad cognitiva sobre esos acontecimientos.

Por consiguiente las emociones son desencadenadas por un tipo especial de actividad cognitiva, siendo su función evaluar los acontecimientos externos en relación de su percepción personal, el significado que se le otorgue puede producir de implicaciones para nuestro bienestar y para el logro de nuestras metas, en este sentido, la emoción es el resultado de los patrones evaluativos, fruto del procesamiento cognitivo (tanto consciente como no consciente) en presencia de estímulos relevantes.

Tal proceso psicológico, se refleja en sus efectos y consecuencias sobre el comportamiento, su comprensión explica qué nos pasa cuando reaccionamos ante determinados estímulos, sean éstos externos o internos y por qué lo que hacen.

Los estados psicoemocionales es el resultado de varios procesos, implica el estado emocional inmediato de nuestro organismo, además involucra, el conocimiento previo adquirido, el repertorio de conductas emocionales y sobre todo nuestra habilidad para anticipar, hacer planes y tomar decisiones sobre nuestra conducta futura, dicho factores tienen mucho que ver con nuestras capacidades cognitivas y, por tanto, con la participación de sistemas localizados en la corteza cerebral y más concretamente en las áreas que conforman la corteza prefrontal.

Vasylenko y otros, (2020) indican que los estados mentales habitualmente se ven como procesos de la psique, que manifiestan las peculiaridades del funcionamiento del

sistema nervioso humano dentro de un período de tiempo particular o durante el proceso de adaptación. No obstante, la condición mental determina las características cuantitativas y cualitativas de los procesos mentales, por lo que representa la intensidad de las expresiones de las propiedades mentales y las manifestaciones subjetivas del estado: sentimientos, emociones, estado de ánimo.

Por consiguiente, el estado psicoemocional de la persona se define como una forma del estado mental con predominio de la reacción emocional, es así que la persona necesita representar sus emociones en respuesta a la realidad para equilibrar su estado general de salud, bienestar y estado funcional.

De este modo la influencia excesiva de los factores emocionales puede causar el estado de estrés neuro-mental y la interrupción de la actividad nerviosa superior, por otra parte, la excitación emocional óptima, es decir que la persona está preparada para la actividad eficiente que no supondrá ningún peligro para la salud.

A su vez, el estado psicoemocional negativo es un estado psicoemocional complejo caracterizado por emociones negativas (estado de ánimo deprimido, tristeza, ansiedad, preocupación), trastornos cognitivos (disminución de la capacidad intelectual), y trastornos somatovegetativos (todo tipo de dolores, malestar sin motivos obvios, sueño intermitente, disminución de la capacidad de trabajo). En cambio, los estados emocionales positivos pueden promover percepciones, creencias saludables y el bienestar físico en sí mismo.

2.2.2 Depresión

2.2.2.1 Definición de la depresión. Álvarez y otros, (2014) afirman que la depresión se manifiesta como un conjunto de síntomas con predominio afectivo, presentando tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, donde puede verse reflejado, en

mayor o menor grado, además incluyen síntomas de tipo cognitivo y somático, dando como resultado una afectación global psíquica y física.

Los casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, pero a su vez resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica, debido a que frecuentemente está asociado a ansiedad con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones, también puede concurrir con el abuso de alcohol y otras sustancias, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y con trastornos de la conducta alimentaria y algunos trastornos de la personalidad. De la misma forma es más común entre personas con enfermedad física, puesto que los problemas físicos pueden agravar la depresión y a su vez la depresión puede afectar negativamente a la patología física. Convirtiéndose en un factor de riesgo para algunas patologías físicas.

La depresión inicia a cualquier edad, teniendo mayor prevalencia entre los 15 y 45 años, por ese motivo existe un gran impacto en la educación, la productividad y las relaciones personales, aunque su sintomatología puede ser distinta con la edad, los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, en cambio que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos.

Por otra parte, para el diagnóstico de un trastorno depresivo, se realiza a través de datos observacionales específicos, la diferencia entre estos cambios patológicos de los ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social.

De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría, (2014), los trastornos depresivos tienen como rasgo común la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. El trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo, se caracteriza por manifestar episodios con una duración de al menos

dos semanas, estos constan de cambios claros en el afecto, la cognición, las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas.

Por consiguiente, se realiza un diagnóstico basado en un solo episodio, no obstante, en la mayoría de los casos suele ser recurrente. Es fundamental diferenciar entre la tristeza normal y la tristeza del episodio depresivo mayor, así como el duelo suele conllevar un gran sufrimiento, pero no induce normalmente un episodio depresivo mayor, mientras que cuando ocurren a la vez, los síntomas depresivos y el deterioro funcional tienden a ser más graves, el pronóstico es peor que el del duelo que no se acompaña de trastorno depresivo mayor.

2.2.2.2 Causas de la depresión. La depresión es un proceso multifactorial y complejo, por ese motivo su desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, por consiguiente, hasta el momento no ha sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce la relevancia de cada uno de ellos en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla. Las variables que influyen en el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos.

Factores personales y sociales. La prevalencia es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta, además las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco a si mismo son factores de riesgo importantes, se debe considerar también los rasgos neuróticos de la personalidad, ya que se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor.

Los pacientes que presentaban migraña tenían mayor riesgo de depresión mayor o la presencia de enfermedad cardiaca y diversas patologías endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Addison y la amenorrea hiperprolactinéica, parecen aumentar el riesgo de depresión. Adicionalmente con respecto

a las circunstancias sociales se ha destacado que las personas en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia.

Factores cognitivos. El aporte brindado por el modelo de Beck, ha sido una guía predominantemente en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información y a su vez la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos y el estilo rumiativo de respuesta se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.

Factores familiares y genéticos. Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo, así los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor presentan el doble de posibilidades de tener depresión que la población general. En cambio en los factores genéticos, la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina, puede generar una disminución del transporte de este neurotransmisor, así este gen podría ser un predictor de la respuesta al tratamiento antidepressivo (Álvarez , y otros, 2014).

2.2.2.3 Síntomas de la depresión. García y otros, (2011) indican que la depresión tiene una variedad de problemas en la salud mental, la ausencia de afectividad positiva es el factor primordial, que consiste en la pérdida de interés o la incapacidad para disfrutar de actividades placenteras, bajo este estado de ánimo existen diversos síntomas emocionales, físicos, conductuales y cognitivos asociado.

Síntomas emocionales. Incapacidad para disfrutar por las cosas de la vida cotidiana, sentimientos de culpa, de inutilidad y de falta de ilusión, así como baja autoestima con pérdida de confianza en sí mismos.

Síntomas físicos y conductuales. Llanto, irritabilidad, aislamiento social, exacerbación de dolores preexistentes, aumento de tensión muscular, disminución de la libido

y fatiga, aunque también es frecuente la inquietud y la ansiedad marcada. Es habitual que haya una disminución del sueño y del apetito, que pueden venir acompañadas con pérdidas significativas de peso, sin embargo, en algunas personas el sueño y el apetito se incrementan.

Síntomas cognitivos. Pérdida de concentración y reducción de la atención, pesimismo y pensamientos recurrentes negativos sobre uno mismo, del pasado y del futuro, y pensamientos rumiativos.

2.2.2.4 Tipos de depresión. La Asociación Americana de Psiquiatría, (2014), clasifica de esta forma a los trastornos depresivos: el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado.

El trastorno de desregulación disruptiva. Se refiere a la manifestación de irritabilidad persistente y episodios frecuentes de descontrol conductual extremo en los niños de hasta 12 años de edad, este trastorno surge debido al hallazgo de que los niños con este patrón sintomático desarrollan trastornos depresivos unipolares o trastornos de ansiedad, más que trastornos bipolares, al pasar a la adolescencia y la edad adulta.

El trastorno depresivo mayor. Es el trastorno clásico de este grupo. Donde se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración, implicando cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas

El trastorno depresivo persistente (distimia). Representa una forma más crónica de depresión, se da cuando las alteraciones del estado de ánimo duran al menos dos años en los adultos o un año en los niños.

El trastorno disfórico premenstrual. Después de varias investigaciones se confirma que es una forma de trastorno depresivo que responde al tratamiento, que comienza poco después de la ovulación y que remite pocos días después de la menstruación, y que tiene un impacto funcional importante.

Finalmente, los fenómenos depresivos se pueden asociar un gran número de sustancias de abuso, algunos medicamentos de prescripción médica y varias afecciones médicas. Este hecho se reconoce en el diagnóstico del trastorno depresivo debido a otra afección médica.

2.2.2.5 Niveles de la depresión. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 2008), categoriza los episodios depresivos típicos según su gravedad siendo, leve (F32.0), moderada (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), comparten dichos síntomas:

- Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas
- Disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.
- Disminución de la atención y concentración;
- Pérdida de la confianza en sí mismo y disminución de la autoestima
- Ideas de culpa e inutilidad (incluso en episodios leves)
- Perspectiva sombría y pesimista del futuro
- Pensamientos y actos de autoagresión o suicidas
- Trastornos del sueño
- Pérdida de apetito y de la libido.
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación

La diferenciación entre los grados leve, moderado y grave se basa en una complicada valoración clínica que incluye el número, tipo y gravedad de los síntomas presentes, siendo los siguientes.

F32.0 Episodio depresivo leve. Por lo común están presentes dos o tres de los síntomas antes descritos. El paciente generalmente está tenso, pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.

F32.1 Episodio depresivo moderado. Están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente se presenta una cantidad de síntomas “somáticos”. Episodio único sin síntomas psicóticos de depresión, (agitada, profunda, vital).

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Episodio de depresión similar al descrito, pero con la aparición de alucinaciones, delirios, retraso psicomotor, o de un estupor tan grave que imposibilita las actividades sociales corrientes; puede generar riesgos para la vida del paciente, por suicidio o por efecto de la deshidratación o de la inanición. Las alucinaciones y los delirios pueden o no ser congruentes con el ánimo.

2.2.3 Ansiedad

2.2.3.1 Definición de la ansiedad. Cárdenas y otros, (2010), definen a la ansiedad como emoción normal, ya que es parte de mecanismos básicos de supervivencia y es una respuesta ante situaciones de medio que se perciben como sorprendidas, nuevas o amenazantes, de este modo impulsas a enfrentarse a una situación amenazadora o preparando para escapar. Es decir, consiste en una emoción encaminada a la adaptación la preservación.

Adicionalmente es una emoción de alarma, que genera a una hiperactivación fisiológica, además está constituido por varios factores, que provocan sistemas de respuesta, implica respuestas físicas, lo que significa las manifestaciones somáticas, respuestas de

conducta son aquellas manifestaciones observables, que generalmente son motoras y respuestas cognitivas se refiere al modo de procesar la información que le llega y afecta a la percepción, la memoria y el pensamiento (Rojas, 2014).

De este modo Morrison, (2015) expone que cierto grado de ansiedad no sólo es normal, sino adaptativa y hasta vital para nuestro bienestar y desempeño normal, de esta forma el temor normal se encuentra detrás de la cautela saludable que tenemos para evitar cualquier peligro, también es un síntoma que se encuentra en muchos trastornos mentales, puesto que es tan notoria.

Sin embargo, este mecanismo que debe ayudarnos a enfrentarnos a una situación puede verse alterado, dando como consecuencia una respuesta desadaptativa que ocasiona disfunción en la vida cotidiana, en otras palabras, un trastorno de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas.

El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura, por consecuente ambas respuestas se asocian, debido a que el miedo da acceso a una activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos.

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados, sin embargo, la temporalidad tiene cierto grado de flexibilidad, donde la duración es más corta en los niños, puesto que los sujetos con trastornos de ansiedad suelen sobrestimar el peligro en las situaciones que temen o evitan, muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden

a persistir si no se tratan, la mayoría aparece más frecuentemente en mujeres que en varones (APA, 2014).

2.2.3.2 Causas de la ansiedad. Navas & Vargas (2012). Afirman que la etiología de la ansiedad constituye un modelo complejo, puesto que interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Desde el punto de vista neurobiológico, la ansiedad tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia, y el hipocampo y la amígdala pertenecientes al sistema límbico.

Factores Biológicos: Los factores genéticos son importantes para la predisposición de adquirir trastornos de ansiedad, dado que en la vulnerabilidad genética se ha encontrado prevalencia en las personas con ansiedad, pero con mayor contundencia en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social.

Factores Psicosociales. Los estresores que provienen de diversos ámbitos como el interpersonal, laboral, socioeconómico, etc., poseen un papel muy importante como factores precipitantes, agravantes o causales de los trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación. Debido a que el tipo de educación en la infancia predispone adquirir ansiedad en la edad adulta.

Factores Traumáticos. Enfrentar acontecimientos traumáticos, que superan el rango de normalidad de la experiencia humana normal tales como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc, suele provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad.

Factores Psicodinámicos. La ansiedad es una reacción de alarma que provoca que el sujeto adopte medidas defensivas, si las defensas utilizadas funcionan la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contienen, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivo compulsivos.

Factores Cognitivos y Conductuales. Los patrones cognitivos distorsionados o pensamientos negativos, preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. Es así que la ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales, además por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás.

2.2.3.3 Síntomas de la ansiedad. Rodríguez (2008), menciona que la ansiedad tiene una sintomatología muy variada y que en cada sujeto pueden manifestar síntomas relativamente distintos, pero siempre presenta unas pautas comunes, es decir signos y síntomas que afectan, de algún modo, a los sistemas de respuesta del individuo. Se clasifica en fisiológico, cognitivo y motor.

Síntomas Psicofisiológicos

- Sistema nervioso: cefaleas, mareos, vértigo, alteraciones visuales, amnesia.
- Sistema autónomo simpático: sofoco, sensación de calor, sudoración excesiva, sequedad de boca, rubor facial, escalofríos.
- Sistema cardiovascular: taquicardia, palpitaciones, hipertensión arterial, opresión torácica.
- Sistema respiratorio: dificultades para respirar (disnea), respiración acelerada y superficial (hiperventilación), disfonía.
- Sistema digestivo: dificultades para tragar (disfagia), dolor abdominal (por acidosis gástrica, digestiones pesadas, alteraciones de la peristalsis, aerofagia), náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento.
- Aparato locomotor: tensión muscular (que cristaliza en dolor de espalda, articular o contractural), temblores, hormigueo, parestesias, dificultades de coordinación, fatiga o debilidad muscular.

- Sistema genitourinario: disuria, alteraciones del ciclo menstrual (amenorrea o dismenorrea), dispareunia, disminución del deseo sexual, eyaculación precoz o retardada y disfunción eréctil.

Síntomas cognitivos

- Preocupación injustificada, intensa y constante.
- Miedo o temor injustificado, desproporcionado e irracional.
- Aprensión generalizada (expectativas de catástrofe inminente).
- Anticipación temerosa de situaciones evaluadas como amenazantes.
- Recurrencia de ideas negativas, irracionales e inquietantes (distorsiones del pensamiento).
- Disminución del rendimiento en procesos mentales superiores, como atención, concentración, aprendizaje y memoria.
- Entorpecimiento y dificultades en los procesos de toma de decisiones.
- Pérdida de la confianza en uno mismo.
- Indefensión o sensación de pérdida del control sobre el entorno.
- Sensación de despersonalización, distanciamiento e irrealidad.
- Sentimientos de inadecuación, inferioridad o incapacidad.
- Sensación general de desorganización o desestructuración

Síntomas motores

- Enlentecimiento motor, torpeza del movimiento.
- Inquietud, hiperactividad y movimientos repetitivos (tics nerviosos como rascarse o morderse las uñas).
- Reacciones de sobresalto.
- Irritabilidad, escasa tolerancia a la frustración y agresividad.
- Tartamudeo y dificultades en la comunicación verbal.

- Dificultades para la conciliación y el mantenimiento del sueño.
- Conductas sistemáticas y planificadas de evitación.
- Retraimiento y aislamiento social.
- Rituales y comportamientos compulsivos.
- Conductas de riesgo para la salud, como tabaquismo, abuso de alcohol u otras sustancias psicoactivas, bulimia, etc.

2.2.3.4 Tipos de ansiedad. La Asociación Americana de Psiquiatría, (2014), clasifica de esta forma a los trastornos ansiedad:

Trastornos de ansiedad por separación. Se caracteriza por que el paciente se siente asustado o ansioso ante la separación de aquellas personas por las que siente apego de forma inapropiado para el desarrollo, existe miedo o ansiedad persistente sobre los posibles daños que puedan sufrir las personas por las que siente apego y sobre las situaciones que puedan llevar a la pérdida o separación de dichas personas y rechazo a separarse, de igual forma manifiesta así pesadillas y síntomas físicos de angustia.

El mutismo selectivo, Es la incapacidad para hablar en las situaciones sociales en que hay expectativa de hablar a pesar de que la persona puede hablar en otras situaciones, esto trae consecuencias significativas en los logros académicos o laborales, o bien altera la comunicación social normal.

Fobia específica. Es el miedo hacia situaciones u objetos precisos o los evitan. El miedo, la ansiedad y la evitación están casi siempre inducidos inmediatamente por la situación fóbica, en un grado persistente o desproporcionado al riesgo real planteado., por ello existen varios tipos de fobias específicas: animales, entorno natural, sangre-inyecciones-heridas, situacional y otras circunstancias.

Trastorno de ansiedad social. La persona siente miedo o ansiedad ante las interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado, o bien

las evita. La ideación cognitiva es la de ser evaluado negativamente por los demás, por sentirse avergonzado, humillado o rechazado, o por ofender a otros.

Trastorno de pánico. La persona experimenta recurrentes e inesperadas crisis de pánico y está persistentemente intranquila o preocupada sobre tener nuevas crisis o cambia de manera desadaptativa su comportamiento debido a las crisis de pánico (p. ej., evitación del ejercicio o de situaciones desconocidas), se caracterizan por la aparición súbita de síntomas de miedo o malestar intensos que alcanzan su nivel máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y/o cognitivos, además pueden ser esperadas, en respuesta a objetos o situaciones típicamente temidas, o inesperadas, ocurriendo la crisis sin razón aparente.

Agorafobia. Es el sentimiento de temor o ansiedad ante dos o más de las siguientes situaciones: uso del transporte público, estar en espacios abiertos, encontrarse en lugares cerrados, hacer cola o estar en una multitud, y encontrarse solos fuera de casa en otras situaciones, se manifiesta debido a pensamientos sobre el desarrollo de síntomas similares a la crisis de pánico u otros síntomas incapacitantes o humillantes en circunstancias en las que escapar sería difícil.

Trastorno de ansiedad generalizada. Es una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar. Además, el sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. Engloba la ansiedad debida a intoxicación o retirada de sustancias o tratamientos médicos. En el trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, los síntomas de ansiedad son la consecuencia fisiológica de una enfermedad médica.

2.2.3.5 Grados de la ansiedad. En relación a la escala de manifestación de ansiedad en adultos (AMAS), la dimensión ansiedad total (TOT), es diseñada para reflejar una amplia variedad de síntomas incluyendo preocupación y temor irracional, un sentimiento general de opresión o inquietud y la manifestación de síntomas en los dominios interpersonal, fisiológico y cognoscitivo.

Extrema. Representa graves niveles de ansiedad con probable alteración del pensamiento y debilitamiento de la energía emocional, preocupación y rumiación excesiva, temores vagos, deficiencia en tomas de decisiones y frecuente evidencia de falta de juicio, probable depresión concomitante.

Clínicamente significativa. Individuo temeroso y ansioso, posible exceso de preocupaciones, probabilidad de algunas manifestaciones psicofisiológicas de la ansiedad, posible rigidez en el proceso de pensamiento.

Elevación leve. Individuo adaptado a su entorno, posiblemente excitable, trata de estar bien a pesar de ciertas inseguridades, tiende a depender de la interpretación psicológica de sus problemas.

Esperada. Individuo típico sin patrones anormales de estrés ni reacciones poco comunes.

Baja. Individuo confiado y centrado pero tal vez las puntuaciones muy bajas también se asocian con tendencias narcisistas (Reynolds, Richmond, & Lowe, 2012).

2.2.4 Hostilidad

La hostilidad, constituye un conjunto de actitudes negativas complejas, las cuales motivan a efectuar conductas agresivas dirigidas a un objetivo, como puede ser el daño físico de objetos o personas, se trata, por tanto, de un componente cognitivo y evaluativo, que se refleja en un juicio desfavorable o negativo del otro, sobre el que se muestra desprecio o disgusto. A diferencia de la ira, que representa el componente emocional, y la hostilidad, referida al

componente actitudinal-cognitivo, la agresión constituye el componente comportamental, la cual puede definirse como la conducta voluntaria, destructiva, dirigida a una meta concreta, destruir objetos o dañar a otras personas (Carrasco & González, 2016).

Lacovella & Troglia (2013), indican que la hostilidad es el resultado de las influencias que puede haber recibido un sujeto por parte de su medio ambiente a lo largo de su vida, las personas que presentan hostilidad se caracterizan por pensar y esperar lo peor de los demás, estar a la defensiva, crear ambientes de tensión y competitividad y percibir al entorno como un espacio de lucha para lograr objetivos.

