



Facultad de
Posgrado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN
PSICOTERAPIA

**EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN EN TERAPIA BREVE CENTRADA
EN SOLUCIONES PARA REDUCIR SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA EN
ESTUDIANTES MUJERES DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD UNIANDES SEDE IBARRA**

Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de Magíster en Psicología
Clínica con mención Psicoterapia

AUTOR: Johanna Cristina Lasso Garcés

TUTOR: Ps. Cl. Mateo Alberto Álvarez Maldonado, MSc.

IBARRA - ECUADOR

2024

DEDICATORIA

A mi esposo, quien ha transitado junto a mí, toda mi formación académica y profesional, me ha impulsado a seguir creciendo y sobre todo ha sido un pilar fundamental en mi vida, ya que sin él esta meta alcanzada no habría sido posible.

A mis padres y hermanos, quienes durante el transcurso de mi vida estudiantil y profesional me han brindado el apoyo para poder seguir alcanzando mis sueños.

A mi hija, quien, aunque muy pequeña me ha dado la inspiración, la fuerza y el entusiasmo para seguir creciendo como madre, persona y profesional.

AGRADECIMIENTO

A mi esposo, por su infinito apoyo y por siempre permitirme perseguir eso que anhela mi corazón e incentivarme a ser mejor cada día.

A mis profesores y tutor por impartir sus enseñanzas, mismas que han sido de gran ayuda para el desarrollo de mi trabajo de tesis, así mismo como en el ámbito profesional.

A mis amigos y compañeros de maestría, por compartir sus conocimientos y acompañarme en cada etapa de este proceso formativo.

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo, Msc. Mateo Alberto Álvarez Maldonado certifico que la estudiante Johanna Cristina Lasso Garcés, portadora de cédula número 172548199-6, ha desarrollado bajo mi tutoría el trabajo de grado titulado “Eficacia de la intervención en terapia Breve Centrada en Soluciones para reducir sintomatología ansiosa en estudiantes mujeres de la carrera de odontología de la universidad uniandes sede ibarra”.

El trabajo está a la metodología y normas dispuestas en los lineamientos de la reglamentación del título a obtener, por lo que, autorizo se presente a la sustentación para la calificación respectiva.

Ibarra, a los 18 días del mes de Octubre de 2024

Lo certifico



DIRECTOR DE TESIS

Ps. Cl.. Mateo Alberto Álvarez Maldonado, MSc.

C.C.: 060405164-9



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

Autorización de uso y publicación a favor de la universidad Técnica del Norte

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD	1725481996		
APELLIDOS Y NOMBRES	Lasso Garcés Johanna Cristina		
DIRECCIÓN	Av. 6 de diciembre N 43-239 y de las Cucardas		
EMAIL	jclassog@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL:	0983454882
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN EN TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES PARA REDUCIR SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA EN ESTUDIANTES MUJERES DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD UNIANDÉS SEDE IBARRA		
AUTOR:	Lasso Garcés Johanna Cristina		
FECHA: DD/MM/AAAA	22/10/2024		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA DE POSGRADO	Maestría en Psicología Clínica Mención Psicoterapia		
TÍTULO POR EL QUE OPTA	Magíster en Psicología Clínica Mención Psicoterapia		
TUTOR/ASESOR	MSc. Mateo Álvarez		

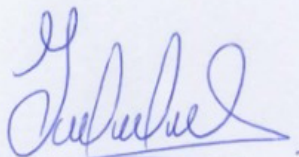
2. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 22 días del mes de octubre del 2024

EL AUTOR:

Firma:



Lasso Garcés Johanna Cristina

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I.....	1
EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Antecedentes.....	8
1.3. Objetivos.....	11
1.3.1. Objetivo General:	11
1.3.2. Objetivos Específicos:	11
1.4. Hipótesis	12
1.5. Justificación	12
CAPÍTULO II.....	17
MARCO REFERENCIAL	17
2.1 Marco Teórico	17
2.1.1. Conceptualización de ansiedad.....	17
2.1.2. Neurobiología de la ansiedad	19
2.1.2.1. Amígdala	20
2.1.2.2. Locus Ceruleus	21
2.1.2.3. Tálamo	22
2.1.2.4. Hipotálamo	22
2.1.2.5. Substancia Gris Periacuectal	23

2.1.2.6. Hipocampo.....	23
2.1.2.7. Corteza Orbitofrontal.....	23
2.1.3. Síntomas de la Ansiedad.....	27
2.1.4. Ansiedad normal vs ansiedad patológica.....	28
2.1.4.1 Ansiedad normal.....	28
2.1.4.2. Ansiedad Patológica	29
2.1.5. Ansiedad estado-rasgo	30
2.1.6 Ansiedad académica	31
2.1.7. Rendimiento académico y ansiedad	33
2.2.3. Conceptualización y antecedentes de Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBSC).....	34
2.2.4. Principios de la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBSC).....	36
2.2.5. Estrategias, técnicas y eficacia de la Terapia Breve Centrada en Soluciones.....	42
2.2.5.1 Estrategias y Técnicas:	42
2.2.5.2. Eficacia.	46
2.3 MARCO LEGAL	47
2.3.1. MAIS	47
2.3.2. LOES	47
2.3.3. CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR:.....	48
2.3.4 Reglamento de la Unidad de Bienestar Estudiantil Universitaria	49

2.3.4. Consideraciones Bioéticas.....	50
CAPÍTULO III	54
MARCO METODOLÓGICO	54
3.1. Descripción del área de estudio/Grupo de estudio	54
3.2. Enfoque y tipo de investigación	55
3.2 Población y Muestra	56
3.3 Procedimiento	58
3.4. Instrumentos	61
CAPÍTULO IV	74
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	74
4.1. Evaluación Diagnóstica Inicial.....	74
4.1.1. Perfil Sociodemográfico de la Población	74
4.1.2. Datos descriptivos de la evaluación diagnóstica test de Hamilton...	78
4.1.2. Datos descriptivos de la evaluación diagnóstica Cuestionario STAI79	
4.2 Datos obtenidos en el pre-test.....	81
4.2.1 Perfil sociodemográfico de la muestra para la Intervención en (TBCS)	
.....	81
4.2.2 Datos descriptivos de la evaluación pre-test Escala de Hamilton	83
4.2.3. Datos descriptivos de la evaluación pre-test Cuestionario STAI	84
4.3 Datos obtenidos de la evaluación post -test.....	85
4.3.1. Datos descriptivos de la evaluación pos-test Test de Hamilton	85

4.4 Prueba de diferencias pre/post-test de la intervención en Terapia Breve Centrada en Soluciones	87
4.4.1 Prueba de diferencias pre/post-test de la intervención en Terapia Breve Centrada en Soluciones Escala Hamilton.....	87
4.4.2 Prueba de diferencias pre/post-test de la intervención en Terapia Breve Centrada en Soluciones Cuestionario STAI.....	88
4.5. Discusión de los resultados.....	89
CONCLUSIONES.....	93
RECOMENDACIONES	94
BIBLIOGRAFÍA.....	95
ANEXOS.....	104

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Criterios de inclusión y exclusión población y muestra.....	57
Tabla 2	Escala de ansiedad de Hamilton.....	61
Tabla 3	Intervalos escala de Ansiedad de Hamilton.....	63
Tabla 4	Ficha técnica Cuestionario STAI.....	63
Tabla 5	Escala valorativa en centil Cuestionario STAI.....	65
Tabla 6	Encuesta sociodemográfica.....	66
Tabla 7	Planificación de las sesiones a realizar.....	67
Tabla 8	Categoría edad-encuesta sociodemográfica.....	74
Tabla 9	Categoría estado civil- encuesta sociodemográfica.....	75
Tabla 10	Categoría ingresos económicos- encuesta sociodemográfica.....	76
Tabla 11	Categoría semestre-encuesta sociodemográfica.....	77
Tabla 12	Categoría hijos- encuesta sociodemográfica.....	78
Tabla 13	Escala valorativa test de Hamilton.....	79
Tabla 14	Escala Valorativa Cuestionario STAI.....	79
Tabla 15	Resultados obtenidos población a intervenir-encuesta sociodemográfica.....	82
Tabla 16	Datos de la prueba pre-test Escala de Hamilton.....	83
Tabla 17	Datos de la prueba pre-test Cuestionario STAI.....	84
Tabla 18	Datos obtenidos de la prueba pos-test Escala de Hamilton.....	85
Tabla 19	Datos obtenidos de la prueba pos-test Cuestionario STAI.....	86

Tabla 20 Eficacia de la intervención en Terapia Breve Centrada en Soluciones	
Escala Hamilton.....	87
Tabla 21 Eficacia de la intervención en Terapia Breve Centrada en Soluciones	
Cuestionario STAI.....	89

RESUMEN

La ansiedad es un fenómeno que muestra cada vez más prevalencia y unos de los ámbitos donde se evidencia un mayor incremento es el contexto educativo. Los estudiantes universitarios se ven expuestos a infinidad de cambios que requiere la etapa evolutiva en la que se encuentran, por lo que es necesario que se puedan abordar los niveles de ansiedad que esta población de jóvenes puede llegar a manifestar en cualquier momento de su carrera universitaria, ya que el mismo puede afectar en el bienestar físico, psicológico y repercutir en el rendimiento académico o incluso en la deserción estudiantil. El objetivo de este trabajo fue determinar la eficacia que tiene la intervención en Terapia Breve Centrada en Soluciones para disminuir la sintomatología ansiosa en estudiantes mujeres de la carrera de Odontología de la Universidad Uniandes sede Ibarra. Se realizó un estudio cuantitativo, de diseño preexperimental con alcance exploratorio descriptivo, donde se aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo STAI. La población de la investigación fue de (n=275) y una muestra de (n=15) estudiantes mujeres donde se pudo evidenciar que la población se encuentra en ansiedad moderada (73,3%), y ansiedad mayor el (26,7%) para la Escala Hamilton y el Cuestionario STAI (66,7%) se ubicó en ansiedad modera y el (20%) ansiedad medio alta y (13,3%) ansiedad muy alta. Luego de la intervención realizada a la población se evidenció los siguientes resultados, alta significancia estadística ($p < .001$) y un tamaño del efecto de (0,75) teniendo la intervención realizada una eficacia considerable en la población, por tanto, la Intervención en Terapia Breve Centrada en soluciones se muestra efectiva en la reducción de sintomatología ansiosa.

Palabras clave: Ansiedad, estudiantes universitarias, intervención en TBCS, educación superior

ABSTRACT

Anxiety is a phenomenon that predominates, especially in the educational context. University students are exposed to countless changes that the evolutionary stage requires, so it is necessary to consider the anxiety levels that this population of young people can manifest during their university career since it can affect physical and psychological well-being and impact academic performance or even student dropout. The objective of this research was to determine the effectiveness of the intervention in Brief Solution-Focused Therapy to reduce anxious symptoms in female students of the Dentistry program at the Uniandes University, Ibarra campus. A quantitative study was carried out, with a pre-experimental design with a descriptive exploratory scope. The Hamilton Anxiety Scale and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) were applied. The research population was (n=275) and a sample of (n=15) female students where it was evident that 73,3% of the population had moderate anxiety and greater anxiety (26,7%) for the Hamilton Anxiety Scale and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (66,7%) were in moderate anxiety and (20%) were in medium-high anxiety and (13,3%) were in very high anxiety. After the intervention was carried out on the population, the following results were evident, high statistical significance ($p < .001$) and an effect size of (0,75) having considerable effectiveness in the population. Therefore, the Therapy Intervention Brief Solution-Focused is shown to be effective in reducing anxious symptoms.

Keywords: Anxiety, university students, intervention in TBCS, higher education

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos de ansiedad son problemáticas comunes en el bienestar mental que impactan negativamente en la capacidad y eficacia laboral. En el contexto mundial, más de 260 millones de personas sufren de estos trastornos, lo que los convierte en la mayor causa de discapacidad. Esto resulta en una pérdida de productividad que se estima en alrededor de 1 billón de dólares. La incidencia de estos trastornos en América latina varía entre el 18,7% y el 24,2%, mientras que en Ecuador se estima en un 5,6% (OMS,2022).

«La ansiedad es una respuesta por parte del organismo que altera su estado mental a causa de algún tipo de estímulo externo o interno, demostrando inquietud, inseguridad y excitación. También se define como una respuesta de tipo emocional que se presenta en la persona cuando esta frente a una situación que sea del tipo amenazantes o peligrosas como podrían ser el enfrentarse a un examen final »(Chacón,202, p 25).

La ansiedad es una reacción del organismo que perturba el estado mental debido a estímulos tanto internos como externos, manifestándose como inquietud, inseguridad y excitación. Además, se caracteriza por ser una respuesta emocional que surge cuando la persona enfrenta situaciones que percibe como amenazantes o peligrosas, como, por ejemplo, un examen final. (Chacón,2021).

La ansiedad, puede deberse a diversas causas y múltiples factores, y son un elemento psicológico que afecta a individuos de todos los niveles sociales y académicos.

La ansiedad puede ser beneficiosa cuando se mantiene en niveles estables y normales, ya que ayuda a enfrentar las situaciones que surgen en la vida. Por lo cual, permite que los seres humanos desempeñan una función adaptativa. (Serpa & Cornejo, 2022).

En este contexto, centramos la importancia de realizar una intervención para disminuir la ansiedad en las jóvenes universitarias, por dos motivos: La primera, debido a la notable alteración que representa para la salud mental siendo evidente entre las enfermedades que afectan a este rango de edad, ya que tienden a surgir con regularidad durante este periodo. La segunda, porque las jóvenes mayoritariamente constituyen un grupo estudiantil, lo cual afecta el rendimiento y promueve la aparición de conductas riesgosas que afectan la vida académica y su desempeño en este ámbito. Se presume que la población universitaria en comparación a otros, son quienes se evidencia mayor afectación en cuanto a salud mental, y en los últimos tiempos este problema ha ido en incremento (Del Pilar, 2008).

La transición hacia la vida universitaria representa un período emocionante pero también desafiante para muchos jóvenes. En Ecuador, se ha notado un aumento en los niveles de ansiedad entre los estudiantes universitarios, lo que ha generado preocupación tanto en la comunidad académica como en la sociedad en general (Micin & Bagladi, 2018). A pesar de ello, la investigación reciente solo ha reportado parcialmente las alteraciones en la salud mental, aunque se observa una sintomatología subclínica significativa. Sin embargo, aún se no se conoce con claridad el funcionamiento que subyace a la formación de patologías, las tasas de incidencia y los elementos que aumenta el riesgo, específicamente en nuestro país (Moreta-Herrera et al., 2018).

El objetivo de la investigación llevada a cabo por Moreta-Herrera et al. (2021) fue identificar los síntomas psicológicos más comunes entre los estudiantes universitarios

ecuatorianos, junto con la disparidad de género, la influencia y la prevalencia reciente de casos. Los hallazgos del estudio revelaron una prevalencia significativa de alteraciones en los niveles de bienestar mental dentro del grupo de jóvenes universitarios. Se encontró que el 24,7% de los estudiantes mostraron síntomas que sugieren la presencia de condiciones de alteración mental, como ansiedad, depresión, disfunción social e insomnio. Además, investigaciones anteriores, como las de Khodarahimi y Fathi (2016) y Lipson et al. (2019), han señalado que la población universitaria es especialmente vulnerable en términos de bienestar psicológico. Dichos grados de afectación descubiertos en este estudio se asemejan a investigaciones previas realizadas en la población ecuatoriana, como la de Peña Contreras et al. (2017), que también han destacado la presencia de alteraciones significativas entre los jóvenes universitarios, con la ansiedad como uno de los principales factores preocupantes en esta población.

En la investigación realizada por Moreta-Herrera et al. (2021), se destacó la mayor incidencia de casos entre los participantes en edades comprendidas de 21 a 23 años, coincidiendo con lo mencionado por Patel et al. (2007), quienes señalaron una carga significativa de alteraciones mentales durante esta etapa del desarrollo. Además, se observó un incremento en la frecuencia de casos entre los estudiantes de universidades particulares en comparación con los de universidades públicas, así como entre aquellos que cursaban niveles más avanzados de estudios. Estos hallazgos son consistentes con los resultados obtenidos por Lipson et al. (2019), quienes sugirieron que el entorno universitario podría contribuir a la carga sintomatológica, posiblemente debido al nivel de estrés al que están expuestos los estudiantes, lo que afecta su salud mental (Saleh et al., 2017).

Adicionalmente, el entorno universitario ejerce su influencia; por ejemplo, se observa una mayor incidencia de trastornos mentales entre los alumnos que asisten a universidades con programas de posgrado, internados estrictos y procesos de admisión selectivos, en comparación con los que estudian en otros tipos de instituciones (Lipson et al., 2019). También se ve afectado por el campo de estudio, como es el caso de las carreras de salud como: Medicina, Odontología, Enfermería, entre otras presentan contradictoriamente mayores problemas de salud mental que aquellos de otras áreas (Malsonen et al., 2012).

Según el análisis de Moreta-Herrera et al. (2021), se ha encontrado una relación entre la alteración de la salud mental y el bajo nivel de rendimiento académico, como ya se había evidenciado previamente por Creswell et al. (2017). Esto indica que esta problemática no solo debe abordarse en un contexto socioeducativo, sino también como un tema de salud mental. Además, una perspectiva centrada en la etapa la etapa evolutiva en la que se encuentra esta población conocida como adultez emergente (Barrera-Herrera & Vinet, 2017) podría proporcionar una comprensión más profunda del funcionamiento para la manifestación del malestar mental y los trastornos asociados, especialmente la ansiedad, que suele ser el principal problema en estos casos.

La ansiedad es una preocupación creciente en el ámbito universitario, afectando a estudiantes de todo el mundo. Sin embargo, es crucial examinar cómo esta problemática se manifiesta en poblaciones específicas, como las mujeres universitarias en Ecuador. La transición a la vida universitaria implica no solo desafíos académicos, sino también presiones sociales y culturales que pueden afectar principalmente a las mujeres. Este planteamiento del problema se enfocará en entender y abordar la ansiedad en mujeres

universitaria específicamente de la carrera de Odontología de la Universidad regional Autónoma de los Andes Uniandes sede Ibarra.

En el contexto ecuatoriano, las mujeres han logrado avances significativos en términos de acceso a la educación superior. Sin embargo, este progreso no está exento de desafíos, y la ansiedad se ha convertido en una preocupación particular entre las mujeres que buscan equilibrar las expectativas académicas, sociales y familiares. Existiendo varios factores que pueden contribuir al desarrollo de ansiedad o al incremento de la misma como, por ejemplo:

- La competencia intensa y las altas expectativas académicas contribuyen a la presión que sienten los estudiantes
- La adaptación a un nuevo entorno social puede ser abrumadora, especialmente para aquellos que se mudan a ciudades universitarias lejos de sus hogares.
- La ansiedad sobre el futuro profesional y laboral es común entre los estudiantes, especialmente en un entorno económico cambiante.
- La ansiedad puede afectar la concentración y la memoria, llevando a un bajo rendimiento académico.
- La ansiedad no tratada puede desencadenar en un trastorno de ansiedad generalizada (TAG), siendo una alteración mucho más grave.
- La ansiedad durante la universidad puede tener efectos duraderos en la salud mental de los individuos, afectando su bienestar incluso después de graduarse.
- La ansiedad extrema puede ser un factor que contribuye a la deserción universitaria, afectando no solo la vida académica sino también la trayectoria profesional.

La ansiedad en jóvenes universitarios en Ecuador es una preocupación creciente que requiere atención urgente. Al abordar las causas subyacentes, proporcionar apoyo emocional y fomentar la conciencia sobre la salud mental, es posible mitigar los impactos negativos y cultivar un entorno universitario más saludable y equitativo para todos (Pérez et al., 2015).

Este estudio es esencial para comprender la ansiedad específica que enfrentan las mujeres universitarias de la carrera de odontología de la Universidad Uniandes sede Ibarra, lo que permitirá desarrollar una intervención y apoyo adaptadas a sus necesidades únicas desde la terapia breve basada en soluciones. Al abordar esta problemática, se contribuirá no solo a la mejora de la salud mental de las mujeres en la universidad, sino también a la construcción de un entorno académico más inclusivo y equitativo.

La ansiedad en mujeres universitarias en Ecuador es un fenómeno complejo que requiere una atención especializada. Al reconocer y comprender las causas específicas y las manifestaciones de la ansiedad en este grupo demográfico, se pueden implementar intervenciones efectivas como la terapia breve basada en soluciones que promuevan la salud mental y el bienestar de las mujeres durante su experiencia universitaria y más allá.

Para esta investigación se ha planteado realizar una intervención en Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) debido a que varios estudios han demostrado que la TBCS ha tenido resultados positivos en diversos casos, como abusos sexuales (Aylanda y Westa, 2006), duelo no elaborado (Aponte, 2011), autolesiones no suicidas (Garza, 2016), entre otros. Por esta razón, en el desarrollo de la presente intervención se busca obtener resultados favorables en la reducción de la sintomatología ansiosa experimentada por mujeres universitarias mediante la intervención de la TBCS.