No obstante, las nociones de ira, agresión y hostilidad están íntimamente relacionadas, por lo que es difícil su diferenciación. Sin embargo, por medio de los factores entre afecto, cognición y conducta, permite establecer diferencias entre las nociones, donde la hostilidad implica la presencia de una serie de creencias, expectativas y actitudes negativas relativamente duraderas y estables acerca de las personas y de las cosas, además predominan el cinismo y las atribuciones, como pensamiento distorsionado, definiendo a las demás personas como mezquinas, egoístas, deshonestas, antisociales e inmorales y a su vez constituyen una fuente de amenaza y tienen intenciones malevolentes con respecto a nosotros

Por otro lado la ira refiere a una emoción displacentera compuesta por sentimientos de variable intensidad, conlleva una experiencia subjetiva de sentimientos y pensamientos, que manifiesta una activación fisiológica, neuroquímica y un determinado modo de expresión o afrontamiento, en cambio el término agresión se refiere a la conducta o conductas destructivas o punitivas dirigidas hacia otras personas u objetos, estas conductas suelen ir acompañadas por una serie de cambios en la expresión facial, en el tono y en el volumen de voz, en la postura y en el movimiento, que pueden ser observados directamente.

En resumen, la hostilidad es una reacción emotiva que incluye sentimientos de cólera, y, a la vez, mantiene una connotación actitudinal que la convierte, además, en un patrón de conducta orientada hacia la violencia. Esta connotación actitudinal está formada en base a un sistema de creencias negativas sobre la naturaleza humana y la sociedad. La personalidad hostil se caracteriza por presentar atribuciones de ser víctima debido a una sociedad injusta, mezquina, egoísta, deshonesto y que, en esencia, representa una amenaza a su proceso de adaptación (Moscoso, 2010).

2.2.4.1 Causas de la hostilidad. El comportamiento hostil, está implicado en el proceso de selección natural, el cual evolucionó al servicio de diversas funciones, de ahí su carácter funcional, es decir son adaptaciones filogenéticas de base fisiológica, que cambian de una especie a otra, como las secreciones hormonales, especialmente de testosterona, los impulsos nerviosos centrales y otras variables genéticas.

Su causalidad se ha dividido en dos grupos:

Agresión Intra específica: es motivada por un exceso de impulso o por la posesión de territorios, la búsqueda de compañera sexual o ante la falta de fuentes de alimentación, esto conduciría a la evolución de la especie y permitiría sobrevivir a los más fuertes.

Agresión Ínter específica: lucha por el territorio ante individuos semejantes, esta modalidad es la característica del ser humano.

Factores genéticos. Las personas apenas responden a los estímulos agresivos como lo hacía en el pasado, se debe a que, aunque la agresión humana es un impulso primario, a través de la evolución, la energía “agresiva” habría sufrido momentos decisivos de neutralización, transformación, canalización y desplazamiento hacia diversos objetivos.

Factores hereditarios. La única defensa que posee el hombre contra sus impulsos internos, instintivamente destructivos, son heredados genéticamente de nuestros ancestros, así como contra el medio externo que lo inhibe, y le causa frustraciones, es la agresividad.

De ahí se concluye que la agresividad es un mecanismo de adaptación que permite al hombre competir por recursos escasos, y en última instancia, por su supervivencia.

Factores familiares. La familia constituye el primer contexto de socialización del niño, dónde aprenderá a interactuar con otras personas y adquirirá las conductas y patrones de interacción que le permitirán acceder al mundo social. El estudio de los hábitos de crianza empleados por la familia, junto con las relaciones afectivas instauradas entre los cuidadores y el niño, han generado diversas hipótesis sobre el origen y el desarrollo de las manifestaciones agresivas en el niño (Carrasco & González, 2016).

2.2.4.2 Síntomas de la hostilidad. La ira-hostilidad constituyen una unidad en la que cada una de estas manifestaciones son componentes del mismo proceso emocional, este inicia con la evaluación de un estímulo que realiza un sujeto con un determinado estado afectivo, si dicho estímulo es procesado para desencadenar la emoción de ira, entonces la persona experimentará dicha emoción. De esa formase activa fisiológicamente, se produce una cierta disposición actitudinal hostil y se activan tendencias a la acción que eventualmente darán lugar a una forma de afrontamiento, la agresión, donde la respuesta fisiológica se caracteriza por un aumento de la activación simpática (Lacovella & Troglia, 2013).

Palmero y otros (2010) proponen que las tres formas de posibles manifestaciones que están incluidas en la hostilidad son cognitivas, afectivo emocionales y conductuales.

El componente cognitivo. Consiste en las creencias negativas sobre los demás; estas creencias producen tendencias atribuciones que hacen más fácil interpretar la conducta de los demás como amenazadora u opositora.

El componente afectivo-emocional. Incluye algunos estados emocionales como la ira, el enfado, el resentimiento, el disgusto y el desprecio.

El componen te conductual. Incluye la agresión, expresada de forma física y/o verbal, o de otros modos más sutiles y socialmente aceptados.

2.2.4.3 Tipos de hostilidad. De acuerdo a la Escala de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI), considera dicha clasificación:

Violencia: Se refiere violencia física hacia los demás y la tendencia a enzarzarse en peleas. No incluye la violencia verbal ni la destrucción de objetos materiales.

Hostilidad indirecta: Son las conductas hostiles indirectas, como los chismorreos o bromas y la descarga de afecto negativo hacia los demás, sin centrarse en nadie en particular.

Irritabilidad: Se refiere a la tendencia a explotar en reacciones de afecto negativo ante pequeñas provocaciones. Incluye además el malhumor constante, la exasperación y la rudeza.

Negativismo: Se refiere a una conducta opositora generalizada hacia la autoridad. Implica rechazo a la cooperación, ya sea en forma de incumplimientos pasivos o de rebelión manifiesta hacia las convenciones o normas.

Resentimiento: Constituye los celos y el odio hacia los demás. Incluye sentimientos de ira hacia el mundo, basados en malos tratos reales o imaginarios.

Recelos: También denominada suspicacia o sospecha. Puede variar desde la mera desconfianza y cautela ante la gente hasta la creencia de que los demás son despectivos o planean el mal.

Hostilidad Verbal: Se refiere a la expresión del afecto negativo mediante el habla, ya sea en su contenido o en su estilo. El estilo comprende conductas como dar voces y chillidos. El contenido puede incluir amenazas, insultos e hipercriticismo (Acuña, y otros, 2010).

2.2.4.4 Niveles de hostilidad. Wilfredo y otros (2015), manifiestan que para poder determinar perfiles que nos indiquen el nivel de agresividad de una persona se basa en la siguiente clasificación:

Nivel bajo. Se refiere a un perfil pasivo, muy poco sociable, negativo, siempre llevando la contraria y con mucha ansiedad de ser tomado en cuenta. Las palabras utilizadas por este perfil no son tan ofensivas porque trata de encontrar un equilibrio. El tipo de individuos de este perfil, después de ofender casi siempre terminan con gesto amable. Además, tienen capacidad de control ante las circunstancias estresantes y baja frecuencia con la que expresan su ira de forma irracional

Nivel medio. Se refiere a un comportamiento medio explosivo, negativo y solo en ciertos casos dependiendo del tipo de interacción. Se consideran accesible, y pueden manejar la situación.

Nivel alto. Se refiere a un comportamiento amenazante, dominante en todos los sentidos, quiere siempre tener la razón, aunque carezca de ella, utiliza palabras ofensivas e hirientes para tratar de que su idea sea aceptada. Además, se debe presentar mucha atención a las ofensas porque puede tornarse en realidad, presentan dificultades para abordar las situaciones sociales, por no ser capaces de manejar adecuadamente sus emociones mostrando más conductas agresivas.

Capítulo III

3. Metodología

3.1 Enfoque de Investigación

3.1.1 *Cuantitativo*

Los datos fueron analizados e interpretados a través de la utilización de instrumentos psicométricos de validación y confiabilidad. En este proceso utilizó las técnicas estadísticas en el análisis de datos generando tablas y gráficos.

3.2 Diseño

3.2.1 No Experimental

Porque es una investigación que se realizó sin manipular las variables objeto de la investigación; se observó el fenómeno o acontecimientos tal cual se presentan en su contexto natural y real para analizarlos e interpretarlos.

3.3 Tipo De Investigación

3.3.1 Por El Nivel o Alcance

Correlacional. Porque se asociaron variables mediante un patrón predecible para un grupo o población; se correlacionan las variables de estudio para un mejor entendimiento de las relaciones existentes entre sí.

3.3.2 Por Los Objetivos

Básica. Porque fue un acercamiento analítico del hecho o fenómeno, se dedicó al desarrollo de la ciencia e investigación y le interesa determinar las condiciones y/o características del problema motivo de estudio.

3.3.3 Por el Lugar

De Campo. Se ejecutó en el lugar de los hechos, en la carrera de Psicopedagogía de la Universidad Nacional de Chimborazo con los estudiantes de cuarto, quinto y sexto, en la cual se identificó el problema.

3.4 Tipo De Estudio

3.4.1 Por el Tiempo

Transversal o Transeccional. Porque la investigación se realizó en un solo periodo de tiempo, en donde se aplicó instrumentos técnicos de recolección de datos y se analizó los mismos en una disertación de tipo teórica-aplicada.

3.5 Unidad De Análisis

3.5.1 Población De Estudio

La población en esta investigación fueron los estudiantes de la carrera de Psicopedagogía de la Universidad Nacional de Chimborazo.

3.5.2 Tamaño de la Muestra

La muestra fue no probabilística e intencionada porque se selecciona a los elementos que los integran; para el estudio se plantea trabajar con 92 estudiantes de cuarto, quinto y sexto semestre de la referida carrera.

Extracto	Número
Cuarto semestre	34
Quinto semestre	39
Sexto semestre	19
Total	92

Fuente: Universidad Nacional de Chimborazo. Carrera de Psicopedagogía

Elaborado por: Doménica Tapia & David Vilema (2021)

		<p>El Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee</p>	<p>ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento.</p> <p>Es un inventario autoadministrado de 75 ítems con respuesta SI-NO (cada respuesta afirmativa es 1 punto y cada negativa 0). Las cuestiones se pueden agrupar en 8 escalas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hostilidad indirecta 2. Violencia 3. Irritabilidad 4. Negativismo 5. Resentimiento 6. Recelos 7. Hostilidad verbal 8. Culpabilidad
--	--	---	---

Elaborado por: Doménica Tapia y David Vilema (2021)

3.7 Técnicas De Análisis e Interpretación de la Información

Con la información recolectada se procedió de la siguiente manera:

- Selección y Adaptación de los IRD – Instrumentos de Recolección de Datos
- Validación de los IRD por expertos-docente tutor-estudiantes investigadores
- Aplicación de los IRD – Supervisión técnica
- Recolección de datos en base a la aplicación de las técnicas e instrumentos de investigación
- Revisión y barrido de la información obtenida
- Procesamiento de datos a través del aplicativo informático correspondiente
- Tabulación y representación gráfica de la información (estadígrafos)
- Análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

Capítulo IV

4. Resultados y Discusión

4.1. Análisis e Interpretación de la Variable Estado Psicoemocional

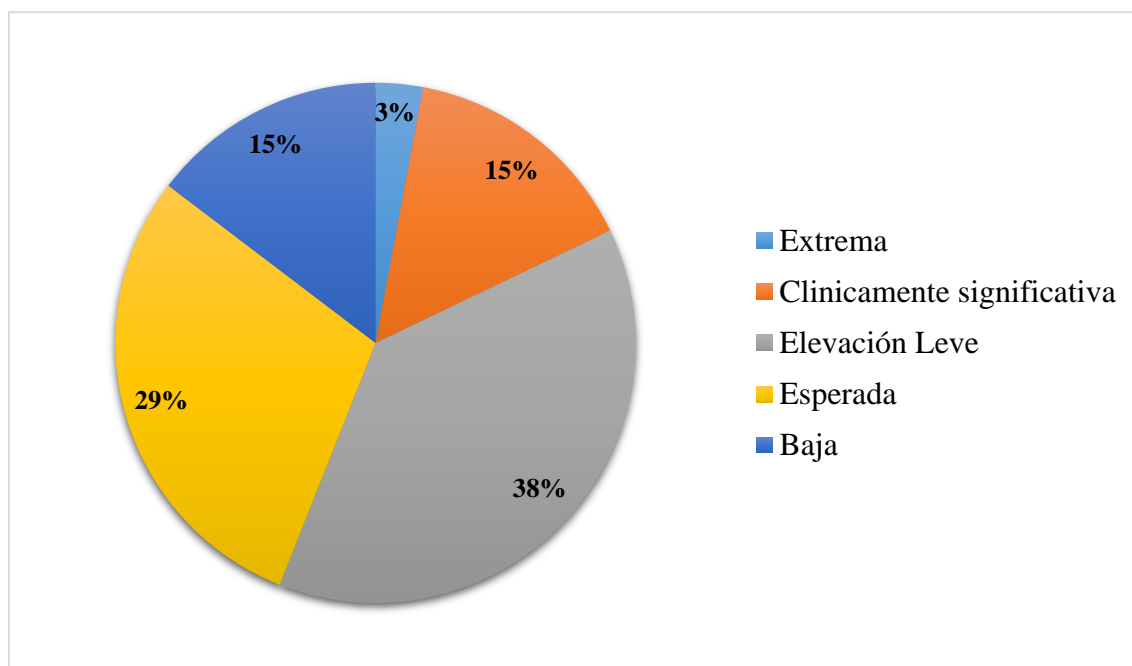
Cuadro 1. Nivel de Ansiedad del cuarto semestre de Psicopedagogía

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Extrema	1	3%
Clínicamente significativa	5	15%
Elevación Leve	13	38%
Esperada	10	29%
Baja	5	15%
Total	34	100%

Fuente: Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS)

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

Gráfico 1. Nivel de Ansiedad del cuarto semestre de Psicopedagogía



Fuente: Cuadro N°1

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

ANÁLISIS:

Del total de la población, 34 estudiantes que constituye el 100%; 5 corresponden el 15% manifiestan un nivel bajo; 10 que representan el 29% tienen un nivel esperada; 13 que

corresponde el 38% presentan un nivel de elevación leve; 5 que corresponden el 15% están en un nivel clínicamente significativo y 1 que corresponde el 3% presenta un nivel extremo.

INTERPRETACIÓN:

Se pudo evidenciar que la mayoría de los estudiantes de cuarto semestre, presentan un nivel de ansiedad con elevación leve, es decir que los estudiantes se encuentran adaptados al entorno, tratan de estar bien a pesar de ciertas inseguridades, en ciertos momentos pueden excitarse teniendo dependencia a su interpretación sobre los problemas que vivencie. Sin embargo, un 15% se incluye en un nivel clínicamente significativo y 3% un nivel extremo, lo que significa que una mínima parte de los estudiantes se sienten temerosos, ansiosos, con posible exceso de preocupaciones y alteración de pensamiento, presentan debilitamiento de la energía emocional afectando a la toma de decisiones y emisión de juicio.

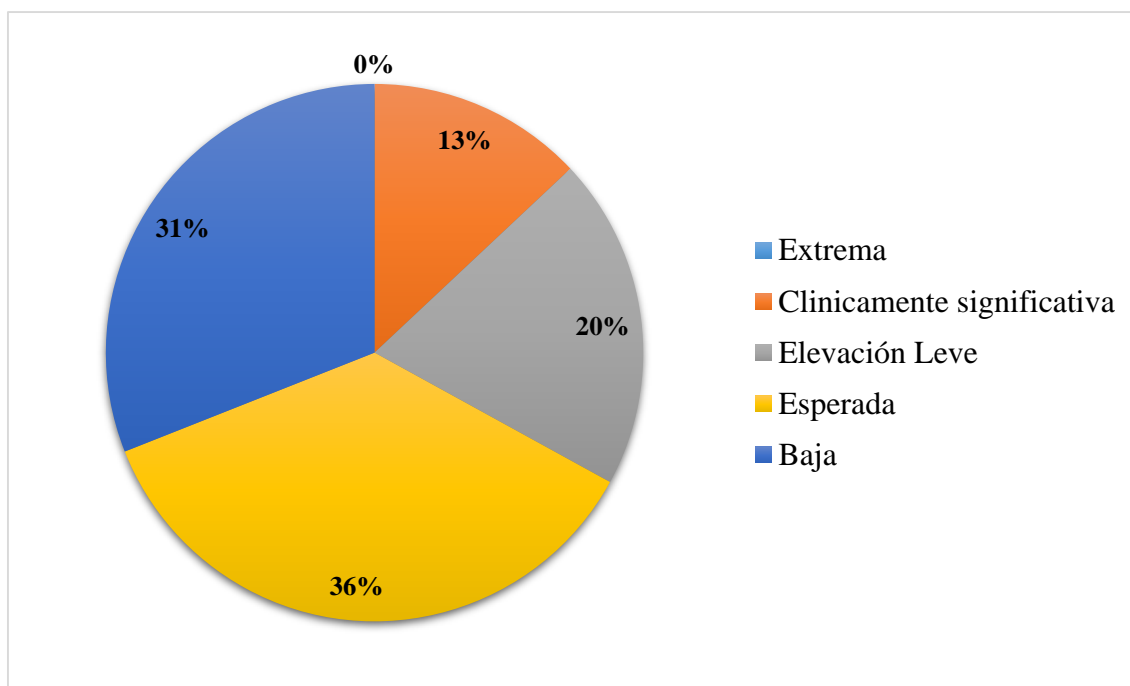
Cuadro 2. Nivel de Ansiedad del quinto semestre de Psicopedagogía

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Extrema	0	0%
Clínicamente significativa	5	13%
Elevación Leve	8	20%
Esperada	14	36%
Baja	12	31%
Total	39	100%

Fuente: Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS)

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

Gráfico 2. Nivel de Ansiedad del quinto semestre de Psicopedagogía



Fuente: Cuadro N°2

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

ANÁLISIS:

De 39 estudiantes que constituye el 100%; 12 corresponden el 31% manifiestan un nivel bajo; 14 que representan el 36% tienen un nivel esperada; 8 que corresponde el 20% presentan un nivel de elevación leve; 5 que corresponden el 13% están en un nivel clínicamente significativo y no existen estudiantes que presenten nivel extremo.

INTERPRETACIÓN:

Se pudo evidenciar que la mayoría de los estudiantes de quinto semestre, presentan un nivel de ansiedad esperada, es decir que el estudiante no tiene patrones anormales de estrés ni reacciones poco comunes. Sin embargo, 13 % se incluye en un nivel clínicamente significativo, lo que significa que parte de los estudiantes se sienten temerosos, ansiosos, con posible exceso de preocupaciones, presentando algunas manifestaciones psicofisiológicas de la ansiedad.

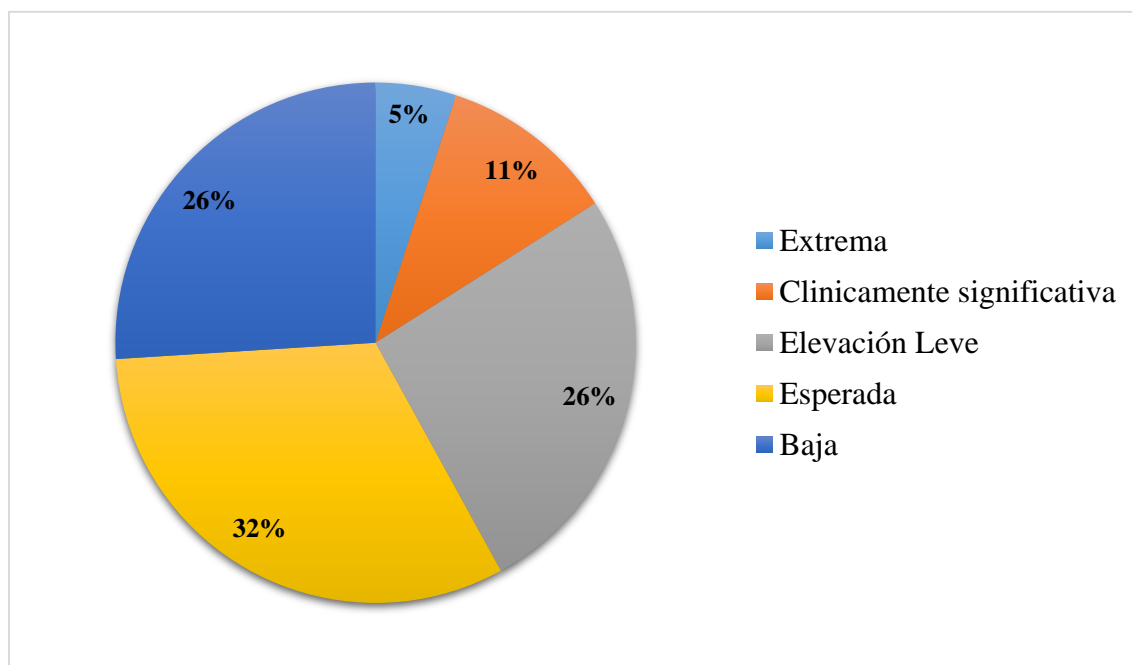
Cuadro 3. Nivel de Ansiedad del sexto semestre de Psicopedagogía

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Extrema	1	5%
Clínicamente significativa	2	11%
Elevación Leve	5	26%
Esperada	6	32%
Baja	5	26%
Total	19	100%

Fuente: Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS)

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

Gráfico 3. Nivel de Ansiedad del sexto semestre de Psicopedagogía



Fuente: Cuadro N°3

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

ANÁLISIS:

Del total de la población, 19 estudiantes que constituye el 100%; 5 corresponden el 26% manifiestan un nivel bajo; 6 que representan el 32% tienen un nivel esperada; 5 que corresponde el 26% presentan un nivel de elevación leve; 2 que corresponden el 11% están en un nivel clínicamente significativo y 1 que corresponde el 5% presenta un nivel extremo.

INTERPRETACIÓN:

Se pudo evidenciar que la mayoría de los estudiantes de sexto semestre, presentan un nivel de ansiedad esperada, es decir que los estudiantes no tienen patrones anormales de estrés ni reacciones poco comunes. Sin embargo, 11% se incluye en un nivel clínicamente significativo y 5% un nivel extremo, lo que indica que una mínima parte de los estudiantes se sienten temerosos, ansiosos, con posible exceso de preocupaciones y alteración de pensamiento, presentan debilitamiento de la energía emocional afectando a la toma de decisiones y emisión de juicio.

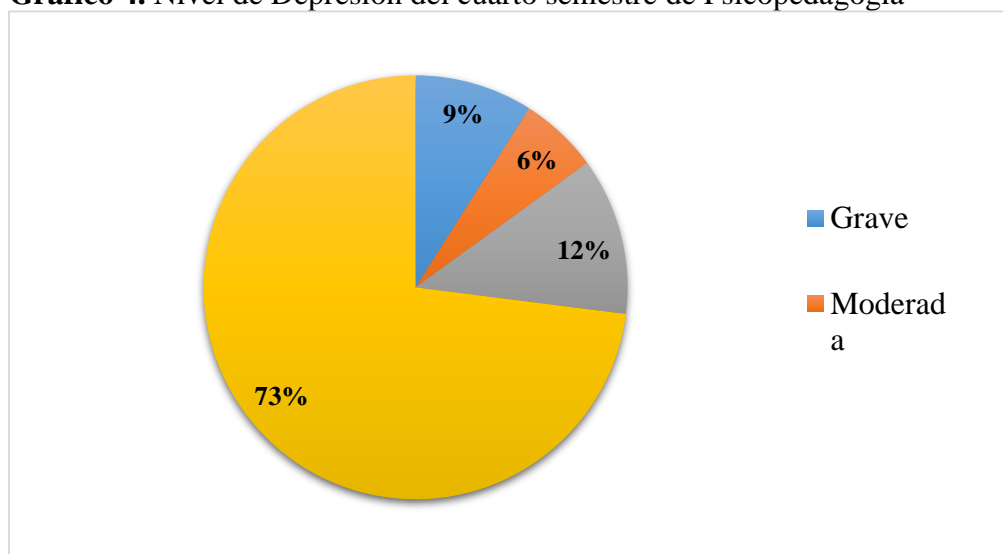
Cuadro 4. Nivel de Depresión del cuarto semestre de Psicopedagogía

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Grave	3	9%
Moderada	2	6%
Leve	4	12%
Mínima	25	73%
Total	34	100%

Fuente: Inventario De Depresión De Beck

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

Gráfico 4. Nivel de Depresión del cuarto semestre de Psicopedagogía



Fuente: Cuadro N°4

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

ANÁLISIS:

De 34 estudiantes que constituye el 100%; 25 corresponden el 73% manifiestan un nivel mínimo; 4 que representan el 12% tienen un nivel leve; 2 que corresponde el 6% presentan un nivel moderado y 3 que corresponden el 9% presenta un nivel grave.

INTERPRETACIÓN:

Se pudo evidenciar que la mayoría de los estudiantes de cuarto semestre, presentan un nivel de depresión mínimo, es decir presentan cierta pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras; posiblemente presenten poca falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad, pero probablemente están aptos para continuar la mayoría de sus actividades. Sin embargo, 9% se incluye en un nivel grave, lo que significa que una mínima parte de los estudiantes sienten una considerable angustia o agitación, conjuntamente con pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de inutilidad o de culpa, acompañados con síntomas somáticos y el riesgo de suicidio puede verse en algunos casos.

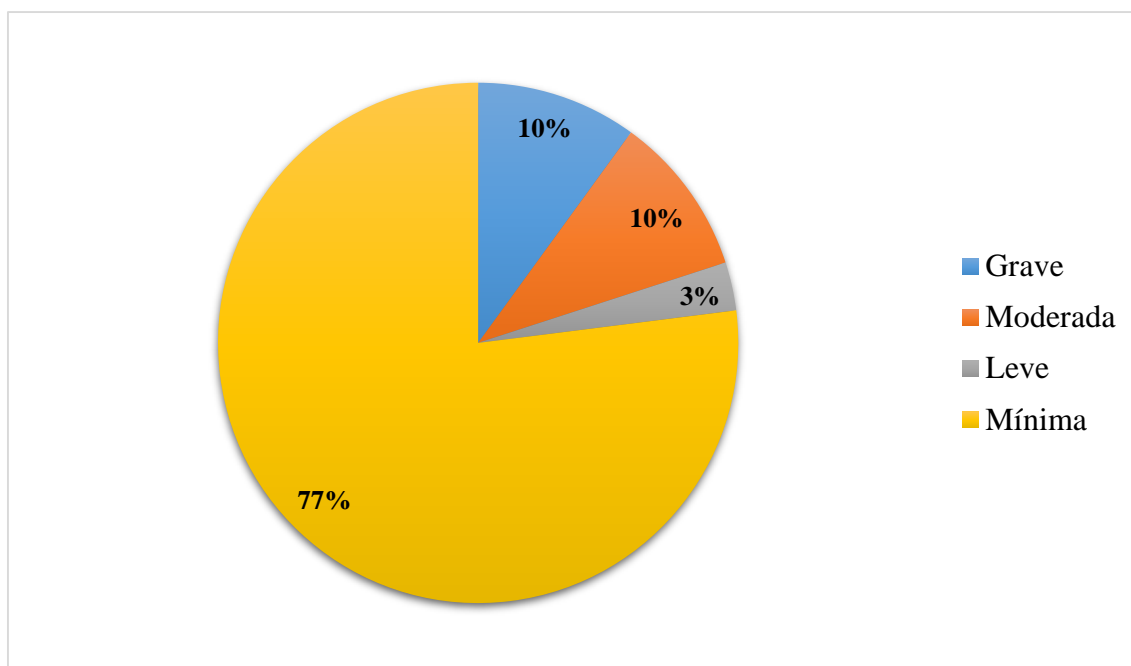
Cuadro 5. Nivel de Depresión del quinto semestre de Psicopedagogía

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Grave	4	10%
Moderada	4	10%
Leve	1	3%
Mínima	30	77%
Total	39	100%

Fuente: Inventario De Depresión De Beck

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

Gráfico 5. Nivel de Depresión del quinto semestre de Psicopedagogía



Fuente: Cuadro N°5

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

ANÁLISIS:

Del total de la población, 39 estudiantes que constituye el 100%; 30 corresponden el 77% manifiestan un nivel mínimo; 1 que representan el 3% tienen un nivel leve; 4 que corresponde el 10% presentan un nivel moderado y 4 que corresponden el 10% presenta un nivel grave.

INTERPRETACIÓN:

Se pudo evidenciar que la mayoría de los estudiantes de quinto semestre, presentan un nivel de depresión mínimo, es decir presentan cierta pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, además posiblemente presente poca falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad, pero probablemente está aptos para continuar la mayoría de sus actividades. Sin embargo, 10 % se incluye en un nivel grave, lo que significa que una parte de los estudiantes sienten una considerable angustia o agitación, conjuntamente con pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de inutilidad o de culpa, acompañados con síntomas somáticos y el riesgo de suicidio puede verse en algunos casos.

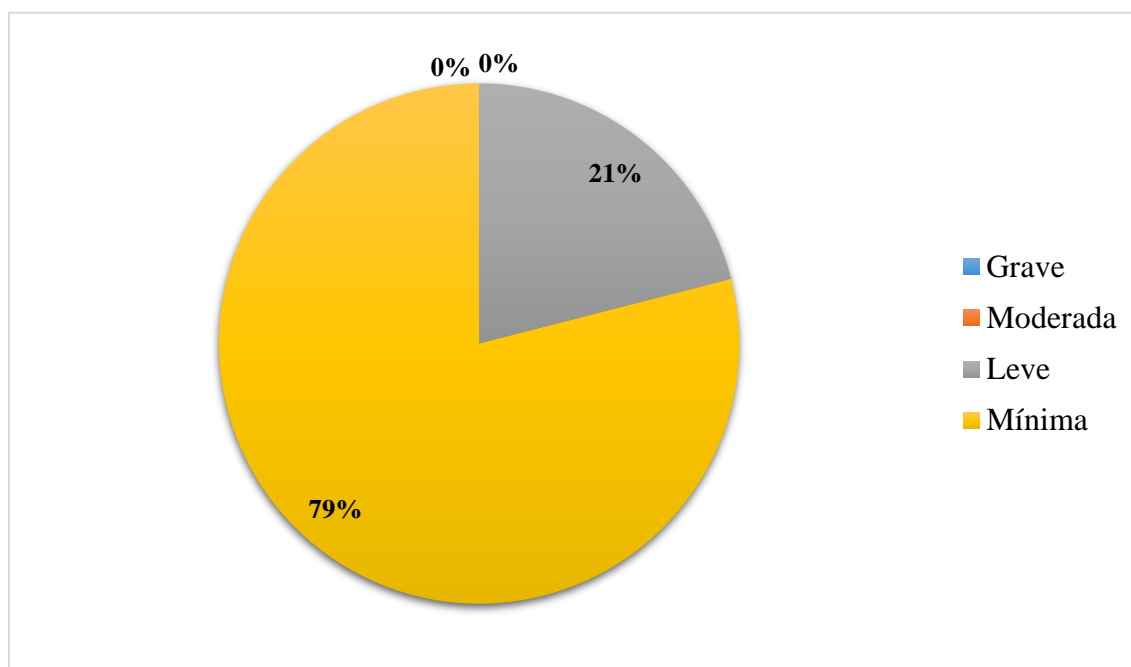
Cuadro 6. Nivel de Depresión del sexto semestre de Psicopedagogía

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Grave	0	0%
Moderada	0	0%
Leve	4	21%
Mínima	15	79%
Total	19	100%

Fuente: Inventario De Depresión De Beck

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

Gráfico 6. Nivel de Depresión del sexto semestre de Psicopedagogía



Fuente: Cuadro N°6

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

ANÁLISIS:

De 19 estudiantes que constituye el 100%; 15 corresponden el 79% manifiestan un nivel mínimo; 4 que representan el 21% tienen un nivel leve; y no existe estudiantes que presenten un nivel moderado y grave.

INTERPRETACIÓN:

Se pudo evidenciar que la mayoría de los estudiantes de sexto semestre, presentan un nivel de depresión mínimo, es decir, presentan cierta pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, además posiblemente presente poca falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad, pero probablemente está aptos para continuar la mayoría de sus actividades.

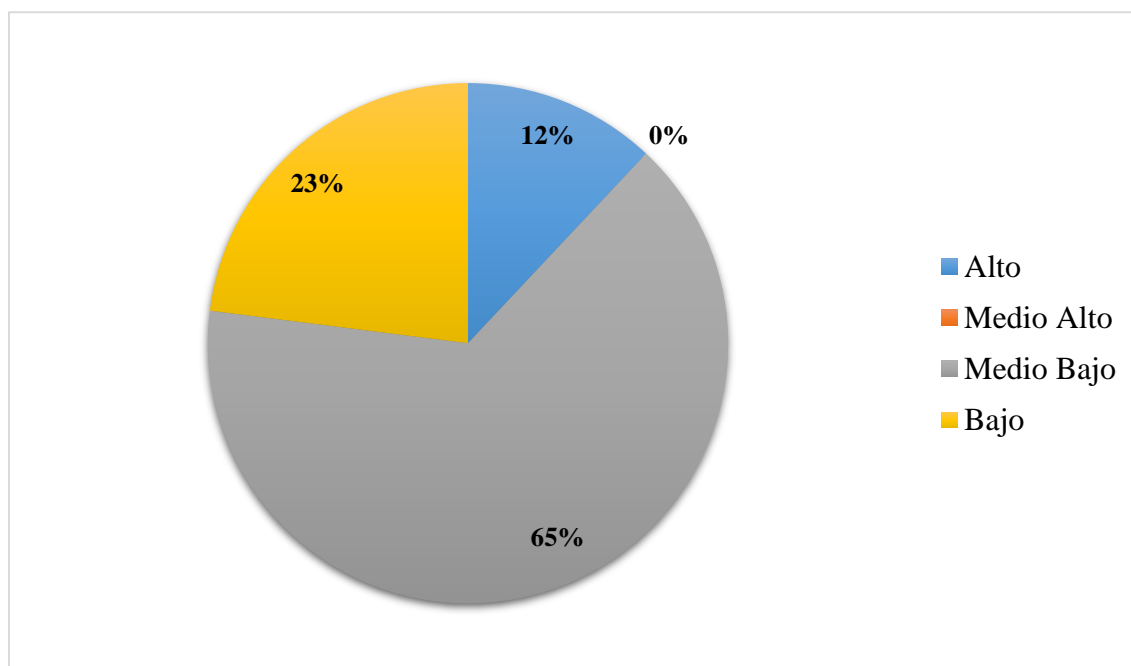
Cuadro 7. Nivel de Hostilidad del cuarto semestre de Psicopedagogía

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	4	12%
Medio Alto	0	0%
Medio Bajo	22	65%
Bajo	8	23%
Total	34	100%

Fuente: Cuestionario Modificado De Agresividad Buss-Durkee

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

Gráfico 7. Nivel de Hostilidad del cuarto semestre de Psicopedagogía



Fuente: Cuadro N°3

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

ANÁLISIS:

Del total de la población, 34 estudiantes que constituye el 100%; 8 corresponden el 23% manifiestan un nivel bajo; 22 que representan el 65% tienen un nivel medio bajo; no existen estudiantes que presenten un nivel medio alto y 4 que corresponden el 12% presenta un nivel alto.

INTERPRETACIÓN:

Se pudo evidenciar que la mayoría de los estudiantes de cuarto semestre, presentan un nivel de hostilidad medio bajo, es decir que los estudiantes tienen capacidad de control ante las circunstancias estresantes y baja frecuencia con la que expresan su ira de forma irracional pero no se descarta que presenten respuestas agresivas de forma mínima influidas por el sesgo de entorno social. Sin embargo, 12% se incluye en un nivel alto, lo que significa que parte de los estudiantes presentan dificultades para abordar las situaciones sociales, por no ser capaces de manejar adecuadamente sus emociones mostrando más conductas agresivas, además de presentar diferentes expresiones de la ira, las causas de las mismas les lleva a actuar de forma agresiva ante situaciones de incertidumbre.

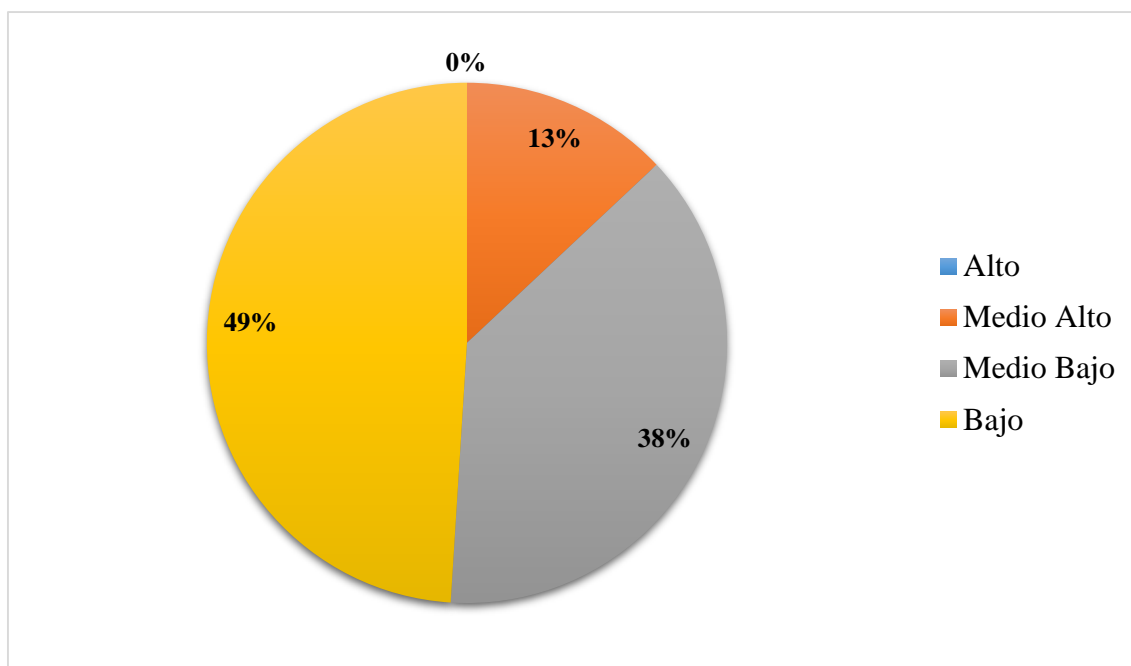
Cuadro 8. Nivel de Hostilidad del quinto semestre de Psicopedagogía

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	0	0%
Medio Alto	5	13%
Medio Bajo	15	38%
Bajo	19	49%
Total	39	100%

Fuente: Cuestionario Modificado De Agresividad Buss-Durkee

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

Gráfico 8. Nivel de Hostilidad del quinto semestre de Psicopedagogía



Fuente: Cuadro N°8

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

ANÁLISIS:

De 39 estudiantes que constituye el 100%; 19 corresponden el 49% manifiestan un nivel bajo; 15 que representan el 38% tienen un nivel medio bajo; 5 que corresponde el 13% presentan un nivel medio alto y no existen estudiantes que presenten un nivel alto.

INTERPRETACIÓN:

Se pudo evidenciar que la mayoría de los estudiantes de quinto semestre, presentan un nivel de hostilidad bajo, es decir que los estudiantes tienen capacidad de control ante las circunstancias estresantes y baja frecuencia con la que expresan su ira de forma irracional. Sin embargo, 13% se incluye en un nivel medio alto, lo que significa que una parte de los estudiantes presentan dificultades para abordar las situaciones sociales, por no ser capaces de manejar adecuadamente sus emociones mostrando más conductas agresivas.

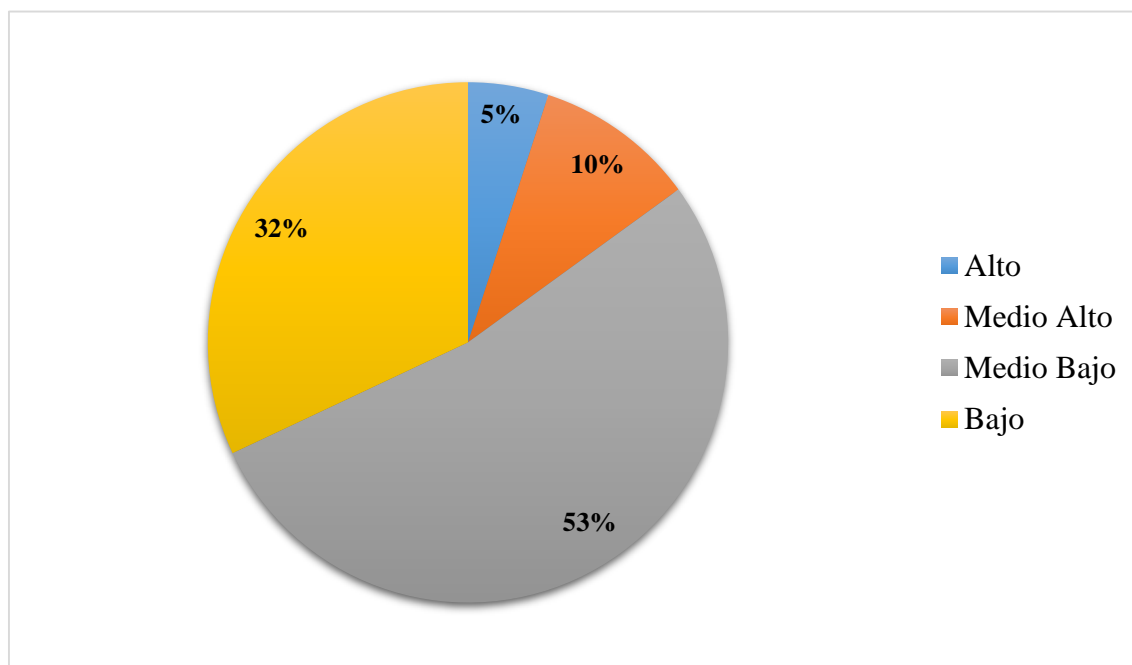
Cuadro 9. Nivel de Hostilidad del sexto semestre de Psicopedagogía

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	1	5%
Medio Alto	2	10%
Medio Bajo	10	53%
Bajo	6	32%
Total	19	100%

Fuente: Cuestionario Modificado De Agresividad Buss-Durkee

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

Gráfico 9. Nivel de Hostilidad del sexto semestre de Psicopedagogía



Fuente: Cuadro N°9

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

ANÁLISIS:

Del total de la población, 19 estudiantes que constituye el 100%; 6 que corresponde el 32% manifiestan un nivel bajo; 10 que representan el 53% tienen un nivel medio bajo; 2 que corresponde el 10% presentan un nivel medio alto y 1 que corresponden el 5% presenta un nivel alto.