La Terapia Centrada en Soluciones (TCS) se centra en identificar las excepciones del problema (en qué momentos no ocurre el problema) y reforzar en cada consulta el progreso de los objetivos (un futuro donde la problemática ya no esté manifiesta), es decir, explorar los propios recursos del paciente y cómo eso promueve el alcance de esos objetivos.

En el estudio de De la Cruz Gil (2021) sobre un caso de ansiedad generalizada, se encontró que el proceso basado en el modelo de TBCS fue clínicamente relevante y experimentalmente significativo, lo que coincide con otros estudios que han destacado la eficacia y eficiencia de la TBCS en el tratamiento de estos trastornos Nardone (2020); Rakowska (2011). Además, estos hallazgos se alinean con las investigaciones previas que indica que la TBSC tiene un 95% para los trastornos de ansiedad, fobias y ataques de pánico (Nardone y Balbi, 2018).

En el trabajo de Galdámez (2015) con una mujer de 27 años que experimentaba síntomas depresivos después de la infidelidad de su esposo, se observó una disminución de los síntomas depresivos y un aumento del bienestar emocional, cognitivo y conductual. De manera similar, Guajardo Riojas et. al (2013) describen el caso de una persona que asistió a consulta psicológica después de sufrir violencia física y sexual por parte de su ex pareja; al desarrollar los objetivos propuestos y aplicar la escala de preguntas, se observó una mejora significativa. Por último, Morales, (2015) llevó a cabo con estudiantes universitarios un taller cuyo objetivo era la reducción y manejo de la ansiedad al hablar en público, obteniendo resultados positivos. Estos estudios realizados de caso resaltan la efectividad de la TBCS al ser aplicada en la terapia.

Según la investigación llevada a cabo por Santos et al. (2021), se ha determinado que el estudio de los niveles de ansiedad-rasgo en estudiantes de la carrera de Odontología

en la Universidad Central del Ecuador ha proporcionado datos significativos para la organización de futuras acciones. Se manifiesta la predominancia entre la población de un nivel medio de ansiedad-rasgo (58,02%), mientras que el 39,6% restante fue catalogado como alto.

Además, se encontró que, tanto en hombres como en mujeres, el nivel medio de ansiedad-rasgo fue predominante. Sin embargo, los hallazgos indican que para alto nivel de ansiedad predominan principalmente en mujeres con un 42,38% en comparación con el 32,53% de los hombres (Santos et al., 2021).

Ante la problemática expuesta con anterioridad nos lleva a hacernos la siguiente pregunta

¿Cuál es el nivel de eficacia que presenta la intervención en Terapia Breve Centrada en Soluciones para reducir la sintomatología ansiosa en las estudiantes mujeres de la carrera de odontología de la Universidad Unidades sede Ibarra?

1.2. Antecedentes

Según Serpa y Cornejo (2022), la ansiedad se caracteriza por un estado extendido de activación y vigilancia, siendo una reacción integral que abarca lo físico, conductual y cognitivo. Diversos modelos teóricos ofrecen definiciones variadas, pero coinciden en que la ansiedad es una compleja respuesta emocional, adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional. Por otro lado, Sierra et al. (2003) sugieren que la ansiedad, siendo un proceso natural de adaptación, puede facilitar la forma en la que resuelve desafíos en la vida. No obstante, se vuelve un problema cuando se manifiesta de manera excesiva, desmesurada y constante, afectando las actividades y desempeño diario de una persona.

La ansiedad es una reacción normal y natural entre todos los seres humanos que desempeña un papel adaptativo, sirviendo como un mecanismo de protección ante situaciones amenazantes, esencial para la subsistencia y la cohesión social. Sin embargo, su utilización inadecuada puede exacerbar las situaciones de peligro y reducir la habilidad para responder adecuadamente. Esto se evidencia mediante distorsiones cognitivas como la anticipación de eventos negativos, preocupación por cosas que no son reales, evitación y pensamiento catastrófico. (Sierra et al., 2003).

En la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas (UDLA), Villagómez Romero (2018) notó que en los estudiantes que cursaban en ese momento los semestres de cuarto a octavo experimentaban ansiedad durante la realización de su práctica preprofesional con pacientes reales, especialmente en las materias relacionadas con la Clínica, con niveles de ansiedad predominantemente medios y altos.

Los síntomas de ansiedad suelen estar vinculados al estrés académico, aunque no siempre se manifieste el cuadro clínico clásico. Arbild et al. (2014) encontraron en su estudio con estudiantes universitarios que para ansiedad rasgo el 2,4% tenía un nivel bajo, por otro lado, en el rango medio se ubicaba el 58% y en cuanto al rango alto se presentó en el 39,6%. Mientras que en el estudio de Pardo Bolívar et al. (2014), predominó el nivel alto (50,85%), seguido del medio (45,76%). Sin embargo, Santos et al. (2021) informaron que gran parte de los alumnos que cursaban la carrera de enfermería en una universidad de Chile (69,2%) de la población, manifestaba un nivel leve de ansiedad.

Asimismo, en la investigación de Santos et al. (2021), los resultados señalaron una correlación entre el nivel de ansiedad rasgo y el género, en línea con lo analizado por Pérez (2014) en su estudio, donde encontró una variación entre los grupos según el

género, con una significancia estadística de ($p=0,052$), basándose en los resultados obtenidos de las medias de las puntuaciones directas.

En la investigación de Martínez y Pérez (2014), se identificaron los siguientes resultados significativos: se observaron variaciones relevantes en los promedios de las puntuaciones directas de la Escala de Ansiedad Estado, mostrando una significancia estadística de ($p=0.047$) siendo principalmente altos para mujeres que, para hombres, este hallazgo se dio en especialmente entre los estudiantes de Educación Social con un nivel de significancia de ($p=0.031$). También se encontró una variación relevante en los promedios de las puntuaciones directas de la Escala de Ansiedad Rasgo, ($p=0.052$). encontrándose mayoritariamente en mujeres que en hombres. En la carrera de Educación Social, se detectaron los promedios de las puntuaciones directas de Ansiedad Rasgo y en los percentiles de Ansiedad Estado existe un nivel de significancia ($p < 0.10$) manifestándose ser mayor en mujeres que en hombres.

Por otro lado, la Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TBCS) tuvo su surgimiento en la ciudad de Milwaukee, Estados Unidos, en el momento en que un equipo de trabajadores sociales colocó un espejo unidireccional y comenzó a explorar con los pensamientos del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto. Este enfoque terapéutico sostiene que no es necesario conocer en profundidad en el origen de los problemas para poder encontrarle una solución, proponiendo que los propios clientes quienes desean un cambio y tiene las herramientas para poder conseguir ese cambio buscado (De Shazer, 1988).

Dentro del departamento de Bienestar Estudiantil Universitario específicamente en el área de psicología de la Universidad Uniandes sede Ibarra, se ha recibido a

estudiantes que acuden a este espacio en busca de ayuda, que presentan síntomas de ansiedad que les resulta cada vez más difíciles de controlar, evidenciado la existencia de altos niveles de ansiedad dentro de la población de mujeres, sobre todo en carreras de la salud como Odontología. Con estos antecedentes se ha considerado relevante el poder brindar una ayuda más eficaz a esta población de estudiantes que les permita manejar adecuadamente el estrés y la tensión y reducir la sintomatología ansiosa, por tanto, se pretende realizar una intervención en Terapia Breve Centrada en Soluciones que le permita a las participantes desarrollar sus propios recursos para que de ese modo sea la misma persona capaz de hacer frente a cualquier situación que genere estrés o ansiedad.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General:

Determinar la eficacia de la Intervención en Terapia Breve Centrada en Soluciones para reducir la sintomatología ansiosa en estudiantes mujeres de la carrera de odontología de la Universidad Uniandes sede Ibarra.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Evaluar el nivel de ansiedad estado-rasgo en las estudiantes mujeres de la carrera de odontología de la Universidad Uniandes sede Ibarra.
- Aplicar Terapia Breve Centrada en Soluciones para reducir la sintomatología ansiosa en las estudiantes mujeres de la carrera de odontología de la Universidad Uniandes sede Ibarra.
- Aplicar prueba pre y post test para comprobar la eficacia de la terapia Breve Centrada en Soluciones.

1.4. Hipótesis

La intervención en Terapia Breve Centrada en Soluciones ayudará a disminuir la sintomatología ansiosa en las estudiantes mujeres de la carrera de odontología de la Universidad Uniandes sede Ibarra.

1.5. Justificación

En la investigación realizada por Espinoza et al. (2005) señalan que, en el entorno universitario, los estudiantes suelen experimentar ansiedad, lo que puede tener repercusiones en su desempeño académico, su permanencia en la institución y su bienestar psicológico en general.

Según su investigación, Espinoza et al. (2005) encontraron que en Colombia en estudiantes universitarios de la carrera de Pedagogía y Tecnología el 36% de los estudiantes que participaron en el estudio, al comenzar con sus prácticas preprofesionales presentaban el nivel de ansiedad muy alto, mientras que únicamente 19% no la experimentaba.

Además, en 2021 se llevó a cabo una investigación realizada en la Universidad Central del Ecuador, donde se pretendía determinar el nivel de ansiedad-rasgo existente entre los estudiantes de la Carrera de Odontología, es así, que se realizó un estudio a 293 estudiantes de los semestres comprendidos de séptimo a noveno. Para la recopilación de datos se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), manifestando la existencia de un nivel medio de ansiedad en el 58,02%, en el rango alto, se encontró el 39,6% de la población. Por otra parte, para la categoría de género, las mujeres se encontraban en el rango más alto para ansiedad estado-rasgo con el 42,38% en comparación con los hombres. Otro hallazgo relevante en esta investigación, es que los

estudiantes menores de 23 años reflejaban niveles altos de ansiedad, así mismo como los estudiantes de octavo semestre (Santos et al., 2021).

Todas las investigaciones realizadas en población universitaria nos arroja datos reales e importantes de la existencia de un alto nivel de ansiedad en jóvenes universitarios en las cuales se ha visto afectado su salud mental, es por ello que el presente proyecto tiene la intención de en primera instancia identificar el nivel de ansiedad existente dentro de la población de mujeres universitarias de la carrera de odontología de la Universidad Unidades sede Ibarra, para de esta manera poder implementar en esta población una intervención de Terapia Breve Centrada en soluciones para disminuir los niveles de ansiedad que manifieste esta población (Díaz & De la Iglesia, 2019).

Se ha elegido a la Terapia Breve Basada en Soluciones debido a que se considera crucial para mujeres universitarias con ansiedad, ya que se centra en identificar y potenciar fortalezas y recursos personales. Esto permite abordar de manera eficiente los desafíos específicos que enfrentan, como la presión académica, las expectativas sociales y las demandas emocionales (Beyebach, 1999).