INTERPRETACIÓN:

Se pudo evidenciar que la mayoría de los estudiantes de sexto semestre, presentan un nivel de hostilidad medio bajo, es decir que tienen capacidad de control ante las circunstancias estresantes y baja frecuencia con la que expresan su ira de forma irracional pero no se descarta que presenten respuestas agresivas de forma mínima influidas por el sesgo de entorno social. Sin embargo, de 10 % se incluye en un nivel medio alto y 5% un nivel alto, lo que significa que un grupo pequeño de estudiantes presentan dificultades para abordar las situaciones sociales, por no ser capaces de manejar adecuadamente sus emociones mostrando más conductas agresivas, además de presentar deficiencia en la expresión y modulación de la ira, las causas de las mismas les lleva a actuar de forma agresiva ante situaciones de incertidumbre.

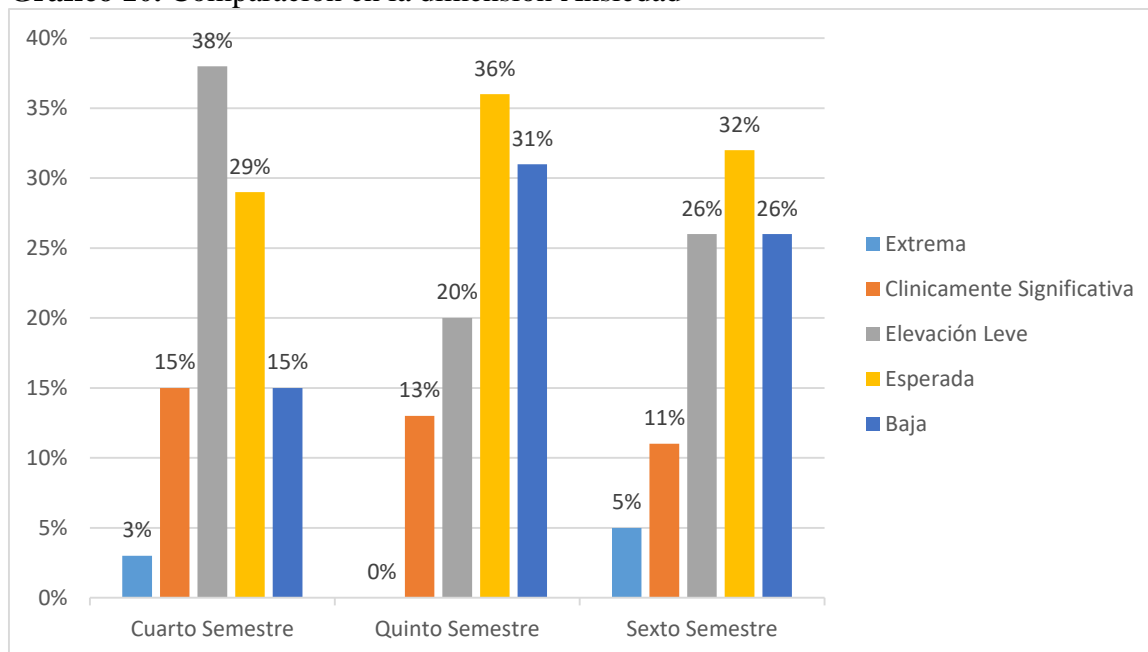
Cuadro 10. Comparación entre cuarto, quinto sexto semestre de la carrera de Psicopedagogía en la dimensión Ansiedad.

Nivel	Cuarto Semestre	Porcentaje	Quinto Semestre	Porcentaje	Sexto Semestre	Porcentaje	Total	Porcentaje
Extrema	1	3%	0	0%	1	5%	2	2%
Clínicamente significativa	5	15%	5	13%	2	11%	12	13%
Elevación Leve	13	38%	8	20%	5	26%	26	28%
Esperada	10	29%	14	36%	6	32%	30	33%
Baja	5	15%	12	31%	5	26%	22	24%
Total	34	100%	39	100%	19	100%	92	100%

Fuente: Estudiantes de la carrera de Psicopegaogía

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

Gráfico 10. Comparación en la dimensión Ansiedad



Fuente: Cuadro N°10

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

ANÁLISIS:

Del total de los estudiantes de cuarto semestre, el 15% manifiestan un nivel bajo el 29% esperada, el 38% elevación leve, 15% clínicamente significativa, 3% extrema; los de quinto semestre el 31% bajo, el 36% esperada, el 20% elevación leve, 13% clínicamente significativa, 0% extrema, y los de sexto semestre el 26% bajo, el 32% esperada, el 26% elevación leve, 11% clínicamente significativa, 5% extrema.

INTERPRETACIÓN:

Se pudo evidenciar que la mayoría de los estudiantes, presentan un nivel de ansiedad esperada, es decir que los estudiantes no tienen patrones anormales de estrés ni reacciones poco comunes. Sin embargo, un porcentaje de 13% se incluye en un nivel clínicamente significativo y 2% un nivel extremo, lo que significa que una mínima parte de los estudiantes se sienten temerosos, ansiosos, con posible exceso de preocupaciones y alteración de pensamiento, además presentan debilitamiento de la energía emocional afectando a la toma de decisiones y emisión de juicio.

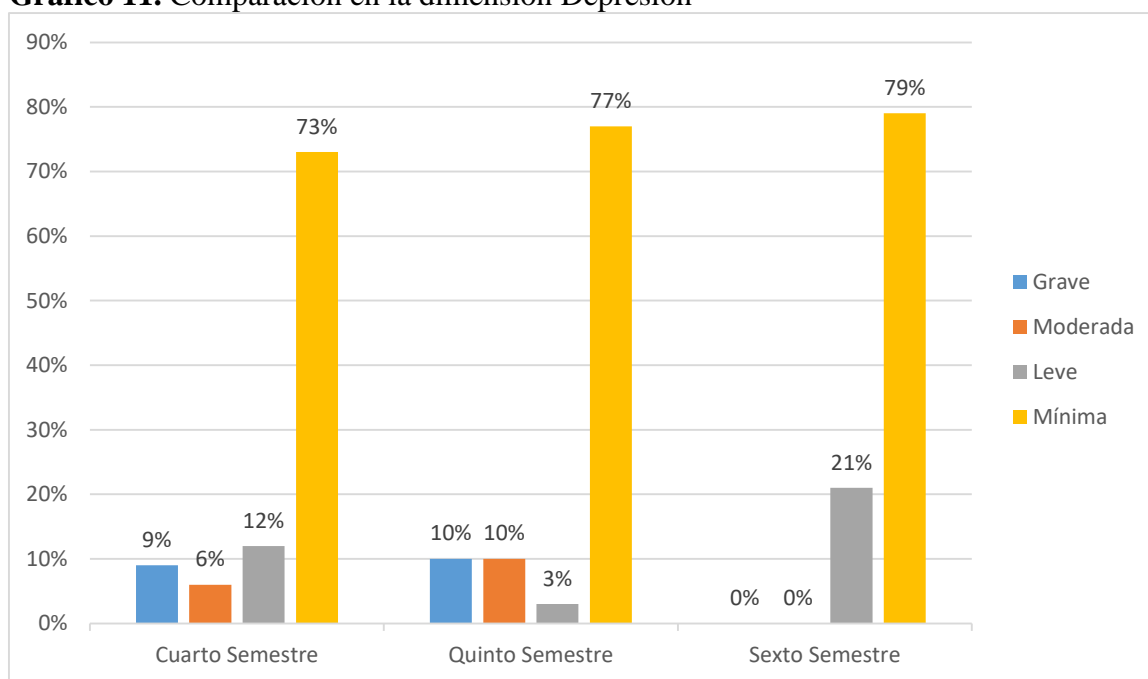
Cuadro 11. Comparación entre cuarto, quinto sexto semestre de la carrera de Psicopedagogía en la dimensión Depresión.

Nivel	Cuarto Semestre	Porcentaje	Quinto Semestre	Porcentaje	Sexto Semestre	Porcentaje	Total	Porcentaje
Grave	3	9%	4	10%	0	0%	7	8%
Moderada	2	6%	4	10%	0	0%	6	7%
Leve	4	12%	1	3%	4	21%	9	10%
Mínima	25	73%	30	77%	15	79%	70	75%
Total	34	100%	39	100%	19	100%	92	100%

Fuente: Estudiantes de la carrera de Psicopegaogía

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

Gráfico 11. Comparación en la dimensión Depresión



Fuente: Cuadro N°11

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

ANÁLISIS:

Del total de los estudiantes de cuarto semestre, el 73% manifiestan un nivel mínimo, el 12% leve, el 6% moderada, 9% grave; mientras que los de quinto semestre el 77% mínimo, el 3%

leve, el 10% moderada, 10% grave y de sexto semestre el 79% mínimo, el 21% leve, el 0% moderada, 0% grave.

INTERPRETACIÓN:

Se pudo evidenciar que la mayoría de los estudiantes, presentan un nivel de depresión mínimo, es decir, que los estudiantes presentan cierta pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, además posiblemente presente poca falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad, pero probablemente están aptos para continuar la mayoría de sus actividades. Sin embargo, un mínimo porcentaje de 7% se incluye en un nivel moderado y 8% un nivel grave, lo que significa que una mínima parte de los estudiantes sienten una considerable angustia o agitación, conjuntamente con pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de inutilidad o de culpa, acompañados con síntomas somáticos y el riesgo de suicidio puede verse en algunos casos.

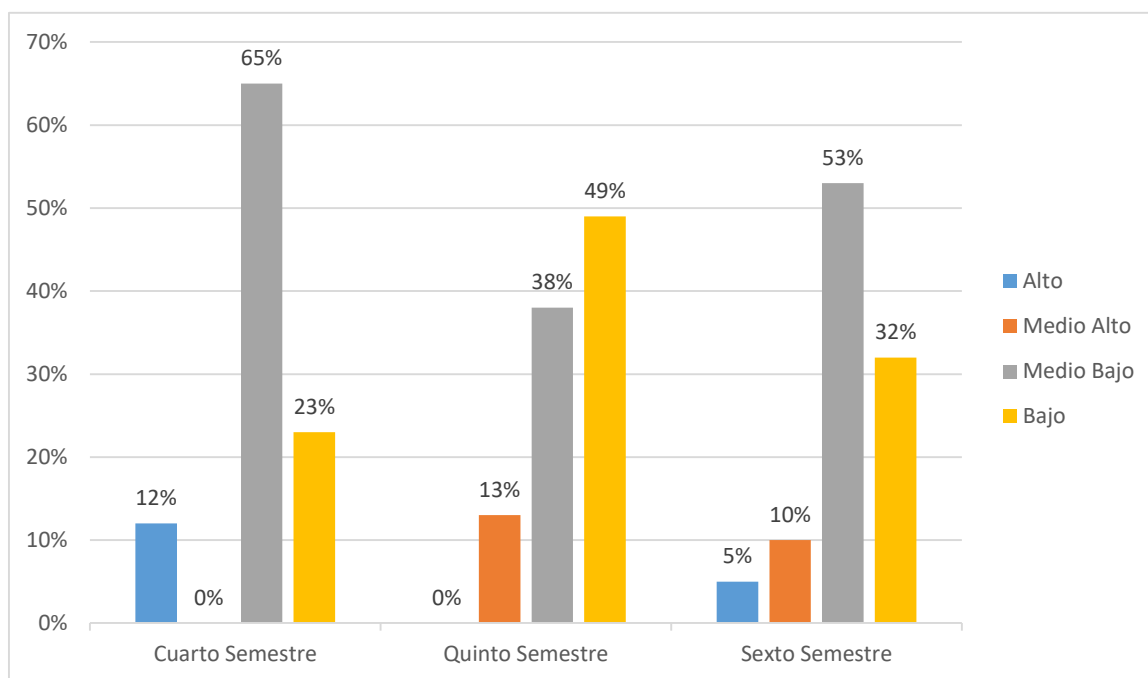
Cuadro 12. Comparación entre cuarto, quinto, sexto semestre de la carrera de Psicopedagogía en la dimensión Hostilidad.

Nivel	Cuarto Semestre	Porcentaje	Quinto Semestre	Porcentaje	Sexto Semestre	Porcentaje	Total	Porcentaje
Alto	4	12%	0	0%	1	5%	5	5%
Medio Alto	0	0%	5	13%	2	10%	7	8%
Medio Bajo	22	65%	15	38%	10	53%	47	51%
Bajo	8	23%	19	49%	6	32%	33	36%
Total	34	100%	39	100%	19	100%	92	100%

Fuente: Estudiantes de la carrera de Psicopedagogía

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

Gráfico 12. Comparación en la dimensión Hostilidad



Fuente: Cuadro N°12

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

ANÁLISIS:

Del total de los estudiantes de cuarto semestre, el 23% manifiestan un nivel bajo, el 65% medio bajo, el 0% medio alto, el 12% alto; mientras que los de quinto semestre el 49% bajo, el 38% medio bajo, el 13% medio alto, 0% alto, y los de sexto semestre el 32% bajo, el 53% medio bajo, el 10% medio alto, 5% alto.

INTERPRETACIÓN:

Se pudo evidenciar que la mayoría de los estudiantes, presentan un nivel de hostilidad medio bajo, es decir que los estudiantes tienen capacidad de control ante las circunstancias estresantes y baja frecuencia con la que expresan su ira de forma irracional pero no se descarta que presenten respuestas agresivas de forma mínima influidas por el sesgo de entorno social.

Sin embargo, el 8 % se incluye en un nivel medio alto y 5% un nivel alto, lo que significa que una mínima parte de los estudiantes presentan dificultades para abordar las situaciones

sociales, por no ser capaces de manejar adecuadamente sus emociones mostrando más conductas agresivas, además de presentar deficiencia en la expresión y modulación de la ira, las causas de las mismas les lleva a actuar de forma agresiva ante situaciones de incertidumbre.

4.2 Análisis e Interpretación de la Variable Confinamiento Social

Cuadro 13. Percepción de cambios personales

Considere la siguiente equivalencia:

1= Ha disminuido mucho

2= Ha disminuido un poco

3= Permanece igual

4= Se ha incrementado un poco

5= Se ha incrementado mucho

Ítems	1	2	3	4	5
Malestar general a nivel psicológico.	16%	21%	30%	23%	10%
Dificultades para concentrarse.	9%	21%	28%	26%	16%
Facilidad para desconectar de las preocupaciones.	10%	18%	36%	20%	16%
Incertidumbre.	11%	23%	31%	21%	14%
Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave (COVID-19 u otras).	14%	16%	31%	18%	21%
Tendencia a no querer pensar y no hablar de los problemas.	9%	20%	52%	12%	7%
Sentimientos de culpa.	20%	20%	41%	11%	8%
Ideas de hacerse daño.	40%	12%	37%	9%	2%
Miedo de perder a seres queridos.	9%	10%	17%	27%	37%
Sentimientos de soledad.	15%	22%	31%	16%	16%
Cambios de humor.	9%	10%	33%	28%	20%
Agobio por la cantidad de mensajes o llamadas.	13%	14%	45%	16%	12%
Pensamientos de que todo esto que está pasando no es real.	26%	14%	42%	12%	6%
Problemas con las relaciones sexuales.	28%	12%	47%	8%	5%
Problemas de sueño.	17%	7%	33%	19%	24%
Capacidad para tomar decisiones y resolver problemas.	10%	17%	45%	22%	6%
Sentimientos de confianza y optimismo.	7%	16%	48%	25%	4%

Sentimientos de tranquilidad, serenidad, relajación.	10%	26%	41%	18%	5%
Sentimientos de vitalidad y energía.	10%	25%	42%	19%	4%
Síntomas físicos sin clara relación con una enfermedad médica (p.ej. sudores, tensión muscular, dolores de cabeza, dificultad para respirar, malestar gástrico...).	14%	12%	44%	20%	10%

Fuente: Estudiantes de la carrera de Psicopedagogía

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

Gráfico 13. Percepción de cambios personales (parte 1)

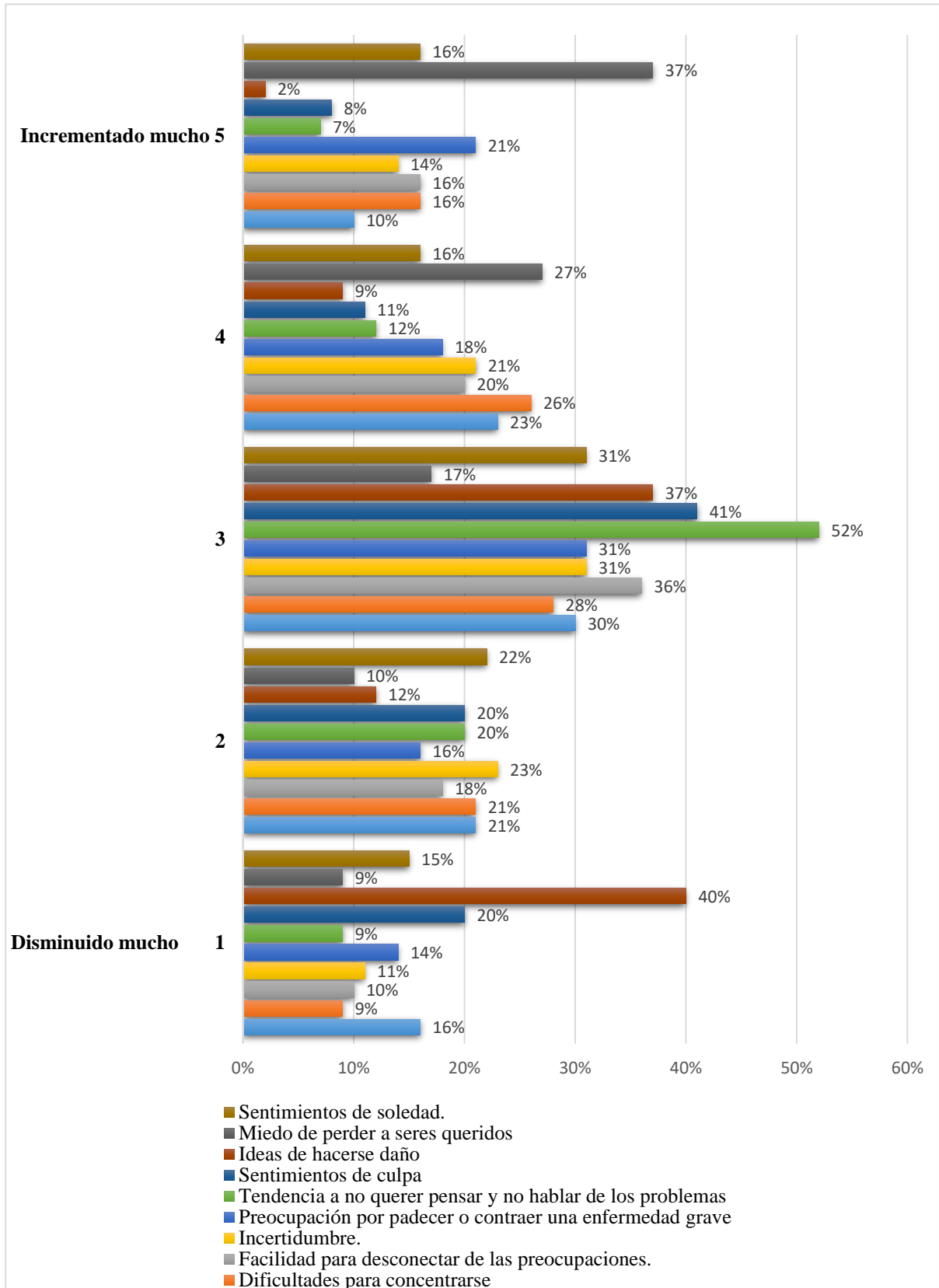
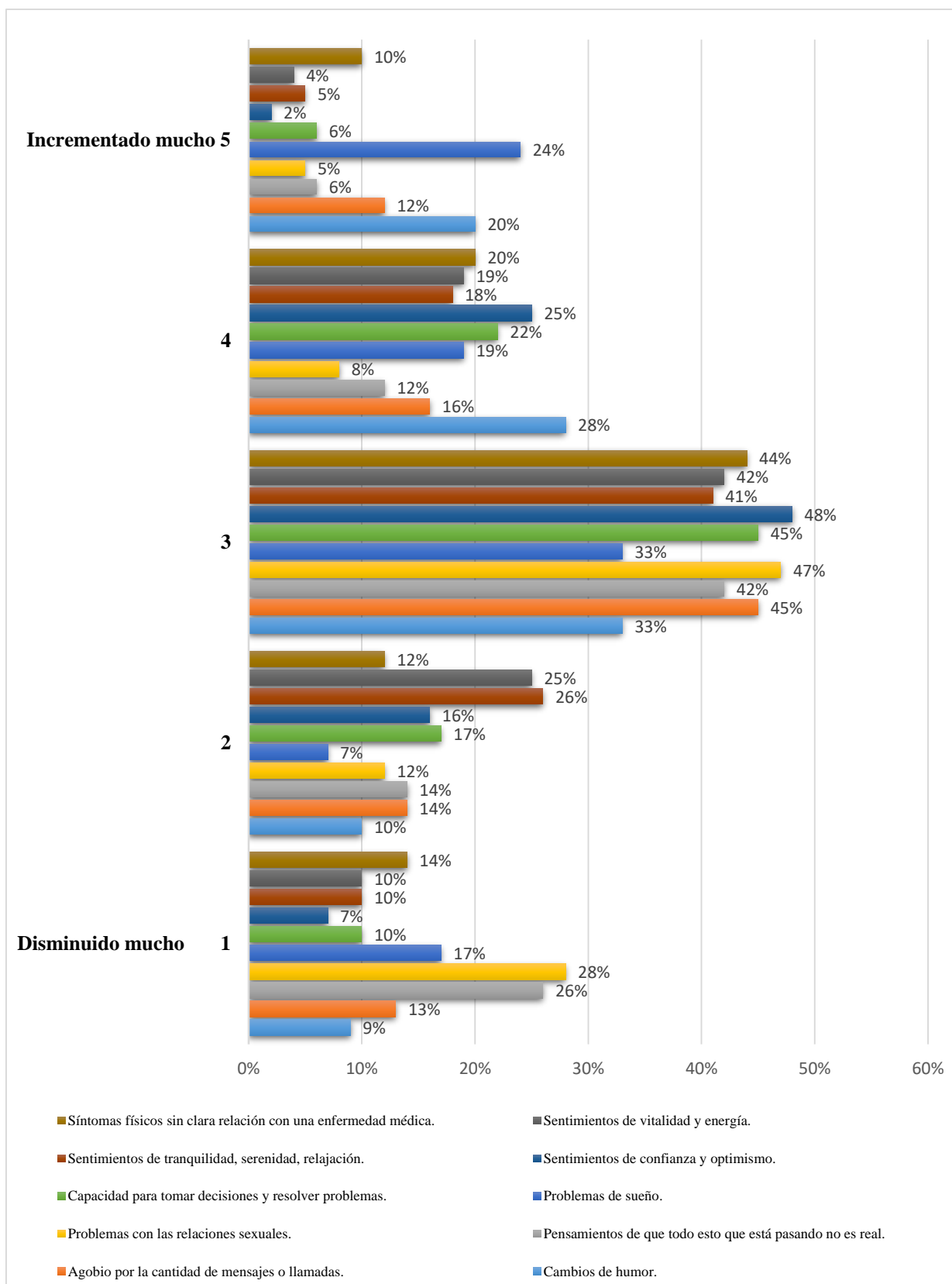


Gráfico 13. Percepción de cambios personales (parte 2)



Fuente: Cuadro N°13

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

ANÁLISIS:

Para cada uno de los ítems se les preguntó en qué medida consideraban que en su caso habían: disminuido mucho (1), disminuido un poco (2), permanecían igual (3), se habían incrementado un poco (4) o se habían incrementado mucho (5) tales emociones y conductas. Ordenados de mayor a menor frecuencia, se consolidó los siguientes resultados:

Del total de la población, 93 estudiantes que constituye el 100%, 60 que corresponden al 64% señalaron que había aumentado su miedo a perder a un ser querido; 35 que corresponde al 37% indicó que había aumentado mucho. En segundo lugar, 45 que corresponde al 48% señaló que había aumentado en alguna medida cambios de humor y el 10 que corresponde al 20% indicó que había experimentado un incremento alto, y en tercero 40 que corresponde a un 43% presentó tener problemas de sueños donde un 22 que corresponde 24% de los estudiantes indicó que había experimentado un incremento alto, 39 que corresponde a un 42% de personas informaron tener dificultades para concentrarse, donde 15 que corresponde a un 16 %, es decir ha incrementado mucho.

En la franja de un cambio incremental entre el 20 y el 40% (teniendo en cuenta cualquier grado de aumento) se encontraron (de mayor a menor): 36 que equivale al 39% presenta preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave, 34 que corresponde al 36% presentan facilidad para desconectar de las preocupaciones, 33 que corresponde al 35% Incertidumbre, 30 que equivale al 33 % presenta malestar general a nivel psicológico, 30 que equivale al 32% presenta sentimientos de soledad, 28 que equivale al 30% presenta síntomas físicos sin clara relación con una enfermedad médica, y 26 que equivale al 28% presenta agobio por la cantidad de mensajes o llamadas.

En muy pocas variables se evidenció aumento superior al empeoramiento, en la que 18 que equivale al 19% informó tener la tendencia a no querer pensar y no hablar de los problemas, 17 equivale el 19% de los estudiantes tuvieron sentimientos de culpa, además 17

equivale al 18% informó haber presentado pensamientos de que todo esto que está pasando no es real, 12 que equivale al 13% manifestó problemas con las relaciones sexuales y 11 que equivale al 12% manifestó haber tenido ideas de hacerse daño.

Otras variables en la que se observó un efecto negativo es la capacidad de tomar decisiones y resolver problemas, donde 25 que equivale al 27% informó haber disminuido, y 26 que equivale al 28% tener mayor capacidad. De igual forma ocurrió con los sentimientos de confianza y optimismo, tranquilidad, serenidad, relajación, vitalidad y energía, donde el descenso (31%) y el aumento (25%).

INTERPRETACIÓN:

Los resultados obtenidos, permiten comprobar que la mayoría de los estudiantes han experimentado cambios conductuales y emocionales provocados por el Confinamiento. Se destacan particularmente tres ítems en los que el incremento de la proporción de personas que han empeorado es realmente muy elevado: estando en primer lugar la preocupación por perder seres queridos, lo que quiere decir que los investigados durante el confinamiento imaginaron escenarios posibles, prestando atención a las potenciales consecuencias negativas o se anticiparon para hacer frente a esas posibles situaciones; en segundo lugar, cambios de humor, ya que presentan alteraciones en el estado de ánimo donde experimentaron diversas emociones en un plazo de tiempo muy corto; y en tercero problemas de sueño, de modo que influyó negativamente el estado de alarma en el sueño, así como el empeoramiento de su calidad, que trae como consecuencia posible insomnio. Ello supone considerar dichos ítems como muy sensibles y específicos de la situación de malestar psicológico ocasionada por el confinamiento y la pandemia.

Respecto a las variables relacionados a los sentimientos de incertidumbre, y soledad, preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave y malestar general a nivel psicológico presentan un cambio porcentual a tener en cuenta con un aumento de los mismos.

Los sentimientos de confianza y optimismo disminuyeron, donde se observa también un empeoramiento para el total de la muestra.

En general se evidencia una gran proporción de casos experimenta un empeoramiento, donde los cambios en emociones y conductas producidos en conjunción con la situación actual de pandemia y de medidas de distanciamiento social.

Cuadro 14. Hábitos y actividades

1= Ha disminuido mucho

2= Ha disminuido un poco

3= Permanece igual

4= Se ha incrementado medianamente

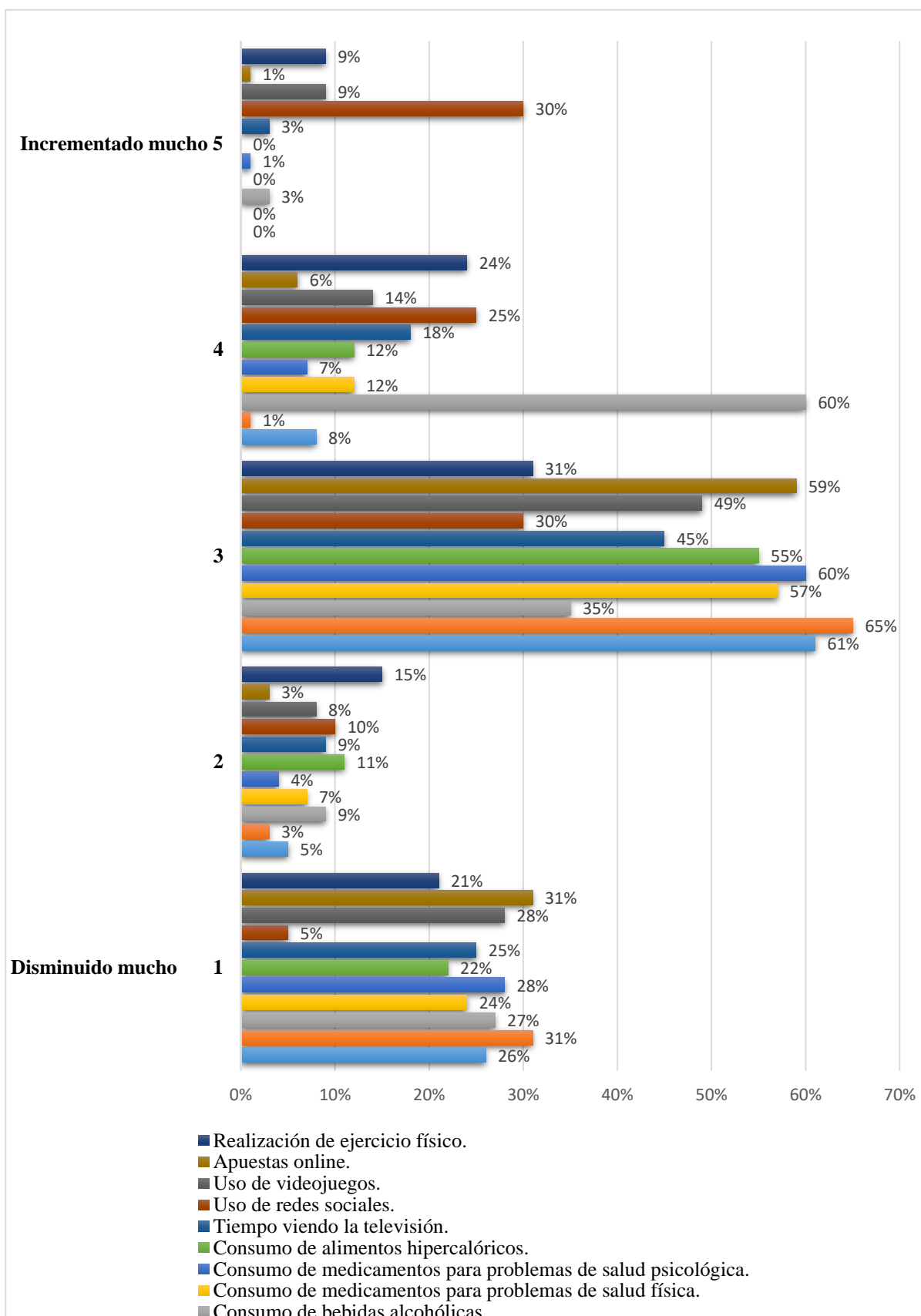
5= Se ha incrementado mucho

Ítems	1	2	3	4	5
Consumo de tabaco.	26%	5%	61%	8%	0%
Consumo de drogas.	31%	3%	65%	1%	0%
Consumo de bebidas alcohólicas.	27%	9%	60%	3%	1%
Consumo de medicamentos para problemas de salud física.	24%	7%	57%	12%	0%
Consumo de medicamentos para problemas de salud psicológica.	28%	4%	60%	7%	1%
Consumo de alimentos hipercalóricos.	22%	11%	55%	12%	0%
Tiempo viendo la televisión.	25%	9%	45%	18%	3%
Uso de redes sociales.	5%	10%	30%	25%	30%
Uso de videojuegos.	20%	8%	49%	14%	9%
Apuestas online.	31%	3%	59%	6%	1%
Realización de ejercicio físico.	21%	15%	31%	24%	9%

Fuente: Estudiantes de la carrera de Psicopedagogía

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

Gráfico 14. Hábitos y actividades



Fuente: Cuadro N°14

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

ANÁLISIS:

Se exploraron conductas de consumo de sustancias, de fármacos y el cambio en otros hábitos. Del total de la población, 93 estudiantes que constituye el 100%, 7 que equivale al 8% aumentó el tabaquismo (frente a 29 que equivale a un 31% de personas que informaron de un menor consumo), 1 que equivale al 1% había crecido el consumo de drogas (respecto a 32 que equivale a un 34% que lo había reducido), 4 que equivale al 4% incrementó en consumo de alcohol (frente a 33 que equivale a un 36% de personas que bebían menos).

En cuanto 11 que equivale al 12% aumentó el consumo de fármacos para dolencias físicas, (y redujeron 29 que equivale a 31%). En menor medida, 7 que equivale al 8% el uso de psicofármacos se había incrementado y se habían reducido 30 que equivale al 32%.

En lo referente a las apuestas online, predominó un descenso en 32 estudiantes que equivale a 34%, 6 que equivale al 7% quienes informaron haber aumentado sus conductas de apuesta, 21 que equivale al 25% creció el uso de videojuegos de los cuales 8 que equivale al 8% indicó que mucho, 51 que equivale al 55% aumentó de uso de redes sociales de los cuales 28 que equivale al 30% indicó que mucho por otra parte 14 que equivale al 15% disminuyó su uso y finalmente, 18 que equivale al 21% había incrementado el consumo de televisión de los cuales 31 que equivale al 34% había reducido.

Por lo que respecta al balance entre ingesta calórica y actividad física, 11 que equivale al 12% aumentó el consumo de alimentos de alto contenido calórico y 31 que equivale a un 33% habían reducido, 34 que equivale al 36% el ejercicio físico había disminuido en mayor proporción en comparación con 30 que equivale al 33% quienes se ejercitaban más.

INTERPRETACIÓN:

Se pudo evidenciar que en relación a hábitos y conductas de consumo la mayoría de los estudiantes aumentó el uso de redes sociales e incrementó del uso de videojuegos; un mayor porcentaje de encuestados que han disminuido la realización de ejercicio físico frente a

aquellos que han aumentado el mismo a pesar del confinamiento. El consumo de bebidas alcohólicas, tabaco o medicamentos también ha sufrido cambio en aquellos que informaron consumirlos. Si bien, este cambio, en productos tales como el tabaco o bebidas alcohólicas se ha producido en ambas direcciones, es mayor la disminución que el incremento.

En definitiva, los estudiantes han empeorado el uso de la tecnología creando cierta dependencia lo que puede generar alteración en las interacciones sociales y la escasa práctica de ejercicios físico puede traer como consecuencia el sedentarismo.

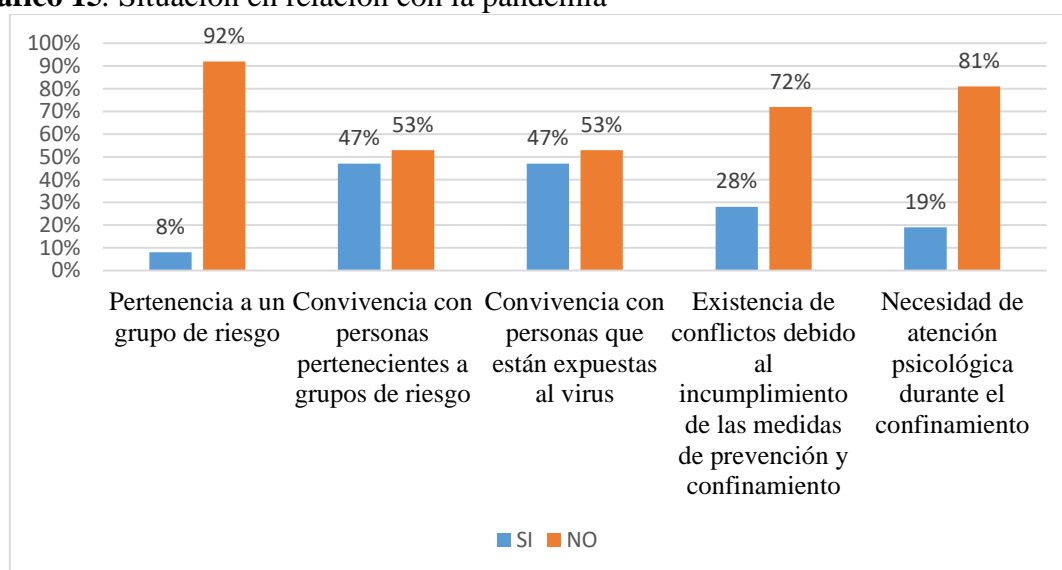
Cuadro 15. Situación en relación con la pandemia

Ítems	SI	NO
Pertenencia a un grupo de riesgo.	8%	92%
Convivencia con personas pertenecientes a grupos de riesgo	47%	53%
Convivencia con personas que están expuestas al virus	47%	53%
Existencia de conflictos debido al incumplimiento de las medidas de prevención y confinamiento	28%	72%
Necesidad de atención psicológica durante el confinamiento	19%	81%

Fuente: Estudiantes de la carrera de Psicopedagogía

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

Gráfico 15. Situación en relación con la pandemia



Fuente: Cuadro N°15

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

ANÁLISIS:

En este apartado se presentan las características de la muestra que tienen que ver con la situación personal con respecto a la pandemia.

Se puede observar que, del total de la población, 93 estudiantes que constituye el 100%, 7 que equivale al 8% se identificó como persona perteneciente a algún grupo de riesgo; 44 que equivale al 47% convivía con personas pertenecientes a grupos de riesgo y 44 que equivale al 47% convivía con personas expuestas al virus. Por otra parte, 26 que equivale al 28% tuvo conflictos con personas de su entorno porque él/ella no había cumplido el confinamiento. Finalmente, los resultados referidos a la necesidad de ayuda psicológica por parte de un profesional, así, podemos observar que 18 que equivale al 19% requirió atención psicológica.

INTERPRETACIÓN:

Se pudo evidenciar que en relación situación personal con respecto a la pandemia, gran parte de los estudiantes conviven con personas pertenecientes a grupos de riesgo y personas expuestas al virus, esta situación puede influir en la estabilidad emocional debido a que puede generar preocupación o temor a que un familiar se contagie o fallezca, donde una minoría manifestó que ha requerido atención psicológica durante el confinamiento.

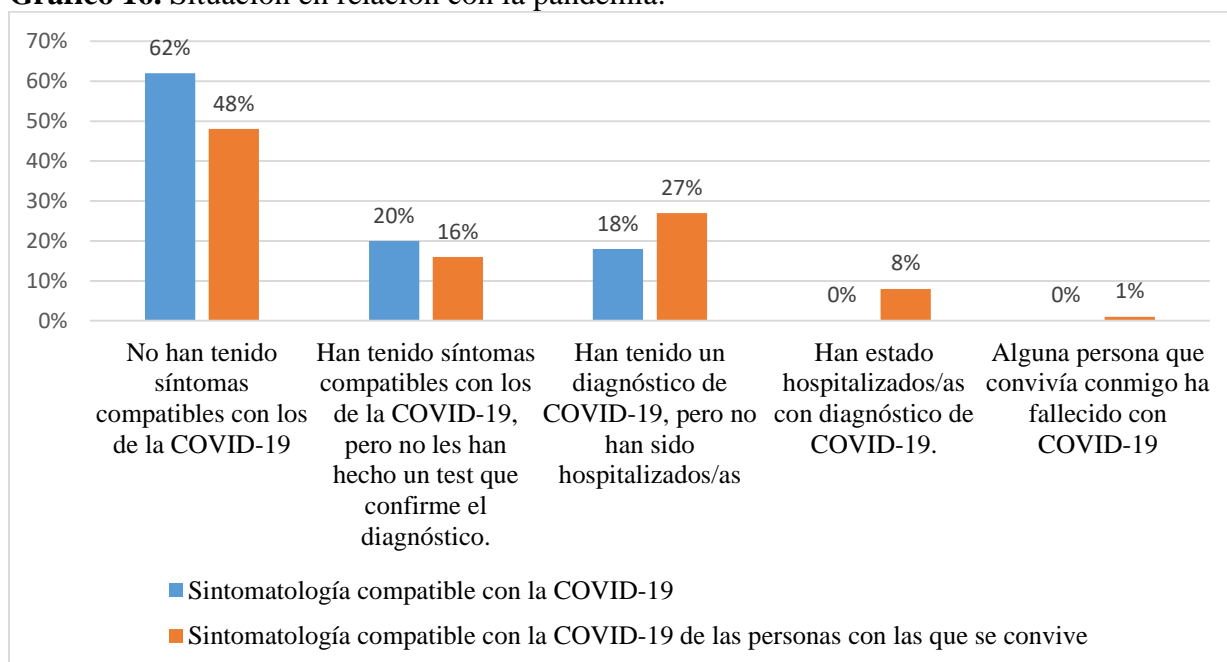
Cuadro 16. Situación en relación con la pandemia.

Ítems	No han tenido síntomas compatibles con los de la COVID-19.	Han tenido síntomas compatibles con los de la COVID-19, pero no les han hecho un test que confirme el diagnóstico.	Han tenido un diagnóstico de COVID-19, pero no han sido hospitalizados/as	Han estado hospitalizados/as con diagnóstico de COVID-19.	Alguna persona que convivía conmigo ha fallecido con COVID-19
Sintomatología compatible con la COVID-19	62%	20%	18%	0%	0%
Sintomatología compatible con la COVID-19 de las personas con las que se convive	48%	16%	27%	8%	1%

Fuente: Estudiantes de la carrera de Psicopedagogía

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

Gráfico 16. Situación en relación con la pandemia.