Al enfocarse en soluciones, esta intervención ayuda a las mujeres universitarias a desarrollar estrategias prácticas y alcanzar metas realistas, promoviendo un cambio positivo en un tiempo limitado. Además, al empoderarlas para encontrar soluciones a sus problemas, se fomenta la autonomía y la construcción de habilidades de afrontamiento, contribuyendo a una mejor salud mental a largo plazo (De la Fuente Blanco et al., 2019).

Realizar una intervención en TBCS para mujeres universitarias que presentan ansiedad es de suma importancia y sería útil por varias razones:

1. Aceptar y abordar la ansiedad: La ansiedad puede ser una experiencia desafiante y debilitante para muchas personas, especialmente para mujeres universitarias que

enfrentan exigencias académicas, sociales y personales. Al proporcionar una intervención centrada en soluciones, se les ayuda a aceptar y abordar su ansiedad de manera efectiva, lo que les permite disfrutar más de su vida y lograr un mayor bienestar.

2. Promover el éxito académico: La ansiedad puede afectar significativamente en el rendimiento académico de las mujeres universitarias. Al brindarles herramientas y estrategias para manejar la ansiedad, se les empodera para superar los desafíos académicos con mayor confianza y eficacia. Esto puede resultar en un mayor éxito en sus estudios, mejorar su autoestima y motivación, y abrir oportunidades para un futuro profesional prometedor.

3. Fomentar relaciones saludables: La ansiedad puede afectar negativamente las relaciones personales y sociales. Al abordar la ansiedad dentro de la TBCS, se trabaja en la mejora de las habilidades de comunicación, la resolución de conflictos y el establecimiento de límites saludables. Esto puede fortalecer las relaciones interpersonales y ayudar a construir una red de apoyo sólida, tanto en el entorno universitario como en otros aspectos de la vida.

4. Prevenir complicaciones futuras: Si la ansiedad no se aborda adecuadamente, puede llevar a complicaciones más graves como la depresión, el estrés crónico o los trastornos de ansiedad crónicos. La intervención temprana en TBCS puede ayudar a prevenir la progresión de la ansiedad hacia problemas más graves y brindar a las mujeres universitarias las herramientas necesarias para manejar eficazmente cualquier situación estresante en el futuro.

Realizar una intervención en TBCS para mujeres universitarias que presentan ansiedad es fundamental para apoyar su bienestar emocional, académico y social. Al abordar la ansiedad de manera efectiva, se les proporciona las herramientas necesarias

para enfrentar los desafíos de la vida universitaria y más allá, promoviendo así su crecimiento personal y su éxito a largo plazo.

Es importante destacar que la presencia de trastornos de salud mental, como la manifestación de síntomas ansiosos, especialmente entre los jóvenes universitarios, principalmente mujeres, puede afectar su desempeño diario y, en consecuencia, influir su bienestar general. En 1994 la OMS define a la calidad de vida en relación a la salud mental como la forma en la que cada persona percibe su bienestar físico y mental a lo largo del tiempo, mismo que puede ser influenciado por el ambiente en el que se desenvuelve, así como también el alcance de sus metas, expectativas valores e intereses personales.

Por consiguiente, el concepto de bienestar mental se convierte en un propósito de estudio que abarca varias dimensiones dentro de esta investigación, como el psicosocial, sociocultural, socioeconómico y contextos vinculados con la salud en general. Estos elementos incluyen la autonomía de cada individuo, los servicios hacia la comunidad y el nivel de satisfacción con la vida. (Gentile & Gil Lacruz, 2013).

Adicionalmente a lo mencionado con anterioridad se puede decir que dentro del trabajo como psicóloga institucional y parte de la Unidad de Bienestar Universitario de la Universidad Regional Autónoma de los Andes sede Ibarra, se considera que es de suma importancia el poder promover el bienestar psicológico para prevenir una mayor afección dentro del bienestar mental de los jóvenes universitarios, debido a que es una población que por su etapa evolutiva atraviesa varios procesos que afectan significativamente su salud mental y es una población que muchas veces no es tomada en cuenta y por ello las problemáticas que le acontecen suele agravarse y perjudicar el bienestar mental de las estudiantes .

Cabe destacar que en el Ecuador no existen muchas investigaciones sobre la ansiedad en los estudiantes universitarios, por ende, se pretende que la presente investigación proporcione datos que muestren el nivel de ansiedad que presentan los jóvenes universitarios actualmente y de esa manera aportar a nuevas investigaciones mostrando la relevancia que el tema de salud mental tiene dentro de esta población en el Ecuador y adicionalmente se pretende promover un modelo de intervención para poder disminuir dichos niveles y mejorar la calidad de vida de esta población .

Los jóvenes representan tanto el presente como el medio a través del cual se transmiten conocimientos, actitudes y hábitos a las generaciones futuras. La mejora en su calidad de vida, especialmente en lo que respecta a la salud, implica beneficios tanto actuales como futuros para la sociedad en general. Además, la investigación enfocada en este grupo objetivo ayuda a identificar sus necesidades comunitarias, comparar las condiciones entre diferentes generaciones y trabajar conforme a los objetivos establecidos y los intereses personales, tanto de manera colectiva como individual.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco Teórico

2.1.1. Conceptualización de ansiedad

La ansiedad es una emoción desagradable cuyos orígenes no siempre son claros; frecuentemente se presenta con alteraciones físicas y conductas que se asemejan a los generados por el miedo. El miedo, por su parte, es una reacción comportamental, fisiológica, emocional natural ante circunstancias en las que una persona se percibe en peligro. Es una respuesta específica ante una situación u objeto determinado y se considera un fenómeno evolutivo y temporal, surgido en respuesta a una amenaza externa conocida, como un intruso o un vehículo fuera de control.

La ansiedad es una emoción ampliamente experimentada y normal que surge en respuesta a situaciones estresantes de la vida cotidiana. Se considera una reacción habitual a diversos desafíos y tensiones diarias. Sin embargo, cuando esta ansiedad alcanza un nivel elevado que supera la habilidad y los recursos que la persona posee para adaptarse, puede convertirse en un malestar significativo y desencadenar en un trastorno patológico. Este malestar se presenta por medio de síntomas psicológicos, conductuales y físicos. Los trastornos de ansiedad son más comunes que cualquier otra alteración psiquiátrica.

Dentro de las teorías del aprendizaje, la ansiedad se relaciona con un grupo de estímulos, tanto condicionados como incondicionados, que la provocan como respuesta emocional. Esta ansiedad actúa como un estímulo discriminativo, dado que está vinculada a refuerzos obtenidos en el pasado. Desde una perspectiva conductual, la ansiedad presenta al menos dos características distintivas. En primer lugar, es una condición

emocional generada por un estímulo desestabilizador, el cual, no está vinculado o directamente relacionado con el estado emocional, sino más bien, se adelanta a él. En segundo lugar, como motivo del comportamiento ansioso se presenta como situación que aún no ha ocurrido. (Cedillo, 2018).

La ansiedad se presenta a través de reacciones cognitivo-conductuales y fisiológicas (Cano, 1989). En el ámbito fisiológico, se observa como tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, aumento en la frecuencia respiratoria, mareos, malestar estomacal, boca seca, transpiración, sonrojeción, temblores, sensación de calor, problemas para conciliar el sueño, dolores, cervicales o lumbares y de cabeza, cansancio físico, y diarrea. En el plano cognitivo, se manifiestan por la presencia de pensamientos negativos o catastróficos, angustia sobre sí mismo, las circunstancias y las posibles repercusiones (Morris, Davis y Hurchings, 1981), lo que implica alteraciones en los pensamientos y las imágenes mentales que surgen ante situaciones amenazantes. Por último, el componente conductual abarca inquietud, dificultad en la comunicación, gestos faciales (Gould, Greeleaf y Krane, 2002), reflejándose en la disminución de reacciones huida y evitación, alteraciones en el lenguaje, motivación y recompensa, estados de vigilia, dado que esta disposición emocional abarca múltiples procesos psicológicos la memoria, concentración, atención, razonamiento y la percepción. Un índice elevado de ansiedad perjudica a la concentración y la atención lo cual tiene un efecto adverso, repercutiendo la eficacia con la que se resuelven los problemas y el rendimiento académico (Cedillo, 2018).

Todas las personas pueden experimentar ansiedad en determinados momentos, pero aquellos con trastornos de ansiedad tienden a enfrentar a niveles desproporcionados y de gran intensidad de preocupación y miedo. Generalmente estas sensaciones se

acompañan de síntomas cognitivo-conductuales, así como también de malestares físicos, que para quien lo experimente resultandos difíciles de controlar y causan una angustia considerable. Si no se tratan, estos trastornos pueden persistir durante períodos prolongados, interfiriendo significativamente con el desarrollo actividades de la vida diarias y afectando de manera negativamente diferentes ámbitos como familiar, social, académica o laboral.

Según estimaciones, actualmente alrededor del 4% del total de personas en el mundo padece de algún tipo de trastorno de ansiedad. Para el 2019, se registraron a nivel mundial 301 individuos afectados por este padecimiento, convirtiendo a la ansiedad en la más recurrentes en cuanto a los trastornos mentales se refiere.

Pese a que existen tratamientos eficaces disponibles para los trastornos de ansiedad, solo el 27,6% de quienes lo necesitan, es decir 1 de cada 4 personas acude a un profesional para trabajar en estos padecimientos, mientras que el restante no lo hace o espera que la situación se vuelva un problema mayor para buscar ayuda. Diversos obstáculos, como la falta de reconocimiento de la ansiedad como un problema de salud tratable, la falta y escasez de los servicios de salud mental, así como también de profesionales de la salud capacitados dentro de esta área y los prejuicios social, contribuyen a esta brecha en el acceso a la atención (OMS, 2023).

2.1.2. Neurobiología de la ansiedad

Según la neurobiología, se postula la existencia de una anatomía específica relacionada con las emociones, donde ciertas regiones cerebrales desempeñan un papel importante dentro de su experiencia. Se sugiere que todo proceso emocional y cognitivo implica la participación de diversas áreas cerebrales. Se señala que en el sistema límbico

se localizan las emociones, un área que abarca varias estructuras profundas del cerebro, como la amígdala, el hipocampo, el cíngulo y el hipotálamo, entre otras. Todas estas partes están interconectadas con el tronco cerebral, específicamente la médula oblonga, de donde emerge el nervio vago, el cual inerva una amplia gama de órganos en el abdomen y el tórax, incluyendo el intestino y el corazón (Pérez de la Mora, 2010)

El sistema neuronal, desarrollado en las primeras etapas de la evolución, tiene como objetivo asegurar la supervivencia mediante respuestas de lucha y escape, además de regular la actividad sexual y la alimentación. Estas funciones están íntimamente conectadas con emociones como la ira, la ansiedad, el miedo y el amor.