Fuente: Cuadro N°16

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

ANÁLISIS:

Continuando con el mismo apartado sobre la situación en relación con la pandemia con respecto a la sintomatología compatible con el COVID-19, se puede observar que, del total de la población, 93 estudiantes que constituye el 100%, 0 que equivale al 0% había estado hospitalizado/a con diagnóstico de COVID-19 y 17 que equivale al 18% había tenido diagnóstico sin requerir hospitalización. Con respecto a la sintomatología de las personas que convivían con los/as encuestados/as, 1 que equivale al 1% había sufrido el fallecimiento de alguna persona que convivía con ellos/as, 7 que equivale al 8% había tenido alguna persona hospitalizada por este motivo y 25 que equivale al 27% de las personas con las que convivían había tenido diagnóstico de COVID-19 sin requerir hospitalización.

INTERPRETACIÓN:

Se pudo evidenciar que en relación a la sintomatología compatible con el COVID-19, una mínima parte de los estudiantes han estado hospitalizados o han tenido diagnóstico de COVID-19. Sin embargo, cuando se consideró la sintomatología de las personas con las que convivían o de allegados, los porcentajes fueron más elevados donde existió personas fallecidas y hospitalizadas por causa del virus, es decir los estudiantes que vivieron estas situaciones pueden presentar síntomas de orden psicológico, especialmente quienes convivieron con una persona contagiada. Las manifestaciones comúnmente expresadas en este grupo son ansiedad, depresión, problemas de sueño y estrés postraumático.

Cuadro 17. Situación en relación con la pandemia

Preocupaciones y Temores

0= Nada;

1= Poca;

2= Moderadamente;

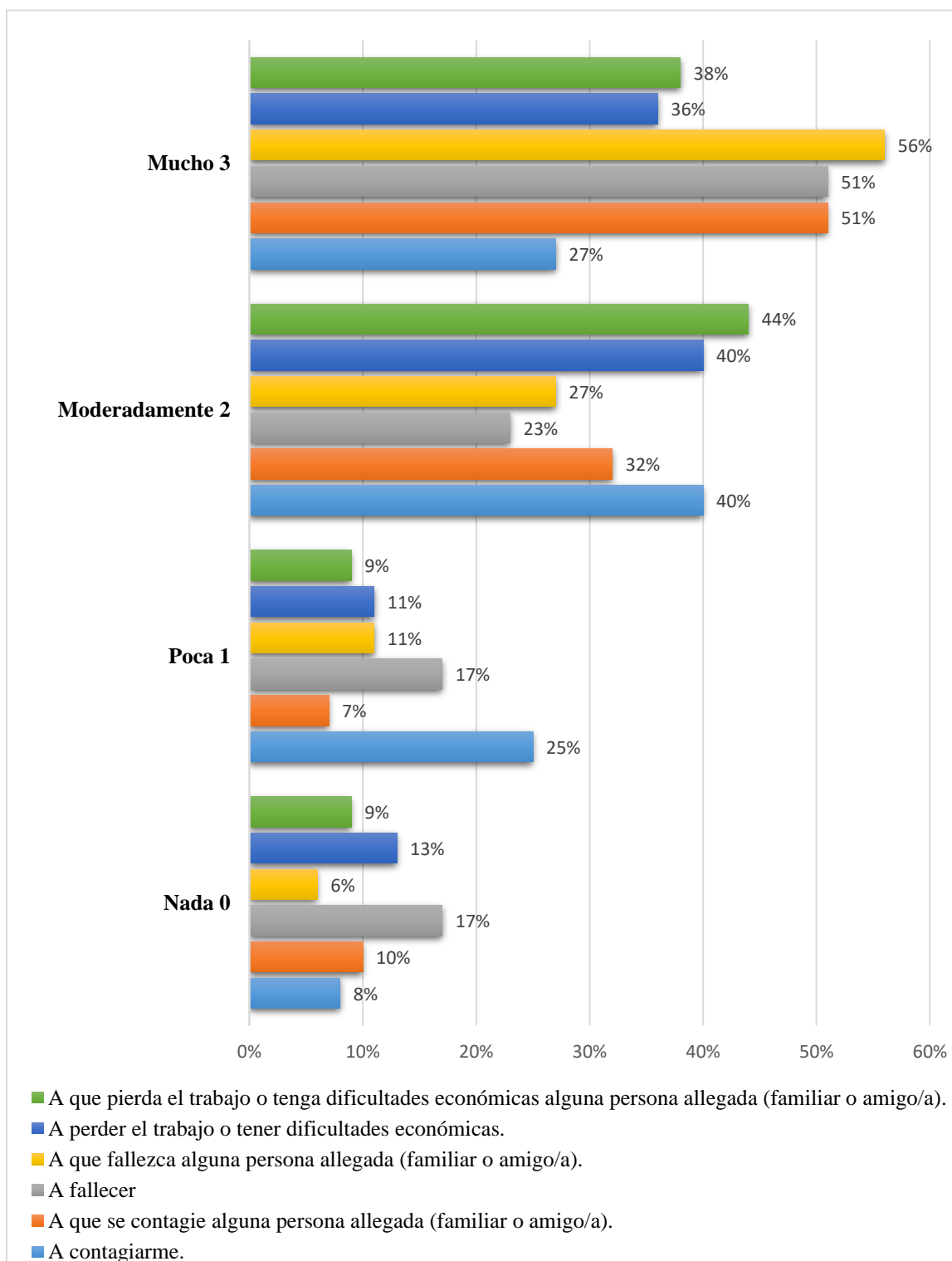
3= Mucho.

Ítems	0	1	2	3
A contagiarme.	8%	25%	40%	27%
A que se contagie alguna persona allegada (familiar o amigo/a).	10%	7%	32%	51%
A fallecer	17%	17%	23%	43%
A que fallezca alguna persona allegada (familiar o amigo/a).	6%	11%	27%	56%
A perder el trabajo o tener dificultades económicas.	13%	11%	40%	36%
A que pierda el trabajo o tenga dificultades económicas alguna persona allegada (familiar o amigo/a).	9%	9%	44%	38%

Fuente: Estudiantes de la carrera de Psicopedagogía

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

Gráfico 17. Situación en relación con la pandemia



Fuente: Cuadro N°17

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

ANÁLISIS:

Continuando con el mismo apartado con respecto a las preocupaciones y temores causadas por el COVID-19, se puede observar que, del total de la población, 93 estudiantes que constituye el 100%, 8 que equivale a un 8% señaló que no ha experimentado nada de temor o preocupación a contagiarse, mientras que 85 que equivale al 92% restante si había experimentado temores y preocupaciones, 9 que equivale al 10% en el ítem referente a si habían experimentado diversos temores y preocupaciones a que se contagie alguna persona allegada (familiar o amigo/a) señaló que no experimentaron nada de temor o preocupación; 84 que equivale al 90% restante si había experimentado temores y preocupaciones. 16 que equivale a 17% de los estudiantes respondieron que han experimentado nada de temor o preocupación a fallecer, 77 que equivale al 83% si experimentaron temor o preocupación. 6 que equivale al 6% en el ítem correspondiente a si ha experimentado temor o preocupación a que fallezca alguna persona allegada contestó que no han experimentado nada de temor o preocupación, por otra parte, 87 que equivale al 94% si lo habían experimentado. 12 que equivale a un 13% referente a perder el trabajo o tener dificultades económicas no han experimentado nada de temor o preocupación, 81 que equivale al 87% si había experimentado temores y preocupaciones. Y por último 8 que equivale al 9% no habían experimentado nada de temor o preocupación a que pierda el trabajo o tenga dificultades económicas alguna persona allegada, 85 que equivale al 91% si ha experimentado mucho temor o preocupación.

INTERPRETACIÓN:

Se pudo evidenciar que con referencia a si habían experimentado diversos temores y preocupaciones, en cada uno de los ítems solo un mínimo porcentaje de los estudiantes no habían experimentado nada de temores y preocupaciones, mientras tanto una gran parte de los estudiantes si lo habían experimentado por lo menos un poco. De esta manera se puede

indicar que los temores más recurrentes fueron a que fallezca alguna persona allegada, seguido por el temor y preocupación a contagiarse; cabe también destacar que el porcentaje menor de temor y preocupación fue a fallecer, lo que significa que experimentaron una situación incierta, propia del contexto de pandemia, que es indefinida y que no permite planificación, lo que causa incertidumbre respecto al futuro próximo y de mediano plazo o mucha impotencia por tanta gente enferma y miedo por todos y no saber cuándo va a terminar esto además en algunas personas un sentimiento de impotencia, resignación, desconcierto, de falta de control sobre la situación.

Cuadro 18. Situación en relación con la pandemia

Nivel de información con el COVID-19

0= Nada informado/a;

1= Poco informado/a;

2= Informado/a;

3= Muy informado/a;

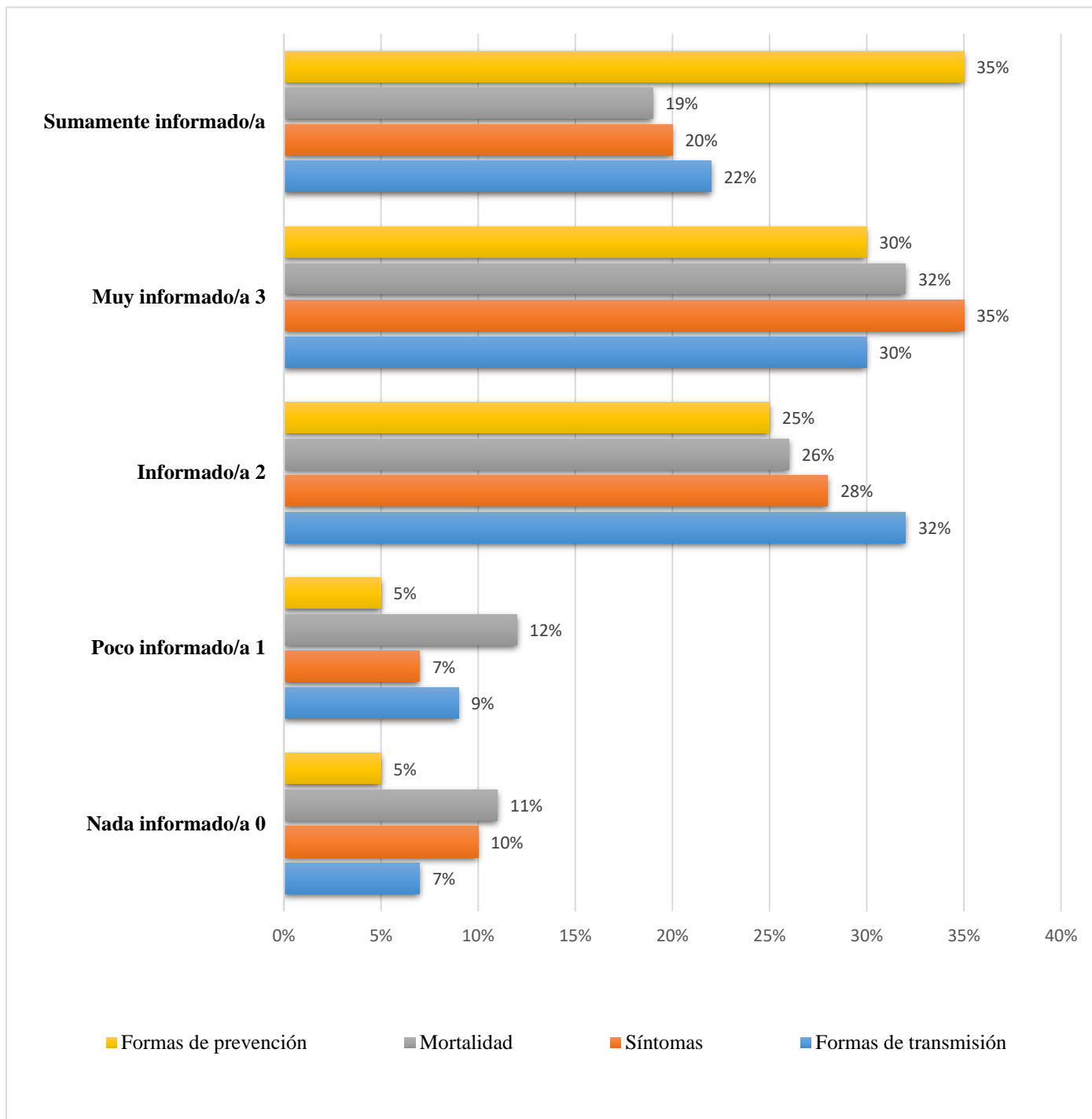
4= Sumamente informado/a.

Ítems	0	1	2	3	4
Formas de transmisión	7%	9%	32%	30%	22%
Síntomas	10%	7%	28%	35%	20%
Mortalidad	11%	12%	26%	32%	19%
Formas de prevención	5%	5%	25%	30%	35%

Fuente: Estudiantes de la carrera de Psicopedagogía

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

Gráfico 18. Situación en relación con la pandemia



Fuente: Cuadro N°18

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

ANÁLISIS:

Siguiendo con el apartado sobre la pandemia con respecto al nivel de información con el COVID-19, se puede observar que, del total de la población, 93 estudiantes que constituye el 100%, 15 que equivale al 16% se sentían poco y nada informados en cuanto a las formas de transmisión de la COVID-19, mientras 78 que equivale al 84% informado. 15 que equivale al 17% poco y nada informados con respecto a los síntomas y el 78 que equivale al 83% restantes tienen un mayor nivel de información sobre síntomas de la COVID-19. 21 que equivale al 23% se sentían poco y nada informados sobre la mortalidad, y 72 que equivale al 77% tenían un mayor nivel de información. Y por último 10 que equivale al 10% se sentían informados sobre las formas de prevención, mientras 83 que equivale al 90% siendo el porcentaje más alto la muestra se sentía más informada con respecto a este ítem.

INTERPRETACIÓN:

Se pudo evidenciar que gran parte de la población si se sentían entre informados y sumamente informados sobre los diversos aspectos de la COVID-19. Se puede destacar que con respecto a las formas de prevención es donde más se sentían informados, seguido por las formas de prevención. Lo que favorece que la población pueda reducir las probabilidades de infectarse y mitigar la propagación de la nueva enfermedad por el coronavirus, también les ayudó tomar decisiones y adoptar comportamientos positivos para protegerse a sí mismas y a sus seres queridos.

Cuadro 19. Situación en relación con la pandemia

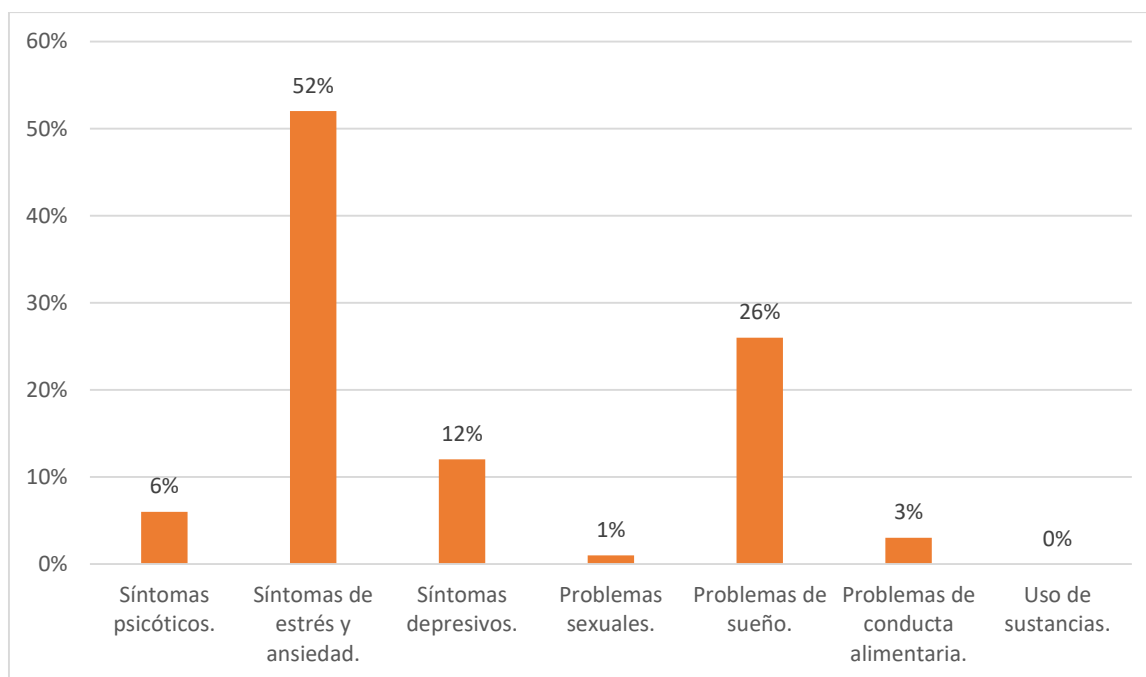
Problemas que han requerido atención psicológica durante el confinamiento

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Síntomas psicóticos.	6	6%.
Síntomas de estrés y ansiedad.	48	52%
Síntomas depresivos.	11	12%
Problemas sexuales.	1	1%
Problemas de sueño.	24	26%
Problemas de conducta alimentaria.	3	3%
Uso de sustancias.	0	0%

Fuente: Estudiantes de la carrera de Psicopedagogía

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

Gráfico 19. Situación en relación con la pandemia



Fuente: Cuadro N°19

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

ANÁLISIS:

Siguiendo con el mismo apartado sobre la pandemia con respecto a los problemas que han requerido atención psicológica durante el confinamiento, se puede observar que, del total de la población, 93 estudiantes que constituye el 100%, 6 que equivale a un 6% de la población

señaló síntomas psicóticos, 48 que equivale al 52% corresponde a síntomas de estrés y ansiedad, 11 que equivale a un 12% síntomas depresivos, 1 que equivale al 1% problemas sexuales, 24 que equivale al 26% problemas de sueño, 3 que equivale al 3% problemas de conducta alimentaria y 0 que equivale a un 0% uso de sustancias.

INTERPRETACIÓN:

Se pudo evidenciar que el mayor porcentaje a problemas que han requerido atención psicológica durante el confinamiento es el de síntomas de estrés y ansiedad, seguidos por problemas de sueño, lo que determina las medidas de bioseguridad impuesto por las autoridades y el sentimiento de amenaza de enfermar y ante la necesidad de adaptarse al nuevo contexto educativo sin clases presenciales provocó esta sintomatología.

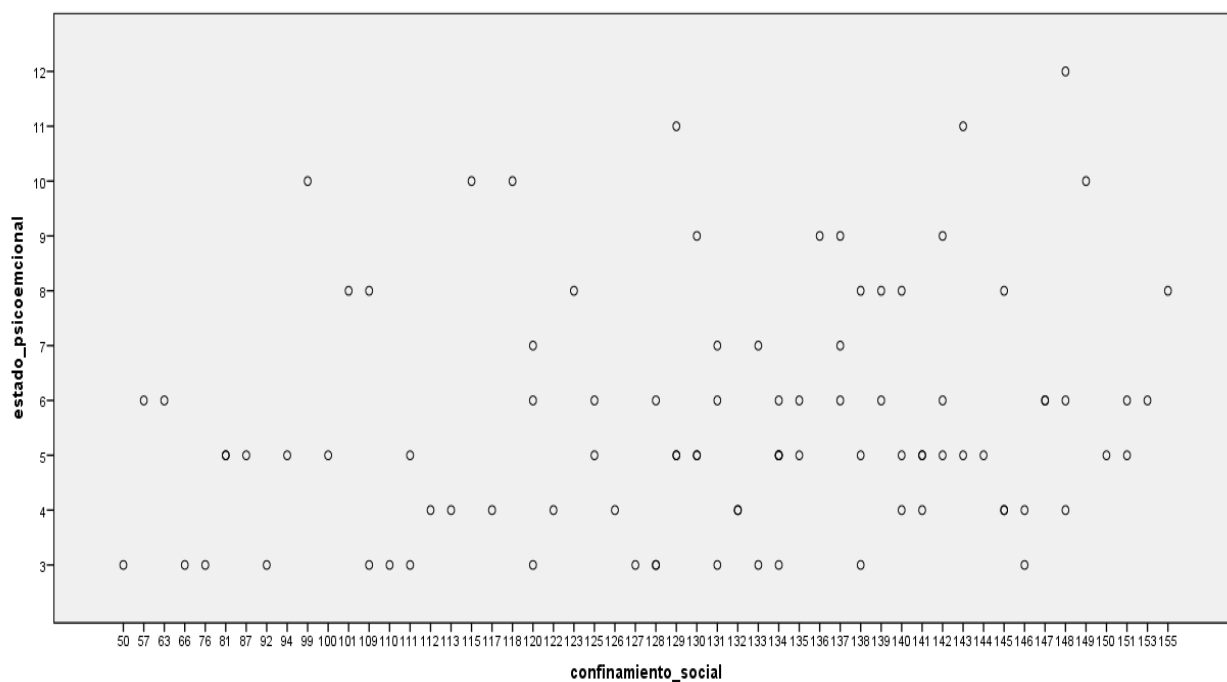
Cuadro 20. Correlación de variables

		Estado Psicoemocional	Confinamiento Social
estado_psicoemocional	Correlación de Pearson	1	.195
	Sig. (bilateral)		.063
	N	92	92
confinamiento_social	Correlación de Pearson	.195	1
	Sig. (bilateral)	.063	
	N	92	92

Fuente: Estudiantes de la carrera de Psicopedagogía

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

Gráfico 20. Correlación de variables



Fuente: Cuadro N°20

Elaborado por: Doménica Tapia, David Vilema

ANÁLISIS:

Por medio del programa estadístico SPSS, se conoció una correlación de Pearson, donde el coeficiente correlación es de 0,195**, con una significancia bilateral de 0,063

INTERPRETACIÓN:

Se observó que existe una correlación positiva entre la variable Estado Psicoemocional y Confinamiento Social, sin embargo, no evidencia una relación significativa de acuerdo a la significancia bilateral debido a que es superior a 0,05 del requerido para validar la correlación entre ambas variables.

Conclusiones

- Se analiza que durante el proceso de confinamiento social por periodo de emergencia sanitaria COVID-19; la mayoría de los estudiantes presentan cambios conductuales y emocionales destacándose particularmente, la preocupación por perder seres queridos, cambios de humor, problemas de sueño, de igual forma en relación a hábitos y conductas de consumo, los estudiantes aumentan el uso de redes sociales e incrementa el uso de videojuegos y disminuyen la realización de ejercicio físico. Por último, con referencia a si experimentan diversos temores y preocupaciones, gran parte manifiestan miedo, los temores más recurrentes son que fallezca alguna persona allegada, a contagiarse. En general se evidencia que una gran proporción de casos experimenta un empeoramiento en su comportamiento, donde las modificaciones en las conductas son producidas en conjunción con la situación actual de pandemia y de medidas de distanciamiento social.
- Se establece que en la dimensión de Ansiedad predomina un nivel de ansiedad esperada, es decir que no tienen patrones anormales de estrés ni reacciones poco comunes; por otro lado, la minoría tiene un nivel clínicamente significativo y extremo, quienes se sienten temerosos, con posible exceso de preocupaciones, presentan debilitamiento de la energía emocional afectando a la toma de decisiones y emisión de juicio. En la dimensión de Depresión la mayoría tiene un nivel mínimo, presentando cierta pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades placenteras y aumento de la fatigabilidad, sin embargo, pocos manifestaron nivel moderado y grave, los cuales sienten una considerable angustia o agitación, conjuntamente con pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de inutilidad o de culpa, acompañados con síntomas somáticos y el riesgo de suicidio puede verse en algunos casos. Finalmente, en la dimensión de hostilidad prevalece un nivel medio bajo, teniendo la capacidad de control ante las circunstancias estresantes y baja frecuencia con la que expresan su ira de forma irracional, pero no se

descarta que presenten respuestas agresivas influidas por el sesgo de entorno social, en cambio, pocos presentaron un nivel medio alto y alto, presentando dificultades para abordar las situaciones sociales, al no ser capaces de manejar sus emociones y así mostrando más conductas agresivas.

- Se logra identificar que existe una correlación positiva entre la variable Confinamiento Social y Estado Psicoemocional, sin embargo, no evidencia una relación significativa de acuerdo a la significancia bilateral debido a que es superior a 0,05 del requerido para validar la correlación entre ambas variables.

Recomendaciones

- Mantener rutinas saludables en la medida de lo posible, a través de la creación de horarios para cada actividad que realiza en el día como puede ser, para levantarse de la cama, acostarse, horarios de comida, trabajar, el ocio, etc., esto permitirá ayudar a la regulación emocional y la protección de la salud manteniendo hábitos de consumo y conductas saludables. Adicionalmente en dichas rutinas implementa actividades que les permita estar activos mentalmente como la lectura, música, y físicamente mediante algún tipo de ejercicio físico o baile constituyen unas excelentes estrategias para regular las emociones y el cuerpo.
- Realiza talleres virtuales sobre Inteligencia Emocional, desarrollando temas como autoconocimiento y autorregulación emocional, donde aprendan aceptar y entender las reacciones emocionales disfóricas como: ansiedad, preocupación, desesperanza, incertidumbre, irritabilidad etc., debido a que por el estado de emergencia que están viviendo está dentro de lo esperable que manifiesten dichos sentimientos. Habrá excepción si son demasiado intensas, perduran demasiados días, o interfieren con el funcionamiento diario a nivel laboral, familiar, en relaciones de amistad, se tornan desadaptativas y quizá requieran de ayuda de profesionales sanitarios.
- Mantenerse, en contacto con las personas queridas y de confianza, de las que se recibe afecto o compañía es una de las mejores estrategias para afrontar una situación de confinamiento como esta, será más útil si se utilizan medios que permiten una comunicación cara a cara como videollamadas. A si también es primordial dar apoyo social, puede resultar de interés brindar soporte a otras personas que lo necesitan como a personas mayores o que están solas, ya que puede ser tan beneficioso para uno mismo como para la persona que recibe la ayuda. Finalmente, participar, de algún modo, en actividades comunitarias puede constituir, en algunas personas, una forma de aliviar el aislamiento: conversaciones desde ventanas, aplausos, música, etc.

Referencias Bibliográficas

- Abate, C., Urtecho, Ó., & Agüero, M. (2020). Efectos psicológicos del confinamiento social por COVID-19 en la población hundareña. *Revista Ciencia y Tecnología*, 21-33.
- Acuñas, M., Bermúdez, C., Lago, E., Vilavedra, A., Marín, N., & Ibarra, O. (2010). Perfiles en hostilidad e impulsividad de una muestra de pacientes con trastorno límite de la personalidad en terapia dialectico-conductual. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 523-532.
- Álvarez, M., Atienza, G., Ávila, M., González, A., Guitián, D., Heras, E., . . . Triñanes, Y. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Galicia: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.
- Andrade, M., Campo, D., Díaz, V., Flórez, D., Mayorca, L., Ortiz, M., . . . Yosa, P. (2020). Descripción de las características psicológicas relacionadas con la salud mental en la situación de emergencia de salud pública originada por el COVID-19. Universidad Cooperativa de Colombia.
- APA, A. A. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. España: Médica Panamericana.
- Apaza, C., Roberto, C., & Santa-Cruz, J. (2020). Factores psicosociales durante el confinamiento por el Covid-19 – Perú. *Revista Venezolana de Gerencia*, 402-410.
- Aromi, D., Bonel, M., Cristia, J., Llada, M., Pereira, J., Pulido, X., & Santamaria, J. (2020). Las políticas de distanciamiento social y movilidad en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo.

- Asprona, T. (2020). Confinamiento y Aislamiento. Plena inclusión España.
- Barriguet Meléndez, J. A., Vega y León, S., Radilla Vázquez, C. C., Barquera Cerver, S., Hernández Nava, L., Rojo Moreno, . . . Murillo, E. (2017). Hábitos alimentarios, actividad física y estilos de vida. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, 23-33.
- Cárdenas, E., Feria, M., Palacios, L., & Peña, F. (2010). Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en niños y adolescente. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Funete Muñiz.
- Carina, R. G. (2020). Hábitos de actividad física y estado de salud durante la pandemia por COVID-19. Revista Espacios, 1-10.
- Carrasco, M., & González, M. (2016). Aspectos Conceptuales de la Agresión: Definición y Modelos Explicativos. Acción Psicológica, 7-38.
- Casimiro, J., Benites, J., Sánchez, F., Flores, V., & Albino, F. (2020). Percepción de la conducta por aislamiento social obligatorio en jóvenes universitarios por Covid-19. Revista Conrado, 74-80.
- CIE-10, O. P. (2008). CIE-10 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Washington, D.C: Programa de Publicaciones de la OPS.
- Cifuentes, A., & Navas, A. (2020). Confinamiento Domiciliario por Covid-19 y la Salud Mental de Niños y Adolescentes en la Población Ecuatoriana, Pontificia Universidad Católica Del Ecuador.

- Erades, N., & Morales, A. (2020). Impacto psicológico del confinamiento por la COVID-19 en niños españoles: un estudio transversal. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 27-34.
- Fernandez, E., García, B., Jiménez, P., Martín, D., & Domínguez, F. (2013). *Psicología de la Emoción*. Madrid: Universitaria Ramón Areces S.A.
- García, B., Nogueras, V., Muñoz, F., & Morales, J. (2011). *Guía Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria*. Málaga: Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Universitario "Carlos Haya".
- Lacovella, J., & Troglia, M. (2013). La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares. *Psico-USF*, 53-61.
- Lazcano, I., & Madariaga, A. (2016). *El Valor del Ocio en la Sociedad Actual*. Instituto de Estudios de Ocio - Universidad de Deusto, 15-33.
- Medina, R., & Jaramillo, L. (2021). El COVID-19: Cuarentena y su Impacto Psicológico en la población. *SciELO* , 1-12.
- Ministerio de Sanidad de España. (2020). *COVID-19 en distintos entornos y grupos de personas*. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, 1-31.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. México, D.F. : Editorial El Manual Moderno .
- Moscoso, M. (2010). La hostilidad: Sus efectos en la salud y medición psicométrica en Latinoamérica. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 75-90.

- Navas, W., & Vargas, M. (2012). Trastornos de Ansiedad: Revisión Dirigida Para Atención Primaria. *Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica*, 497-507.
- OMS. (Noviembre de 2020). Organización Mundial de la Salud.
- Palmero, F., Diéz, J., Diago, J., Moreno, J., & Oblitas, L. (2010). Hostilidad Psicofisiología y Salud Vascular. *Suma Psicología*, 23-50.
- Parlamento Andino. (2021). Principales medidas adoptadas por el gobierno ecuatoriano frente a la emergencia provocada por la COVID-19. Ecuador.
- Pérez Rodrigo, C., Gianzo Citores, M., Hervás Bárbara, G., Ruiz Litago, F., Casis Sáenz, L., & Aranceta Bartrina, J. (2020). Cambios en los hábitos alimentarios durante el periodo de confinamiento por la pandemia COVID-19 en España. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 26-43.
- Portero Alférez, N. (2020). Las redes sociales y la COVID-19. *Instituto Español de Estudios estratégicos*, 4.
- Posso Pacheco, R. J., Otañez Enríquez, J. M., Paz Viteri, S., Ortiz Bravo, N. A., & Núñez Sotomayor, L. (2020). Por una Educación Física virtual en tiempos de COVID. *Revista PODIUM*, 705-716.
- Ramírez, A., Cárdenas, P., Martínez, P., Yambay, X., Mesa, I., Minchala, R., Arcos, F. (2020). Impacto psicológico del confinamiento por COVID-19 hacia un nuevo constructo clinimétrico ansioso-depresivo en mujeres adultas de Azogues. *revista AVTF*, 923-933.
- Reynolds, C., Richmond, P., & Lowe, P. (2012). Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos AMAS. Mexico: Manual Moderno S.A.

- Rico Gallegos, J., Poblete Valderrama, F., Carrillo Sánchez, J., Vargas Esparza, G., Rico Gallegos, C., & Mena Quintana, B. (2020). Hábitos de actividad física y estado de salud durante la pandemia por COVID-19. *ESPACIOS*, 1-10.
- Rodríguez, P. (2008). *Ansiedad y Sobreactivación*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer, S.A.
- Rojas, E. (2014). *Cómo superar la ansiedad*. Barcelona: © Editorial Planeta, S. A.
- Rolando, O., & Vásquez, G. (2020). Salud Mental, Confinamiento y Preocupación por el Coronavirus. *Revista Interamericana de Psicología*.
- Sánchez, I. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. *MEDISAN*, 123-141.
- Sánchez, A. R., & Fuente, V. (2020). COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? *Asociación Española de Pediatría.*, 73-74.
- UNESCO. (2020). Diagnóstico del potencial de las redes sociales como recurso didáctico en el proceso de enseñanza en época de aislamiento social. *Revista Espacios*, 260-268.
- UNICEF. (2020). Encuesta de Percepción y Actitudes de la Población. Impacto de la pandemia COVID-19 y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana. UNICEF, 2.
- Vasylenko, O., Komar, T., Piilishek, S., Posvistak, O., & Potapchuk, Y. (2020). Diagnóstico de estados psicoemocionales negativos en estudiantes. *Revista Romaneasca pentru Educatie Multidimensionala*, 39-52.

- Vicente Herrero, T., Ramírez Iñiguez, V., & Rueda Garrido, J. C. (2020). Criterios de Vulnerabilidad Frente a Infección COVID-19 en Trabajadores. Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo, 1-18.
- Villacís, G., & Brito, M. (2020). Las Redes Sociales En Tiempos De Covid-19. Portal de Noticias USFQ.
- Wang, C., & Pan, R. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Wilfredo, M., Carranco, D., & Cevallos, D. (2015). Determinación de niveles de agresividad en comentarios de la red social Facebook por medio de Minería de Texto. *Revista "GEEKS"*, 19-24.

Anexos

Instrumentos de recolección de datos

Variable Confinamiento Social

CUESTIONARIO-CONFINAMIENTO SOCIAL

A) Percepción de cambios personales

1. Durante el confinamiento, y relacionando con su vida antes del confinamiento, ¿en qué medida cree que has sufrido cambios en correspondencia a los siguientes aspectos?

PARÁMETROS Y/O ESCALA

1= Ha disminuido mucho

2= Ha disminuido un poco

3= Permanece igual

4= Se ha incrementado medianamente

5= Se ha incrementado mucho

ITEMS	1	2	3	4	5
Malestar general a nivel psicológico.					
Dificultades para concentrarse.					
Facilidad para desconectar de las preocupaciones.					
Incertidumbre.					
Ataques de angustia y ansiedad.					
Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave (COVID-19 u otras).					
Tendencia a no querer pensar y no hablar de los problemas.					
Sentimientos depresivos, pesimistas o de desesperanza.					
Sentimientos de culpa.					
Ideas de hacerse daño.					
Miedo de perder a seres queridos.					
Sentimientos de soledad.					
Irritación o enfado.					
Cambios de humor.					

Agobio por la cantidad de mensajes o llamadas.					
Pensamientos de que todo esto que está pasando no es real.					
Problemas con las relaciones sexuales.					
Problemas de sueño.					
Capacidad para tomar decisiones y resolver problemas.					
Sentimientos de confianza y optimismo.					
Sentimientos de tranquilidad, serenidad, relajación.					
Sentimientos de vitalidad y energía.					
Disposición a ayudar a otros (donaciones a ONG, familiares, etc.).					
Sentimientos o prácticas religiosas o espirituales.					
Síntomas físicos sin clara relación con una enfermedad médica (p.ej. sudores, tensión muscular, dolores de cabeza, dificultad para respirar, malestar gástrico...).					
Problemas de salud física (diagnóstico de una enfermedad física o agravamiento de una ya existente).					

B) Hábitos y actividades

2 ¿En qué medida ha cambiado sus actitudes comportamentales durante el confinamiento?

PARÁMETROS Y/O ESCALA

1= Ha disminuido mucho

2= Ha disminuido un poco

3= Permanece igual

4= Se ha incrementado medianamente

5= Se ha incrementado mucho

ITEMS	1	2	3	4	5
Consumo de tabaco.					
Consumo de drogas.					
Consumo de bebidas alcohólicas.					
Consumo de medicamentos para problemas de salud física.					

Consumo de medicamentos para problemas de salud psicológica.					
Consumo de alimentos hipercalóricos.					
Tiempo viendo la televisión.					
Uso de redes sociales.					
Uso de videojuegos.					
Apuestas online.					
Realización de ejercicio físico.					

C) Situación en relación con la pandemia

3. ¿Pertenece a un grupo de riesgo? (Sí /No)

4. Durante el confinamiento, ¿convives o conviviste con personas pertenecientes a grupos de riesgo? (Sí / No)

5. Durante el confinamiento, ¿convives o conviviste con personas que están expuestas al virus (por ejemplo, personal sanitario, fuerzas de seguridad, bomberos/as, etc.)? (Sí / No)

6. Ha tenido síntomas compatibles con COVID-19 en algún momento? Selecciona una de las siguientes alternativas:

- No he tenido síntomas compatibles con los de la COVID-19.
- He tenido síntomas compatibles con los de la COVID-19, pero no me han hecho un test que confirme el diagnóstico.
- He tenido un diagnóstico de COVID-19, pero no me han hospitalizado.
- He estado hospitalizado/a con diagnóstico de COVID-19.
- ¿Alguna de las personas que conviven o convivieron con usted durante el periodo de confinamiento ha tenido síntomas compatibles con COVID-19 en algún momento? Señale una de las siguientes alternativas:
 - No han tenido síntomas compatibles con los de la COVID-19.
 - Han tenido síntomas compatibles con los de la COVID-19, pero no les han hecho un test que confirme el diagnóstico.
 - Han tenido un diagnóstico de COVID-19, pero no han sido hospitalizados/as.
 - Han estado hospitalizados/as con diagnóstico de COVID-19.
 - alguna persona que convivía conmigo ha fallecido con COVID-19.

7. ¿En qué medida ha experimentado preocupaciones y temores en las siguientes situaciones por la COVID-19?

PARÁMETROS Y/O ESCALA

- 0= Nada
 1= Poca
 2= Moderadamente
 3= Mucho

ITEMS	0	1	2	3
A contagiarme.				
A que se contagie alguna persona allegada (familiar o amigo/a).				
A fallecer				
A que fallezca alguna persona allegada (familiar o amigo/a).				
A perder el trabajo o tener dificultades económicas.				
A que pierda el trabajo o tenga dificultades económicas alguna persona allegada (familiar o amigo/a).				

8. ¿En qué medida te sientes informado/a sobre los siguientes aspectos relacionados con la COVID-19?

PARÁMETRO Y/O ESCALA: 0 a 5

- 0= Nada informado/a
 1= Poca informado/a
 2= Informado/a
 3= Muy informado/a
 4= Sumamente informado/a

ITEMS	0	1	2	3	4
Formas de transmisión					
Síntomas					
Mortalidad					
Formas de prevención					

9. Durante estas semanas de confinamiento, ¿has salido de casa?

Selecciona la opción que mejor represente tu situación:

- He estado todo el tiempo en casa sin salir.
- He salido solo para lo que está permitido (trabajo, compras de primera necesidad, farmacia, asistir a una persona necesitada, etc.).
- He infringido/ no he cumplido con las disposiciones/ sugerencias de las autoridades.

10. ¿Has tenido conflictos con las personas con las que convives o con allegados/as con no cumplir con las medidas de prevención y confinamiento? (Sí/No)

11. Durante el confinamiento, ¿has necesitado ayuda profesional de tipo psicológico? (Sí/No)

- Sí.
- No.

12. ¿Cuál es el problema o problemas para el/los que has necesitado ayuda psicológica? (multirrespuesta)

- Síntomas psicóticos.
- Síntomas de estrés y ansiedad.
- Síntomas depresivos.
- Problemas sexuales.
- Problemas de sueño.
- Problemas de conducta alimentaria.
- Uso de sustancias.

Variable Estado Psicoemocional

CUESTIONARIO MODIFICADO DE AGRESIVIDAD BUSS-DURKEE

INSTRUCCIONES

En las siguientes páginas se le presenta una serie de frases sobre el modo como UD se comporta, como UD se siente. Después de leer cada frase, debe decidir con una C= "CIERTO" o con un F= "FALSO" a aquella que represente su modo de actuar o sentir usualmente. Trate de responder rápidamente y no emplee mucho tiempo en cada frase; queremos su primera reacción, no un proceso de pensamiento prolongado.

ASEGURESE DE NO OMITIR ALGUNA FRASE.

Ahora trabaje rápidamente y recuerde de contestar todas las frases. **NO HAY CONTESTACIONES "CORRECTAS" O "INCORRECTAS"**, sino simplemente una medida de la forma como Ud. Se comporta.

ÍTEMS		C	F
1	Pierdo la paciencia fácilmente, pero la recobro fácilmente.		
2	Cuando desapruero la conducta de mis amigos (as) se los hago saber.		
3	A veces hablo mal de las personas que no me agradan.		
4	De vez en cuando no puedo controlar mi necesidad de golpear a otros.		
5	Siento que no consigo lo que merezco.		
6	Sé de personas que hablan de mí a mis espaldas.		
7	Siempre soy paciente con los demás.		
8	A menudo me encuentro en desacuerdo con los demás.		
9	Nunca me molesto tanto como para tirar las cosas.		
10	No tengo ninguna buena razón para golpear a los otros.		
11	Otra gente parece que lo obtiene todo.		
12	Me mantengo en guardia con gente que de alguna manera es más amigable de lo que esperaba.		
13	Soy más irritable de lo que la gente cree.		
14	No puedo evitar entrar en discusiones cuando la gente no está de acuerdo conmigo.		
15	Cuando me molesto, a veces tiro las puertas.		
16	Si alguien me golpea primero, le respondo de igual manera y de inmediato		
17	Cuando recuerdo mi pasado y todo lo que me ha sucedido, no puedo evitar sentirme resentido (a).		
18	Creo que le desagrado a mucha gente.		
19	Me "hierve" la sangre cada vez que la gente se burla de mí.		
20	Yo exijo que la gente respete mis derechos.		
21	Nunca hago bromas pesadas.		
22	Quien sea que insulte a mi familia o a mí, está buscando pelea.		
23	Casi todas las semanas encuentro a alguien que me desagrada.		
24	Hay mucha gente que me tiene envidia		
25	Si alguien no me trata bien, no permito que eso me moleste.		