Para una mejor comprensión de las bases neurobiológicas de la ansiedad, se describen las estructuras anatómicas y los mecanismos químicos involucrados en este fenómeno.

2.1.2.1. Amígdala

La amígdala cumple un papel fundamental en la ansiedad al ser parte del sistema límbico del cerebro, involucrado en la regulación de las emociones y respuestas de miedo. Su función principal en relación con la ansiedad incluye:

1. **Evaluación de amenazas:** La amígdala procesa información sobre posibles amenazas del entorno y determina si es necesario activar una respuesta de miedo o ansiedad.
2. **Activación de respuestas fisiológicas:** Una vez que detecta una amenaza o peligro potencial, la amígdala puede activar respuestas fisiológicas de ansiedad,

como el aumento del ritmo cardíaco, la respiración acelerada y la sudoración, preparando al cuerpo para enfrentar la situación percibida como amenazante.

3. **Integración de la memoria emocional:** La amígdala también juega un papel en la formación y el almacenamiento de memorias emocionales, asociando experiencias pasadas con respuestas emocionales futuras, lo que puede influir en la sensibilidad o reactividad a situaciones estresantes.

Por consiguiente, amígdala se encuentra implicada en la respuesta de ansiedad al evaluar amenazas, activar respuestas fisiológicas e influir en la memoria emocional, desempeñando un papel crucial en la regulación de las emociones relacionadas con el miedo y la ansiedad. (Peña, 2023)

2.1.2.2. Locus Ceruleus

El locus ceruleus es una estructura del cerebro que desempeña un papel importante en la regulación de la ansiedad debido a su papel en el sistema nervioso simpático, que controla las respuestas de "lucha o huida". Sus funciones clave en relación con la ansiedad incluyen:

Es la principal fuente de noradrenalina en el cerebro. La noradrenalina es un neurotransmisor involucrado en la modulación de la respuesta al estrés y la ansiedad. Se libera en situaciones estresantes o amenazantes para preparar al cuerpo para la acción. La noradrenalina liberada por el locus ceruleus actúa sobre receptores adrenérgicos en varias regiones del cerebro y del cuerpo, lo que provoca respuestas fisiológicas como aumento del ritmo cardíaco, dilatación de los bronquios y aumento de la glucosa en sangre, preparando al organismo para enfrentar el estímulo estresante.

Adicionalmente el locus ceruleus participa en la regulación de la activación emocional y la vigilancia frente a posibles amenazas. La hiperactividad del locus ceruleus y el aumento de la noradrenalina pueden contribuir a la experiencia de ansiedad crónica o trastornos de ansiedad.

Esta estructura se enciende en respuesta a la disminución de la presión sanguínea y el volumen sanguíneo, así como alteración de la regulación térmica, descenso de glucosa, dilatación de la vejiga, estómago y colón, y ante cualquier indicio de peligro al organismo. Esto lo indica es que el locus ceruleus es un centro vital de alerta para la subsistencia de las personas (Bojorquez, 2019).

2.1.2.3. Tálamo

Ubicado en el centro del diencefalo, dentro de sus funciones esta actuar como punto de cambio que ayuda a canalizar todo estímulo ambiental hacia la corteza cerebral completa. En momentos de amenaza, genera una retransmisión de hacia la amígdala de las señales sensoriales. Cuando esta estructura presenta una daño o alteración, la respuesta de miedo no se produce de la manera esperada ante un estímulo acústico.

2.1.2.4. Hipotálamo

Es un conjunto de núcleos y la segunda estructura del diencefalo, ubicado hacia adelante de la región óptica de los cuerpos mamilares. Se relaciona la activación del sistema simpático (hipotálamo lateral) y con la liberación de hormonas neuroendocrinas y neuropéptidos (los núcleos paraventriculares y supraópticos liberan factor liberador de corticotropina, vasopresina y oxitocina) en respuesta al estrés.

2.1.2.5. Substancia Gris Periacueuctal

Se asocia con la reacción frente al miedo. Una señal de alerta inevitable, como la agresión de un animal, se transmite a partir de la amígdala, dando lugar a una reacción defensiva por medio de la substancia gris periacueductal lateral. Por otro lado, un riesgo menor, como un animal que pasea por el sitio, provoca una respuesta de "congelamiento" mediante la vía de la substancia gris periacueductal ventrolateral (Goddard y Charney, 1997).

2.1.2.6. Hipocampo

El sistema hipocampal forma conexiones con estructuras del sistema límbico y áreas sensoriales corticales. Contiene una concentración elevada de receptores 5HT-1A y se cree que juega un papel fundamental en la modulación de la ansiedad, ya que medicamentos que actúan como agonistas en estos receptores, como la buspirona, tienen la capacidad de regularla (Cedillo, 2017).

2.1.2.7. Corteza Orbitofrontal

La corteza orbitofrontal desempeña un papel crucial en la regulación de la ansiedad a través de varias funciones clave, por ejemplo, ayuda a evaluar las consecuencias emocionales de las decisiones y acciones. Esto incluye la capacidad de evaluar y anticipar posibles amenazas y recompensas, lo cual es fundamental para la regulación emocional, incluida la ansiedad.

Contribuye a la capacidad de inhibir respuestas emocionales impulsivas o excesivas. Esto es importante en situaciones de ansiedad, donde la capacidad de controlar las respuestas emocionales puede reducir la intensidad y la duración de la ansiedad.

Participa en la interpretación de las emociones sociales y la regulación de las respuestas emocionales en contextos sociales. La capacidad de la corteza orbitofrontal para interpretar adecuadamente las señales sociales y regular las respuestas emocionales puede influir en la ansiedad social y otros trastornos relacionados.

La corteza orbitofrontal desempeña un papel esencial en la regulación de la ansiedad al facilitar la evaluación de riesgos y recompensas, la inhibición de respuestas emocionales y el procesamiento de emociones sociales, todos los cuales son aspectos clave para manejar y reducir la ansiedad (Cedillo, 2017).

Se identifica principalmente 3 neurotransmisores relevantes en las respuestas de ansiedad: la noradrenalina, serotonina y el ácido gamma aminobutírico.

- Noradrenalina:

La noradrenalina (también conocida como norepinefrina) desempeña un papel importante en la modulación de la ansiedad a través de su influencia en el sistema nervioso central. La noradrenalina actúa como neurotransmisor en el cerebro, influenciando directamente la activación emocional y la respuesta al estrés. Niveles elevados de noradrenalina pueden aumentar la excitabilidad neuronal y contribuir a una mayor sensibilidad al estrés y la ansiedad.

Juega un papel crucial en la modulación de la atención y la vigilancia. En situaciones de ansiedad, niveles adecuados de noradrenalina pueden mejorar la capacidad de atención hacia estímulos relevantes, pero niveles excesivamente altos pueden llevar a una vigilancia exagerada o hipervigilancia, que es común en los trastornos de ansiedad.

La noradrenalina es fundamental para la activación del sistema nervioso simpático y la preparación del cuerpo para la acción rápida frente a una amenaza percibida, prepara la persona para el escape y huida. Esto incluye cambios fisiológicos como aumento del ritmo cardíaco, respiración acelerada y liberación de glucosa en sangre, preparando al organismo para responder ante una situación de peligro.

La noradrenalina desempeña un papel crucial en la modulación de la ansiedad al influir en la activación emocional, la atención y la respuesta fisiológica ante el estrés y las amenazas, siendo un componente importante en la fisiopatología de los trastornos de ansiedad (Shiloh et al., 1999).

- Sistema serotoninérgico

El sistema serotoninérgico desempeña un papel fundamental en la regulación de la ansiedad ya que es clave en el cerebro para regular el estado de ánimo y las emociones. Niveles adecuados de serotonina están asociados con una regulación emocional efectiva, mientras que desequilibrios pueden contribuir a la aparición de síntomas de ansiedad.

El sistema serotoninérgico participa en la regulación de la respuesta al estrés y al miedo. A través de sus receptores, la serotonina modula la sensibilidad del sistema nervioso central ante estímulos amenazantes, lo que afecta directamente la percepción y la reacción ante situaciones estresantes. También influye en la cognición y el comportamiento, incluyendo la toma de decisiones y la respuesta a estímulos ambientales. Un desequilibrio en el sistema serotoninérgico puede alterar la manera en que una persona percibe y maneja situaciones que generan ansiedad (Cedillo, 2017).

La serotonina interactúa con otros sistemas neurotransmisores, como el sistema noradrenérgico y el sistema GABAérgico, para regular la actividad neuronal en áreas del cerebro implicadas en la ansiedad, como la amígdala y la corteza prefrontal

- Sistema Gaba- receptor BZ:

1. El ácido gamma-aminobutírico GABA es el neurotransmisor inhibitorio principal en el cerebro. Actúa reduciendo la excitabilidad neuronal, lo que ayuda a contrarrestar la actividad excesiva y la hiperactividad que pueden contribuir a la ansiedad. La amígdala es una estructura cerebral clave en la respuesta emocional y el procesamiento del miedo. El sistema GABA regula la actividad de la amígdala, ayudando a controlar las respuestas emocionales intensas y la percepción de amenazas.

El GABA influye en el tono emocional general del cerebro, contribuyendo a la estabilidad emocional y la reducción de la excitabilidad emocional excesiva que puede manifestarse como ansiedad. Interactúa con otros sistemas neurotransmisores, como el sistema serotoninérgico y el sistema noradrenérgico, para regular la actividad neuronal en áreas del cerebro implicadas en la ansiedad, como la corteza prefrontal y el hipocampo.

El sistema GABA desempeña un papel crucial en la modulación de la ansiedad al proporcionar inhibición neuronal, regular la actividad de la amígdala y contribuir a la estabilidad emocional, siendo un objetivo importante en el tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad (Cedillo, 2010).

2.1.3. Síntomas de la Ansiedad

La manera en que una persona responde a la ansiedad puede ser compleja y abarcar diferentes aspectos, incluyendo el cognitivo (pensamientos), fisiológico (respuestas del organismo como sudoración, palpitaciones) y motor (acciones hechas por el individuo). Según Rodas (2012) es importante considerar una perspectiva integral de cómo se manifiesta la ansiedad, reconociendo que cada individuo tiene su propio organismo y una manera singular de percibir la realidad o generar una respuesta ante situaciones específicas. A pesar de estas diferencias individuales, se observa cierta consistencia en las respuestas a la ansiedad.