26	Aun cuando estoy enfurecido no hablo lisuras (sinceridad o falta de fingimiento).		
27	A veces hago mal las cosas cuando estoy enojado (a).		
28	Quien continuamente me molesta, está buscando que le agrede		
29	Aunque no lo demuestre, a vece siento envidia		
30	A veces tengo la sospecha de que se ríen de mí		
31	A veces me molesta la sola presencia de la gente		
32	Si alguien me molesta estoy dispuesto (a) a decirle lo que pienso		
33	A veces dejo de hacer las cosas cuando no consigo lo que quiero		
34	Pocas veces contesto, aunque me golpeen primero		
35	No sé de alguien a quien odie completamente		
36	Mi lema es "nunca confiar en extraños"		
37	A menudo me siento como "pólvora a punto de estallar"		
38	Cuando la gente me grita, les grito también		
39	Desde los 10 años no he tenido una rabieta		
40	Cuando verdaderamente pierdo la calma, soy capaz de cachetear a alguien		
41	Si permito que los demás me vean como soy, seré considerado difícil de llevar		
42	Comúnmente pienso, que razón oculta tendrán para hacer algo bueno por mí		
43	A veces me siento "acalorado" (a) y de mal genio		
44	Cuando me molesto digo cosas desagradables		
45	Recuerdo que estuve tan amargo que cogí lo primero que encontré a mano y lo rompí		
46	Peleo tanto como las demás personas		
47	A veces siento que la vida me ha tratado mal		
48	Solía pensar que la mayoría de la gente decía la verdad, pero ahora sé que estoy equivocado (a)		
49	No puedo evitar ser rudo (a) con la gente que no me agrada		
50	No puedo poner a alguien en su lugar, aún si fuese necesario		
51	A veces demuestro mi enojo golpeando la mesa		
52	Si tengo que recurrir a la violencia física para defender mis derechos, lo hago		
53	Aunque no lo demuestre, me siento insatisfecho (a) conmigo mismo (a)		
54	No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño		
55	No permito que muchas cosas sin importancia me irriten		
56	A menudo hago amenazas que no cumplo		
57	Cada vez que estoy molesto (a) dejo de hacer las tareas de mi casa		
58	Sé de personas que por molestarme, me han obligado a usar la violencia		
59	Hay personas a quienes les guardo mucho rencor		
60	Raramente siento que la gente trata de amargarme o insultarme		
61	Últimamente he estado algo malhumorado		
62	Cuando discuto tiendo a elevar la voz		
63	Me desquito una ofensa negándome a realizar las tareas		
64	Quienes me insultan sin motivo, encontrarán un buen golpe		
65	No puedo evitar ser tosco con quienes trato		
66	He tenido la impresión de que ciertas personas me han tratado de sacar provecho		
67	Me irrita rápidamente cuando no consigo lo que quiero		
68	Generalmente oculto la pobre opinión que tengo de los demás		

69	Cuando me molestan me desquito con las cosas de quienes me desagradan		
70	Quien se burla de mis amigos (as) se enfrentará a golpes conmigo		
71	Me duele pensar que mis padres no hicieron lo suficiente por mí		
72	A veces desconfío de las personas que tratan de hacerme un favor		
73	Tiendo a irritarme cuando soy criticado		
74	Prefiero ceder en algún punto de vista antes de discutir		
75	Con mis amigos acostumbro a burlarme de quienes no me agradan		
76	No hay otra manera de librarse de los sujetos, más que empleando la violencia		
77	Siento que los continuos fracasos en la vida, me han vuelto rencoroso (a)		
78	Hay momentos en los que siento que todo el mundo está contra mí.		
79	Soy de las personas que se exasperan ante la menor provocación		
80	Tiendo a burlarme de las personas que hacen mal su trabajo		
81	Demuestro mi cólera pateando las cosas		
82	La mejor solución para colocar a alguien "en su lugar" es enfrentándolo a golpes.		
83	Siento que no he recibido en la vida todas las recompensas que merezco		
84	Siento que existe mucha hipocresía entre la gente		
85	A veces me irritan las acciones de algunas personas		
86	Evito expresar lo que siento ante personas que me desagradan		
87	No soy de las personas que se desquitan una ofensa con las cosas de la gente		
88	Soy una persona que tiende a meterse en líos		
89	Comparado con otros, siento que no soy feliz en esta vida		
90	Pienso que las personas que aparentan amistad conmigo, son desleales en mi ausencia		
91	Se necesita mucho para irritarme		

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, SEÑALE CUÁL DE LAS AFIRMACIONES DE CADA GRUPO DESCRIBE MEJOR CÓMO SE HA SENTIDO DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EN EL DÍA DE HOY.

<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me siento triste<input type="radio"/> Me siento triste.<input type="radio"/> Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.<input type="radio"/> Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.<input type="radio"/> Me siento desanimado respecto al futuro.<input type="radio"/> Siento que no tengo que esperar nada.<input type="radio"/> Siento que el futuro es desalentador y las cosas no mejorarán.
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me siento fracasado.<input type="radio"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.<input type="radio"/> Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.<input type="radio"/> Me siento una persona totalmente fracasada.
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Las cosas me satisfacen tanto como antes.<input type="radio"/> No disfruto de las cosas tanto como antes.<input type="radio"/> Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.<input type="radio"/> Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me siento especialmente culpable.<input type="radio"/> Me siento culpable en bastantes ocasiones.<input type="radio"/> Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.<input type="radio"/> Me siento culpable constantemente.
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No creo que esté siendo castigado.<input type="radio"/> Me siento como si fuese a ser castigado.<input type="radio"/> Espero ser castigado.<input type="radio"/> Siento que estoy siendo castigado.
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No estoy decepcionado de mí mismo.<input type="radio"/> Estoy decepcionado de mí mismo.<input type="radio"/> Me da vergüenza de mí mismo.<input type="radio"/> Me detesto.
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me considero peor que cualquier otro.<input type="radio"/> Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.<input type="radio"/> Continuamente me culpo por mis faltas.<input type="radio"/> Me culpo por todo lo malo que sucede.
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No tengo ningún pensamiento de suicidio.<input type="radio"/> A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.<input type="radio"/> Desearía suicidarme.<input type="radio"/> Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No lloro más de lo que solía llorar.<input type="radio"/> Ahora lloro más que antes.<input type="radio"/> Lloro continuamente.<input type="radio"/> Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No estoy más irritado de lo normal en mí.<input type="radio"/> Me molesto o irrito más fácilmente que antes.<input type="radio"/> Me siento irritado continuamente.<input type="radio"/> No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No he perdido el interés por los demás.

<ul style="list-style-type: none"> ○ Estoy menos interesado en los demás que antes. ○ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. ○ He perdido todo el interés por los demás.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. ○ Evito tomar decisiones más que antes. ○ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. ○ Ya me es imposible tomar decisiones.
<ul style="list-style-type: none"> ○ No creo tener peor aspecto que antes. ○ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo. ○ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo. ○ Creo que tengo un aspecto horrible.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Trabajo igual que antes. ○ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. ○ Tengo que obligarme mucho para hacer algo. ○ No puedo hacer nada en absoluto.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Duermo tan bien como siempre. ○ No duermo tan bien como antes. ○ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. ○ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
<ul style="list-style-type: none"> ○ No me siento más cansado de lo normal. ○ Me canso más fácilmente que antes. ○ Me canso en cuanto hago cualquier cosa. ○ Estoy demasiado cansado para hacer nada.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Mi apetito no ha disminuido. ○ No tengo tan buen apetito como antes. ○ Ahora tengo mucho menos apetito. ○ He perdido completamente el apetito.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. ○ He perdido más de 2 kilos y medio. ○ He perdido más de 4 kilos. ○ He perdido más de 7 kilos. ○ Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.
<ul style="list-style-type: none"> ○ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal. ○ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago ○ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más. ○ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
<ul style="list-style-type: none"> ○ No he observado ningún cambio reciente en mi interés. ○ Estoy menos interesado por el sexo que antes. ○ Estoy mucho menos interesado por el sexo. ○ He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN ADULTOS (AMAS)

Para cada afirmación encierre la respuesta en un círculo SEÑALE UNA DE LAS DOS OPCIONES: SI O A SU VEZ NO (EN NINGÚN CASO LAS DOS OPCIONES JUNTAS)

si	no	1. Parecer que los demás hacen las cosas con mayor facilidad que yo.
si	no	2. Me preocupo demasiado por las pruebas o exámenes.
si	no	3. Siento que a los demás les desagrada la forma en que hago las cosas.
si	no	4. Me cuesta trabajo tomar decisiones.
si	no	5. Tengo problemas para conciliar el sueño la noche anterior a una prueba importante.
si	no	6. Estoy preocupado(a) gran parte del tiempo.
si	no	7. Me preocupo incluso por las pruebas breves y poco importantes.
si	no	8. Siempre soy amable.
si	no	9. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal.
si	no	10. Siempre soy educado(a).
si	no	11. No importa cuánto estudie para un examen, nunca es suficiente.
si	no	12. Los demás son más felices que yo.
si	no	13. Me preocupa lo que otros piensen de mí.
si	no	14. Resolver una prueba se me dificulta más a mí que a los demás.
si	no	15. Me preocupa hacer lo correcto.
si	no	16. Siempre soy bueno(a).
si	no	17. En la mayoría de los exámenes, espero que mi calificación será peor de lo que resulta ser.
si	no	18. Me preocupa lo que vaya a suceder
si	no	19. Es frecuente que se me describa como intranquilo(a).
si	no	20. Me es difícil concentrarme en mis estudios.
si	no	21. Siempre soy agradable con todos.
si	no	22. Es fácil que hieran mis sentimientos cuando me llaman la atención.
si	no	23. Sin importar cuánto estudie para un examen, de todos modos me siento nervioso(a).

si	no	24. Siempre digo la verdad.
si	no	25. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no resultan bien para mí.
si	no	26. Con frecuencia me siento solo(a) cuando estoy con otras personas.
si	no	27. Odio tener exámenes.
si	no	28. Nunca me enojo.
si	no	29. Me preocupa cómo me está yendo en mis estudios.
si	no	30. Me preocupo cuando me acuesto a dormir.
si	no	31. Es frecuente que me sienta enfermo(a) antes de una prueba.
si	no	32. Estoy nervioso(a).
si	no	33. Los exámenes me ponen nervioso(a).
si	no	34. Con frecuencia me siento inquieto(a).
si	no	35. Me preocupa el futuro.
si	no	36. Mis músculos se sienten tensos.
si	no	37. Después de un examen, me siento preocupado(a) hasta que me entero de mi resultado.
si	no	38. Me preocupo mucho por el pasado.
si	no	39. Me siento nervioso(a) cuando tengo una prueba, incluso si estoy bien preparado(a).
si	no	40. Es frecuente que me sienta acelerado(a) o intranquilo(a).
si	no	41. Siempre me preocupo por las pruebas o exámenes.
si	no	42. Me siento solo(a) aun cuando estoy acompañado(a) por otras personas.
si	no	43. Es fácil que hieran mis sentimientos.
si	no	44. A veces me preocupo tanto por una prueba que me duele la cabeza.
si	no	45. Es frecuente que sienta mi cuerpo tenso.
si	no	46. Es frecuente que me sienta cansado(a).
si	no	47. En ocasiones noto que mi corazón late con mucha rapidez.
si	no	48. Me simpatizan todas las personas que conozco.
si	no	49. A veces me preocupo acerca por cosas que en realidad no tienen importancia.

Evidencias de estudio de campo

CONFINAMIENTO SOCIAL - Guardado

Preguntas Respuestas 93

Sección 2

A) Percepción de cambios personales

4. Durante el confinamiento, y relacionando con su vida antes del confinamiento, ¿en qué medida cree que has sufrido cambios en correspondencia a los siguientes aspectos?

PARÁMETROS Y/O ESCALA

1= Ha disminuido mucho

2= Ha disminuido un poco

3= Permanece igual

4= Se ha incrementado medianamente

5= Se ha incrementado mucho *

	1	2	3	4	5
Malestar general a nivel psicológico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultades para concentrarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilidad para desconectar de las preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incertidumbre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave (COVID-19 u otras).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tendencia a no querer pensar y no hablar de los problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B) Hábitos y actividades

5. ¿En qué medida ha cambiado sus actitudes comportamentales durante el confinamiento?

PARÁMETROS Y/O ESCALA

1= Ha disminuido mucho

2= Ha disminuido un poco

3= Permanece igual

4= Se ha incrementado medianamente

5= Se ha incrementado mucho *

	1	2	3	4	5
Consumo de tabaco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumo de drogas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumo de bebidas alcohólicas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumo de medicamentos para problemas de salud física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumo de medicamentos para problemas de salud psicológica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumo de alimentos hipercalóricos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiempo viendo la televisión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de redes sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Preguntas

Respuestas **92**

ESTADO PSICOEMOCIONAL

Establecer los niveles de los Estados Psicoemocionales, durante el confinamiento social por periodo de emergencia sanitaria COVID-19 de los estudiantes de la carrera de Psicopedagogía.

Sección 1

1. Apellidos *

2. Nombres *

3. Semestre *

 Cuarto Quinto

-

CUESTIONARIO MODIFICADO DE AGRESIVIDAD BUSS-DURKEE

Trabaje rápidamente. NO HAY CONTESTACIONES "CORRECTAS" O "INCORRECTAS", sino simplemente una medida de la forma como Ud. Se comporta.

4. A continuación se le presenta una serie de frases sobre el modo como UD se comporta, como UD se siente. Después de leer cada frase, debe decidir entre C= "CIERTO" o F= "FALSO" a aquella que represente su modo de actuar o sentir usualmente. Trate de responder rápidamente y no emplee mucho tiempo en cada frase; queremos su primera reacción, no un proceso de pensamiento prolongado. *

	C	F
Pierdo la paciencia fácilmente, pero la recobro fácilmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando desapruedo la conducta de mis amigos (as) se los hago saber.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A veces hablo mal de las personas que no me agradan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De vez en cuando no puedo controlar mi necesidad de golpear a otros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento que no consigo lo que merezco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sé de personas que hablan de mí a mis espaldas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nombres	semestre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	TOTAL	Nivel
BOCANCHO CHAQUINGA EVELYN	Cuarto	2	0	0	1	1	1	0	1	1	1	2	1	0	2	1	1	0	3	0	0	0	19	Leve
CABEZAS MANCERO JOEL NETSAI	Cuarto	0	0	0	1	1	1	0	1	1	3	0	2	1	0	1	1	1	2	0	1	0	17	Leve
Camacho Cárdenas Tiffany Nicole	Cuarto	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	2	0	0	7	Mínima
Caseres Poma Guadalupe Virginia	Cuarto	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	7	Mínima
CASTILLO HEREDIA VANESSA ESTHEFANIA	Cuarto	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	Mínima
Cevallos Morocho Mariuxi Paola	Cuarto	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	9	Mínima
Cevallos Vizueta Joselyn Pamela	Cuarto	2	3	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	2	1	1	1	3	3	26	Moderada
Chicaiza Sánchez Ariel Moisés	Cuarto	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	Mínima
cujilema inga kevin alexis	Cuarto	3	3	3	3	3	2	3	2	1	3	2	1	2	2	3	3	2	0	0	0	3	44	Grave
Guananga Pillajo Mónica Lizbeth	Cuarto	1	2	0	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	32	Grave
Guevara Cifuentes Gabriela Estefania	Cuarto	0	0	0	1	1	0	0	1	0	2	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	10	Mínima
Llangari Martínez Delia Ernesta	Cuarto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	5	Mínima
Llangari Robalino Pablo Jose	Cuarto	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	8	Mínima
LOZANO NUÑEZ PAMELA ELIZABETH	Cuarto	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	9	Mínima	
Mañay Pintag Erika Paulina	Cuarto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Mínima
MELO FUENMAYOR MARÍA ANAHÍ	Cuarto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Mínima
Montachana Caiza Bryan Alexander	Cuarto	1	2	1	0	0	1	3	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	29	Grave
Montero Matute Paola Carolina	Cuarto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	Mínima
Moya Lopez Vicky Alejandra	Cuarto	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	3	1	0	10	Mínima	
Muñoz Maldonado Genesis Sara	Cuarto	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Mínima
Ortiz Guillén Adriana Patricia	Cuarto	0	0	0	1	3	1	0	1	0	2	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	11	Mínima	
Pico Ulloa Leslie Fernanda	Cuarto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Mínima
QUIGUIRI QUISPE ERICK PATRICIO	Cuarto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Mínima
Real Vasconez Maryemilia Dayanara	Cuarto	2	2	1	1	1	1	1	2	1	3	0	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	26	Moderada
Silva Pallo Mercedes Nataly	Cuarto	3	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8	Mínima
Tene Usca Wendi Nicol	Cuarto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	Mínima
Tisalema Tisalema Lisette Estefania	Cuarto	2	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	2	1	0	2	2	1	0	0	1	2	19	Leve
Tituaña Caiza Joselyn Marian	Cuarto	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	Mínima

Apellidos	Nombres	Semestre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	total	nivel
Andrade Mai	César August	Sexto	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	mínima
Bonilla Colch	Edison Arma	Sexto	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	7	mínima
Caluña Cand	Leonela Silvi	Sexto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	mínima
Chávez Cald	Yolanda Fabi	Sexto	2	0	0	1	1	0	0	0	1	2	1	1	2	0	1	1	1	0	0	1	3	18	leve
Chimba Chin	Steeven And	Sexto	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4	mínima	
Guambo Vall	Diana Caroli	Sexto	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	2	0	0	6	mínima	
Guaranga Ve	Evelyn Esthe	Sexto	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	1	0	1	3	2	1	15	leve	
Inguillay Bus	Alexandra Gi	Sexto	1	1	0	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	18	leve
Llangari Can	Elvia Rocio	Sexto	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	6	mínima
Massón Ulcu	Lisbeth aleja	Sexto	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	7	mínima	
montero bar	santiago fabi	Sexto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	mínima	
mora gaviler	erik lenadro	Sexto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	mínima
Moyota Verenisse	Sexto	2	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	10	mínima	
Pilamunga C	Bianca Mariu	Sexto	0	1	1	1	2	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	14	leve
quevedo cha	melany lizet	Sexto	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	7	mínima
Sarabia Legu	Shirley Jann	Sexto	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	mínima
SISA NAÑO	MAYRA SISA	Sexto	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	12	mínima
Solis Vera	Solange Isab	Sexto	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	mínima
Zambrano Hi	Johana Alex	Sexto	2	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	12	mínima

Zoom Reunión Usted está viendo la pantalla de David Vilema Ver Opciones

Grabando

Participantes (40)

Buscar un participante

Dome Tapia (Yo)

ce_psicopedago... (Anfitrión)

DV David Vilema

Alexis Ramos

AT Arleth Tonaño

Briggete Peñafiel

C Camila

CM Carmen Malan

CC Carolina Caiza

Catherine Adriano

CB Cristian Bernardi

Daniel Jijon

Elva Amaguaña

GS Geomayra Sangopanta

Invitar Reactivar mi audio

Forms CONFINAMIENTO SOCIAL - Guardado

Vista previa Tema Compartir

Enviar y recopilar respuestas

Solo las personas de mi organización pueden resp...

https://forms.office.com/Pages/Response.aspx?auth_pvr=Oxjld&auth_upn=david.vilema%40unach.edu.ec&lang=es-EC&origin=OfficeDotCom&route=StartFormId=dV4oP... Copiar

Acortar URL

Compartir como plantilla

+ Obtener un vínculo para duplicar

Compartir para colaborar

+ Obtener un vínculo para ver y editar

Cancelar silenciar ahora Detener video

Participantes 40 Chat Compartir pantalla Grabar Reacciones Salir

Escribe aquí para buscar

18:32 8/4/2021

UNACH - Calendario Vista mensual x CONFINAMIENTO SOCIAL: Editar x REGISTRO DE RESULTADOS DE L... x Iniciar reunión - Zoom x

forms.office.com/Pages/DesignPage.aspx?auth_pvr=Oxjld&auth_upn=david.vilema%40unach.edu.ec&lang=es-EC&origin=OfficeDotCom&route=StartFormId=dV4oP...

Preguntas Respuestas

5. ¿En qué medida ha cambiado sus actitudes comportamentales durante el confinamiento?
PARÁMETROS Y/O ESCALA
1= Ha disminuido mucho
2= Ha disminuido un poco
3= Permanece igual
4= Se ha incrementado medianamente
5= Se ha incrementado mucho *

	1	2	3	4	5
Consumo de tabaco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumo de drogas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumo de bebidas azucaradas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumo de medicamentos para problemas de salud física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumo de medicamentos para problemas de salud psicológica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zoom Reunión Grabando

Jhonatan Coro

David Vilema

Dome Tapia

German Torres

Adriana Ortiz

KEVIN CUJILEMA

Guadalupe Cáser...

Carolina Montero

Vicky Moya

Bryan Montachana

Mariuxi Cevallos

Génesis Torres

Luis Poalasin

Nataly Silva

Dalia Llangari

Bryan Erazo

Yessenia Valdez

Gabriela Guevara

Pablo Llangari

Joel Cabezas

Evelyn Bocancho

Mónica Guananga

Nicole Camacho

María Anahí Melo

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Escribe aquí para buscar

10:36 a. m. 07/04/2021