Respuestas fisiológicas:

- Ritmo cardíaco aumentado
- Presión sanguínea elevada.
- Tensión muscular incrementada
- Frecuencia respiratoria acelerada
- Agitación
- Traspiración
- Boca seca

Respuestas psicológicas:

- Miedo
- Angustia
- Anticipación
- Hipervigilancia

- Preocupación excesiva
- Pensamientos negativos
- Percepción de pérdida de control

Respuestas motoras:

- Aceptación
- Distancia
- Moderación
- Búsqueda de redes de apoyo

De esta manera, la ansiedad puede aumentar cuando se acompaña de sentimientos de vergüenza, lo que puede influir en los procesos de pensamiento y aprendizaje. Además, suele desencadenar en un cambio en la forma en la que percibimos la realidad vivida, distorsionando de manera desproporcionada el pensamiento, llega a afectar no solo las personas y el significado de diversas situaciones, sino también en el tiempo y el espacio. Esta confusión puede obstaculizar a áreas como la memoria, la concentración, el aprendizaje, y la capacidad para establecer asociaciones (Rodas, 2012).

2.1.4. Ansiedad normal vs ansiedad patológica

2.1.4.1 Ansiedad normal

La ansiedad normal se adapta a las circunstancias de la vida y es una emoción básica presente en numerosos trastornos mentales y médicos, sirviendo como una respuesta legítima ante peligros potenciales. Ayuda a las personas a prepararse, practicar y ensayar para mejorar su desempeño y adoptar precauciones adecuadas frente a situaciones potencialmente peligrosas.

Desde una perspectiva clínica, la ansiedad puede entenderse como miedo sin una causa específica identificada. Tanto el miedo normal como la ansiedad forman parte de la respuesta natural del individuo, con componentes psicológicos y corporales necesarios para la supervivencia. En contraste, la ansiedad patológica se caracteriza por un temor difuso e indefinido, centrado en la anticipación ansiosa de algo negativo en el futuro, acompañado de malestar físico y psicológico generalizado. La ansiedad mal adaptativa puede causar malestar y alteraciones en el funcionamiento.

A medida que aumenta la ansiedad, la eficacia de la actividad también puede incrementarse hasta alcanzar un nivel óptimo. Sin embargo, más allá de este punto, el exceso de ansiedad puede reducir la utilidad de la actividad, provocando un aumento adicional en la ansiedad.

2.1.4.2. Ansiedad Patológica

Se caracteriza por un miedo vago y sin causa aparente, enfocado en una anticipación ansiosa de un evento futuro negativo e indeterminado, acompañado de malestar físico y psicológico que afecta al individuo en su totalidad. Esta ansiedad mal adaptativa conlleva malestar y alteraciones en el funcionamiento normal.

A medida que la ansiedad aumenta, la eficacia de la actividad puede incrementarse proporcionalmente, pero solo hasta alcanzar un nivel óptimo. Más allá de este punto, la utilidad de la actividad disminuye, lo que provoca un aumento adicional en la ansiedad (Fernández et al., 2012).

2.1.5. Ansiedad estado-rasgo

La primera, denominada Ansiedad Estado (AE), se define como una circunstancia personal, emocional que es temporal, propenso de cambiar con el transcurso del tiempo y variar en intensidad. Se caracteriza por la presencia de percepciones subjetivas de aprensión y tensión, acompañadas de una activación excesiva del sistema nervioso autónomo. La Ansiedad Estado (AE) se asocia con sentimientos personales de nerviosismo, aprehensión y tensión, experimentados por un individuo durante un estado emocional temporal de ansiedad. (Martínez & Pérez, 2014).

Por otro lado, la segunda, conocida como Ansiedad Rasgo (AR), señala una predisposición ansiosa relativamente estable en el individuo, que influye en la forma en la que percibe las situaciones como amenazantes y, por consiguiente, aumentar la Ansiedad Estado. De manera general, las personas con un nivel elevado de AR tienden a experimentar una AE aun mayor ya que tienen una propensión a interpretar un mayor número de situaciones como amenazadoras. Por consiguiente, los individuos con una alta AR suelen manifestar una respuesta con un incremento en la AE en entornos de interacción social que representen un peligro para su autoestima.

La ansiedad-rasgo no se refleja de manera directa en el comportamiento y se detecta por las veces con que el individuo experimenta estados de ansiedad. Aquellos con este problema tienden a percibir peligro en circunstancias que no lo justifican, experimentando ansiedad-estado con un incremento en la frecuencia y de manera más intensa.

Las diferencias en la AR entre las personas se reflejan en las diferencias correspondientes en la AE, y esto depende de la intensidad en que la circunstancia

específica se perciba como peligrosa o amenazante, esto a su vez se ve influenciado por las vivencias previas del individuo (Martínez & Pérez, 2014).

2.1.6 Ansiedad académica

La ansiedad académica se refiere a un tipo de ansiedad experimentada por estudiantes debido a situaciones relacionadas con su entorno educativo y rendimiento académico. Este tipo de ansiedad puede manifestarse en forma de preocupación excesiva por el desempeño en exámenes, miedo a no alcanzar expectativas académicas, temor a la evaluación por parte de profesores o compañeros, estrés ante la carga de trabajo académico, entre otros factores relacionados con el ámbito educativo. La ansiedad académica puede afectar negativamente el rendimiento y el bienestar general de los estudiantes si no se maneja adecuadamente.

La ansiedad académica experimentada por jóvenes universitarios principalmente en el campo de las carreras de la salud, sobre todo hablando de la carrera de Odontología, lo que puede provocar una manifestación de síntomas de ansiedad en esta población, lo que puede resultar en una pérdida de control y habilidades para hacer frente a los desafíos. Los estudiantes son susceptibles a adoptar comportamientos no adecuados en su vida familiar, social y emocional, lo que repercute negativamente en su desempeño académico y en el desarrollo de destrezas profesionales.

Los posibles desencadenantes de la ansiedad en entornos educativos se encuentran: la participación activa y exposición en clases, la presión temporal para completar trabajos, la carga excesiva de tareas, las altas expectativas de los profesores, la rivalidad entre pares, las evaluaciones académicas y, en el caso de las disciplinas de salud, la gran responsabilidad asociada a las prácticas clínicas con pacientes reales. Además de

estos factores, pueden existir otros de naturaleza social, como conflictos familiares, dificultades en el ámbito emocional como la depresión y la hipomanía, el consumo de drogas psicotrópicas y situaciones de vulnerabilidad psicosocial.

Dentro del contexto del bienestar mental y relacionado con la definición teórica que estamos discutiendo, es esencial crear un entorno institucional que los estudiantes perciban de manera positiva. La investigación de Pérez, et al. (2013) confirma que las circunstancias varían y están vinculadas al bienestar mental, destacando la principal influencia que las instituciones de educación superior tienen frente a la salud mental de sus estudiantes.

Lamentablemente, en ocasiones, la dinámica de educación superior se asemeja a la de una empresa promoviendo la competitiva y rigurosa, donde "todo vale" para alcanzar objetivos. En este ambiente, los estudiantes pueden sentirse atrapados en entornos caracterizados por una presión excesiva, relaciones frágiles y competitividad, especialmente si tienen una predisposición a la ansiedad. Esto puede conducir a un incremento significativo de los índices de ansiedad y a una manifestación de problemas personales, como inseguridad, hipersensibilidad, miedo o dificultades de adaptación.

En esta línea, tal como señalan García et al. (2012), la presencia de síntomas clínicos en estudiantes puede estar relacionada con factores estresantes o generadores de ansiedad en el entorno universitario. Por lo tanto, es crucial desarrollar contextos y programas de prevención que promuevan una mejor salud mental en la población estudiantil universitaria.

2.1.7. Rendimiento académico y ansiedad

El rendimiento académico se refiere a la medida en que se alcanzan los objetivos fijados dentro de los programas educativos. Es un indicador del nivel de aprendizaje alcanzado por el estudiante y refleja la eficacia en la consecución de los objetivos del plan de estudios. En el Ecuador, este rendimiento se representa por medio de una calificación numérica o un promedio basado en un sistema de diez puntos, donde un puntaje de 7 o menos se considera insatisfactorio. Por lo cual, es crucial indagar los elementos que están generando influencia en el rendimiento académico para poder crear estrategias educativas que ayuden a los estudiantes a mejorar en este ámbito.

Es relevante destacar que el rendimiento académico no solo depende de las habilidades o el intelecto del estudiante, sino de una variedad de elementos tanto externos como internos. Está influenciado en gran medida por las características individuales del estudiante, así como por factores académicos, pedagógicos, institucionales y el medio, familiar, cultural y social.

La ansiedad puede afectar negativamente el rendimiento académico. Cuando los estudiantes experimentan ansiedad excesiva, pueden tener dificultades para concentrarse, recordar información clave o realizar adecuadamente en exámenes y evaluaciones. Adicionalmente puede generar un temor constante al fracaso, lo cual puede llevar a evitar desafíos académicos, procrastinación o incluso abandono de estudios.

La ansiedad puede influir en cómo los estudiantes perciben sus propias habilidades y competencias académicas. Una alta ansiedad puede disminuir la autoconfianza y la autoeficacia, lo cual a su vez puede afectar el rendimiento. Los estudiantes que experimentan ansiedad académica pueden recurrir a estrategias de

afrontamiento poco efectivas, como la evitación o el estudio compulsivo, que pueden no ser las más adecuadas para mejorar el rendimiento académico.

Existe un ciclo en el cual el bajo rendimiento académico puede aumentar la ansiedad, y a su vez, una mayor ansiedad puede conducir a un rendimiento académico deficiente, creando un círculo vicioso difícil de romper. Es importante ofrecer intervenciones adecuadas para ayudar a los estudiantes a manejar la ansiedad académica, como técnicas de manejo del estrés, apoyo emocional y tutorías académicas, lo cual puede mejorar el rendimiento general. La ansiedad académica puede tener un impacto significativo en el rendimiento académico de los estudiantes, y entender esta relación puede ser crucial para implementar estrategias efectivas de apoyo y mejora del bienestar estudiantil (Bojorquez, 2019).

2.2.3. Conceptualización y antecedentes de Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBSC)

La Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) es un enfoque constructivista que se caracteriza por su énfasis en el pensamiento lineal y causal, así como en el contenido sobre el proceso de intervención. Derivada del enfoque sistémico, la TBCS no busca prolongar las sesiones de terapia indefinidamente, sino más bien implementar estrategias centradas en soluciones desde el principio, identificando los problemas, analizando los sistemas y generando alternativas para mejorar la situación de los pacientes (Cecchin Lipchik, 2004).

Este enfoque terapéutico busca evitar el pensamiento de normativismo, lo que pretende es, no instaurar un estándar único de individuo "sano" ni de "familia funcional". Por el contrario, sostiene la idea de que hay una diversidad de maneras de comportamiento

y reacción, por lo que ninguna de ellas es intrínsecamente superior a las demás. Además, desde la perspectiva de la TBCS, se considera que las categorías de "problema" y "solución" son discontinuas (Balmes, 2019).

La Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) es un enfoque terapéutico desarrollado por Steve de Shazer y Insoo Kim Berg a finales de la década de 1970 en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee, Estados Unidos. Este enfoque se caracteriza por su orientación hacia el futuro, centrada en soluciones y enfocada en los recursos del cliente. La TBCS surgió como una respuesta a las limitaciones percibidas de los enfoques terapéuticos tradicionales, que a menudo se centraban en explorar extensamente el pasado del cliente en busca de causas profundas de los problemas. De Shazer y Berg argumentaron que este enfoque no siempre era efectivo y propusieron una alternativa más pragmática y directiva (Lipchik et al., 2012).

Este tipo de terapia centrada en soluciones sostiene que no es necesario tener un profundo conocimiento sobre el origen de los problemas para poder encontrarles una solución. En su lugar, menciona que los pacientes tienen un deseo genuino de cambio y poseen recursos internos para lograrlo (De Shazer, 1988). Se busca identificar en la medida de lo posible las excepciones, en otras palabras, busca los momentos en los que el problema no aparece o no se manifiesta, para luego amplificarlos y atribuir el mérito del éxito a los clientes, de modo que puedan repetir esos momentos y hacer que la conducta problema desaparezca. Por lo tanto, cada sesión terapéutica se enfoca en generar soluciones en colaboración con el terapeuta para mejorar la forma en que se enfrenta el problema (Bayebach, 2013).

2.2.4. Principios de la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBSC)

- **Cada cliente es único**

Esta idea se vincula con la teoría de que los organismos vivos (los clientes) son influenciados debido a la manera en la que está organizada internamente. Los terapeutas centrados en la solución, al tener esto presente, evitan más fácilmente la inclinación natural de considerarse expertos en la solución de los problemas de un cliente específico basándose en soluciones que hayan funcionado en casos similares o les hayan sido útiles en su vida personal. Cada cliente y cada relación son únicos, de la misma manera (Esqueda, 2018).

La Terapia Centrada en Soluciones (TCS) se enmarca dentro del constructivismo. Recurrir repetidamente a una sola intervención refleja un método secuencial que implica una relación causa-efecto y se centra en el contenido en vez del proceso. La capacidad de encontrar la solución más eficaz y rápida para los clientes mejorará si el terapeuta los ve como personas únicas y adopta una actitud de "interés genuino" (Beyebach, 2012).

- **Los clientes poseen puntos fuertes y recursos intrínsecos para ayudarse a sí mismos**

Como terapeutas puede ser difícil recordar que no tenemos todas las respuestas y que no siempre debemos pretender arreglar al paciente, parte de este principio nos indica que se debe poner énfasis en identificar y utilizar los recursos internos y externos del cliente, como habilidades, experiencias previas y apoyo social, para promover el cambio. El propio paciente es el que sabe cómo ayudarse y, por tanto, es él quien tiene en sus manos la manera más efectiva de promover el cambio (Beyebach, 2012).

Este principio nos recalca la relevancia que tiene el solo hecho de que el paciente busque ayuda es ya estar promoviendo un deseo de cambio, de que las cosas sean diferentes en su vida, por tanto, dentro de la TBCS el terapeuta debe unirse al cliente para promover junto a él una vida más plena. Dentro de un proceso psicológico siempre existirán múltiples casos y en ocasiones habrá pacientes que tengan una perspectiva muy negativa de su vida hasta el momento, dentro de este principio lo que se busca es generar preguntas que le muestren la manera en la que lo ha sabido resolver pese a las adversidades y así, potencializar sus propios recursos (Beyebach, 2012).

- **Nada es totalmente negativo**

El principio propuesto tiene su respaldo dentro de la teoría de Maturana y Varela misma que propone que el cambio no puede ocurrir sin conservación. A menudo, los pacientes tienen una perspectiva de su situación de manera completamente catastrófica o negativa, sin tener conciencia de cómo han podido sobrellevar esa situación o cuando no se presenta la misma. Expresan deseos como "Necesito deshacerme de mi angustia", sin embargo, no logran comprender que sentirse algo angustiados puede ser beneficioso en ciertas circunstancias. Así mismo, al ser terapeutas, también somos propensos a no centrarnos en las excepciones, sino en el origen del problema. Por lo tanto, cuando los clientes nos presentan situaciones que involucran pérdidas personales, problemas de salud, dificultades económicas y asuntos legales simultáneamente, este principio nos lleva a reflexionar: "Sí, pero ¿qué les ha permitido seguir adelante y cómo podemos conservarlo y usarlo como punto de partida?". Esta perspectiva nos dirige hacia preguntas sobre su capacidad para enfrentar las dificultades, las cuales, especialmente en circunstancias relevantes será mucho más propicio preguntarle al paciente "¿Qué aspectos positivos aún existen en su vida cuando todo parece estar mal?" (Esqueda, 2018).

- **La resistencia no existe**

Este principio nos indica que el paciente no tiene una resistencia al cambio, que el solo hecho de acudir a terapia está ya generando un cambio en él, por lo cual lo nos indica es que si no se están generando cambios o avanzando en el proceso es por el hecho de que el terapeuta no sabe cómo provocar una cambio o perturbación en el paciente, que le permita al paciente reaccionar y buscar un modo más favorable o adaptativo. Por lo que el terapeuta deberá seguir observando el comportamiento del paciente a fin de conseguir esa perturbación y promover un cambio (Beyebach, 2012).

- **No se puede cambiar a los clientes; sólo ellos pueden cambiarse a sí mismos.**

Existen ocasiones donde los terapeutas que tienen un enfoque centrado en las soluciones pueden sentir que están compitiendo por el control con un paciente o que están esforzándose mucho para comunicar una idea. Como terapeutas se cree que los individuos están "cerrados a la información" y se dificulta el ser modificado desde el exterior, por tanto, este principio nos indica que debemos en ocasiones hacer que el cliente tome el control y nos permita saber cómo podemos ayudarle a lograr ese cambio que quiere obtener, ya que el cliente por sí mismo cuenta con los recursos para poder cambiar (García & Schaefer, 2015).

Un terapeuta no tiene la capacidad de cambiar a sus clientes. Por más que se esfuerce, diseñe intervenciones adecuadas y aproveche de manera acertada los recursos de los clientes o su red social, en última instancia son los propios clientes quienes se cambian a sí mismos. Es crucial recordar que la labor del terapeuta no consiste realmente en generar cambios (y mucho menos en forzar a nuestros clientes a cambiar), sino en

colaborar con las personas con las que trabajamos para construir contextos donde los cambios sean más probables (García & Schaefer, 2015).

- **La TCS avanza a paso lento.**

La Terapia Centrada en Soluciones (TCS) es un modelo breve, similar al desarrollado en la Brief Therapy Clinic del Mental Research Institute.

Generalmente, los modelos de TB ofrecen procesos psicológicos efectivos y de duración prolongada, a diferencia de otros enfoques terapéuticos. Sin embargo, la rapidez con la que se consigue estos cambios se logra al aplicar la intervención más adecuada para cada cliente, en lugar de recurrir apresuradamente a técnicas estándar. La pronta utilización de técnicas puede alargar el tratamiento al enfocarse en problemas que no son relevantes para las metas reales del cliente en la terapia (García & Schaefer, 2015).

La TCS también se adapta a casos que requieren un apoyo terapéutico a largo plazo. Los períodos intensos de contacto durante crisis, combinados con un apoyo constante y moderado, pueden resultar en mejoras sorprendentes y duraderas en el bienestar, siempre y cuando se enfoquen en metas específicas identificadas por el cliente y se aborden en un ambiente seguro, tranquilo y confidencial (González & Camarena, 2013).

Lo que propone este principio fundamentalmente es tener paciencia tanto con nosotros como terapeutas como con el paciente. En la TCS, inclusive al enfocamos únicamente en crear el entorno necesario para que los clientes puedan cambiar, seguimos practicando esta terapia (González & Camarena, 2013).

- **No hay causa y efecto**

Este principio nos indica que cada efecto tendrá una causa, que muchas ocasiones es imperceptible para el paciente. Por lo tanto, en lugar de permitir que los clientes nos guíen hacia preguntas como "¿Por qué existe este problema?", debemos dirigirnos hacia "¿Qué cambios se desean en el futuro?". Sin embargo, también debemos estar abiertos a discutir sobre causas y efectos si esa es la única manera en que los clientes pueden concebir una solución (González & Camarena, 2013).

- **Las soluciones no tienen que ver necesariamente con el problema**

Este principio fue desarrollado en el Brief Family Therapy Center en 1982, cuando se cambió de enfoque en lugar de centrarse en el problema se centra en la solución, como he mencionado anteriormente. Durante ese tiempo, se observó que la pregunta "¿Qué no quiere cambiar en la situación que lo trajo aquí?" tuvo un impacto positivo significativo más allá de simplemente describir el problema. De hecho, parecía estimular la creatividad en las acciones en los pacientes que no generaban cambios al momento en el que pensaban en los cambios que quisieran generar. Este principio nos recuerda que no debemos centrarnos únicamente en la causa efecto, ya que el hecho de que el paciente este haciendo algo por sí mismo propiciará un cambio, debido a que este es inevitable.

- **Las emociones son parte de todo problema y de toda solución**

Este principio nos hace conscientes de que las emociones son parte integrante del lenguaje y desempeñan un papel crucial en desarrollo para que los pacientes sepan tomar decisiones. Asimismo, nos subraya la importancia de estar sensibles al ambiente emocional que influye en nuestra relación con los clientes. En primer lugar, porque las personas aspiran a sentirse seguras, no angustiadas, y experimentan una mayor relajación

en este estado emocional. En segundo lugar, porque el estar relajados les permite estar más receptivos a sus propios recursos y a la nueva información (González & Camarena, 2013).

- **El cambio es constante e inevitable: un pequeño cambio puede llevar a cambios más grandes.**

Según el Mental Research Institute y la TCS, los problemas son parte natural de la vida que algunas personas abordan mediante terapia, mientras que otras se recuperan por sí solas. Se presume que el 40% de los pacientes logran recuperarse gracias a elementos externos a la terapia, y no hay evidencia sólida de que las personas que asisten a terapia no se habrían recuperado sin asistir a la misma.

La existencia está constantemente influenciada por la compleja interacción de nuestra vida, que van desde el núcleo familiar hasta conexiones globales, y por situaciones como conflictos bélicos, condiciones climáticas y fenómenos ambientales varios de los cuales no podemos controlar o predecir. Cambios en cualquiera de estos aspectos pueden tener un gran impacto en nuestra vida.

Cuando nos vemos sobrecogidos por la historia de un cliente y estamos tan indecisos como él sobre cómo proceder, el punto principal es reconocer que el cambio sucederá, ya que es inevitable. Luego, comprometernos con el paciente a tomar alguna acción, por pequeña que sea, que él perciba como significativa (González & Camarena, 2013).

- **No podemos cambiar el pasado, de modo que debemos concentrarnos en el futuro.**

Esta premisa es clara, aunque mantenerlo siempre presente puede resultar desafiante. La idea de que el cambio se da en el presente, es a partir del lenguaje, ya que el mismo solo puede ser generado en el presente. Los pacientes sabrán que es momento de finalizar el proceso psicológico, cuando logren comprender sus conductas pasadas que lo llevaron al problema. La comprensión del problema llega a ser un requisito para la solución del problema inclusive después de alcanzar los problemas (Beyebach, 2013).

2.2.5. Estrategias, técnicas y eficacia de la Terapia Breve Centrada en Soluciones.

2.2.5.1 Estrategias y Técnicas:

- Estrategias comunicacionales en la entrevista interventiva
 - Elicitar: Se refiere a conseguir soluciones, ya sea al iniciar una conversación sobre ellas utilizando “preguntas centradas en soluciones”, o al centrarse en los datos proporcionado por los pacientes de forma espontánea durante la conversación. Esta última estrategia requiere una escucha cuidadosa y enfocada en los recursos, lo que permite identificar soluciones incluso en las descripciones de los problemas planteados (Beyebach, 2013).
 - Ampliar: Solicitar precisiones y asistir a los consultantes en la generación de descripciones que se centren en conductas interactivas, específicas, concretas y positivas.

- Anclar: Apoyar a los consultantes a través de nuestras preguntas para que reconozcan cómo han logrado obtener mejoras o cómo pueden conseguir los objetivos. En la TBCS, no es suficiente con que las circunstancias cambien; es crucial que los consultantes comprendan cómo han propiciado dichos cambios. Por medio de esta manera es como el paciente podrá replicar lo que es más adecuado para sí mismo y así tendrá los recursos para hacerle frente a las diversas situaciones que se presenten en su vida.
- Ir despacio: Adaptarse al ritmo de cada uno de los pacientes respecto al cambio, esto implica respetar los silencios, las pausas entre otros, a fin de permitirle al paciente ser capaz de darse cuenta qué es lo más adecuado para sí mismo, a fin de que la situación mejore ahora mismo y en el futuro (González & Camarena, 2013).
- “Promover activamente la cooperación con el consultante”:

El enfoque no consiste en lograr que el usuario coopere con el terapeuta, sino en considerar cómo podemos como terapeutas colaborar con nuestros consultantes. En la (TBCS), la cooperación activa se logra, en primer lugar, al identificar los objetivos de los consultantes y adoptarlos como propios. Como segundo punto el terapeuta enfocado en soluciones da importancia y relevancia a la perspectiva que tiene el paciente sobre el problema y como tal, en lugar de confrontarlo, lo que hace es tomarlo en consideración para promover el cambio. Por último, dentro de este proceso es importante que el terapeuta utilice un lenguaje acorde al cliente y no trate de utilizar terminología terapéutica. Este proceso dialógico puede describirse también como un conjunto de técnicas que

abren el diálogo y validan las diferentes perspectivas del paciente, en pro de su mejoría (González & Camarena, 2013).

- “Técnicas de entrevista interventiva: las preguntas centradas en soluciones”:

- Proyección al futuro: Consiste en alentar al paciente a visualizar un futuro libre del problema. La versión clásica de esta técnica es la Pregunta Milagro. *“Imagínense que esta noche, después de ir a dormir, sucede un milagro y los problemas que les traen aquí se resuelven”*

- “Cambios pre-tratamiento”: Los cambios que se generan antes de la primera sesión son comunes en entornos ambulatorios, posiblemente porque buscar ayuda terapéutica ya genera una sensación de esperanza y promueve la acción para resolver el problema. En algunos casos, el efecto terapéutico puede relacionarse con la exposición pública de un problema previamente oculto o con la intención de dejarlo en manos de un profesional de la salud mental, lo que puede disminuir los sin no logrados de poder dar una solución a un determinado problema. Estas modificaciones previas a la terapia previos al tratamiento son significativas, ya que proporcionan una base de avances ya realizados y tienen más posibilidades de ser percibidos como controlados por los consultantes, dado que ocurrieron sin la intervención del profesional (González & Camarena, 2013).

- Excepciones: Se refiere a las ocasiones en las que el problema no ocurre, no se presenta, así como a aquellas en las que el problema

ocurre con una intensidad, duración o frecuencia reducidas. Es crucial iniciar ampliando la descripción de la excepción hasta obtener una comprensión detallada y específica, en términos de comportamiento, para luego comenzar a atribuir control.

- Pregunta Escala: Sugiere al consultante una escala que le permite identificar el grado de intensidad, ya sea del problema o del bienestar. Por ejemplo, de 1 al 10 siendo 10 lo más intenso y 1 lo más leve cuánto malestar te genera esta situación. O, por el contrario, desde el inicio del proceso cuánto ha mejorado el problema (González & Camarena, 2013).
- Preguntas de afrontamiento: Se utilizan para discutir los recursos del consultante en circunstancias negativas, inclusive en casos de adversidad extrema. Inclusive en situaciones donde resulta complejo identificar excepciones o mejoras, por lo que es prudente no forzar al paciente en encontrarlas, sino adaptarse a la actitud negativa del consultante y así generar preguntas en torno a ello que le permita ver que en realidad no todo es negativo.
- Secuencia pesimista: Esta técnica es utilizada cuando el paciente solo logra enfocarse en lo negativo y catastrófico de su vida, sin manifestar señales de esperanzas de que la situación mejore. Por tanto, el terapeuta deberá tener un enfoque aún más negativo que el propio paciente.
- Prevención de recaídas: El primer paso es indagar e los elementos y factores que podrían provocar un retroceso en el paciente y de

ese modo discutir durante el proceso las técnicas y herramientas que pueden ser útiles para evitar que esto ocurra.

- **Elogios:** Implica destacar las acciones positivas que los clientes están llevando a cabo, hacerle reconocer lo que están haciendo bien, sus habilidades, sus herramientas, etc. Asimismo, se pueden generar elogios validando sus emociones, virtudes, cualidades y valores. Por lo general, los elogios se reservan para el cierre de la sesión, sin embargo, es importante que los elogios sean auténticos, ya que de lo contrario podrían carecer de credibilidad (González & Camarena, 2013).
- **Tareas:** La idea es sugerir al consultante algo en qué pensar o hacer entre sesiones. Estas actividades se basan en lo discutido durante la entrevista y se diseñan para ser lo más simples posible. Para garantizar que los clientes cumplan con las sugerencias, se propondrá tareas solamente a los pacientes que estén dispuestos a cumplir con las mismas; a aquellos que se presentan aun proceso psicológico y aun no son conscientes del problema, simplemente se les elogia.

2.2.5.2. Eficacia.

Los datos respaldan que la TBCS es un método breve del cual se obtiene resultados positivos entre 3 y 6 sesiones, según la mayoría de investigaciones disponibles. También se evidencia que la TBCS es adaptable a diversos contextos, tanto clínicos como no clínicos. Sin embargo, algunos estudios sugieren que añadir algunas sesiones más dentro de este enfoque breve podría mejorar los resultados (Beyebach , 2013).

Por medio de los estudios controlados realizados de TBSC se evidencia que se logra un efecto en los pacientes entre pequeño, moderado y superior, de este modo se ha podido comprobar la eficacia de este tratamiento, hasta la fecha se continúa realizando más estudios controlados que permitan corroborar los cambios positivos que esta técnica tiene en la vida del paciente.

En la actualidad, contamos con numerosos estudios de proceso y proceso resultado que respaldan los efectos positivos de ciertas TCS, como el planteamiento de objetivos y la conversación sobre los cambios previos al tratamiento. Estos estudios también proporcionan información sobre cómo hacer un uso adecuado del lenguaje al aplicar dichas técnicas y advierten sobre los posibles riesgos asociados con el uso excesivo de algunas de ellas (Beyebach, 2013).

2.3 MARCO LEGAL

2.3.1. MAIS

“En el artículo 7, literal e. de la citada Ley determina que los estudiantes tienen, entre otros, el derecho a recibir gratuitamente servicios de carácter social, psicológico” (MAIS, 2012, p 50)

2.3.2. LOES

Art. 86.- Unidad de bienestar estudiantil. - “Las instituciones de educación superior mantendrán una unidad administrativa de Bienestar Estudiantil destinada a promover la orientación vocacional y profesional, facilitar la obtención de créditos, estímulos, ayudas económicas y becas, y ofrecer los servicios asistenciales que se determinen en las normativas de cada institución. Esta unidad, además, se encargará de promover un ambiente de respeto a los derechos y a la integridad física, psicológica y

sexual de las y los estudiantes, en un ambiente libre de violencia, y brindará asistencia a quienes demanden por violaciones de estos derechos” (Ley Orgánica De Educación Superior, LOES, 2010, p 33).

2.3.3. CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR:

Art. 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (Constitución de la República del Ecuador, 2021, p 18).

Art. 345.- “La educación como servicio público se prestará a través de instituciones públicas, fiscomisionales y particulares. En los establecimientos educativos se proporcionarán sin costo servicios de carácter social y de apoyo psicológico, en el marco del sistema de inclusión y equidad social” (Constitución de la República del Ecuador, 2021, p 168).

Art. 347.- Será responsabilidad del Estado:

6. “Erradicar todas las formas de violencia en el sistema educativo y velar por la integridad física, psicológica y sexual de las estudiantes y los estudiantes” (Constitución de la República del Ecuador, 2021, p 168).

2.3.4 Reglamento de la Unidad de Bienestar Estudiantil Universitaria

Capítulo I

Declaratoria de principios

Artículo 2: “La Unidad de Bienestar Estudiantil Universitario de La UNIANDES tiene los siguientes ámbitos y competencias (Ocampo, 2018)”

a.- “Atender el Bienestar Bio-psicosocial de la Comunidad Universitaria, mediante la atención profesional de las diferentes problemáticas que se presente.”

b.- “Realizar todos los programas encaminados a la consecución del Bienestar Estudiantil Universitario tomando en cuenta la igualdad de oportunidades y necesidades reales de la comunidad universitaria” (Ocampo, 2018)”

c.- “La realización de actividades y prestación de servicios para la comunidad universitaria tales como: Atención Médica, Atención Psicológica, Trabajo Social, Orientación Vocacional y Profesional” (Ocampo, 2018)”.

d.- “La realización de programas de asistencia en el ámbito Médico, Psicológico, Social y Académico”.

g.- “Programar actividades encaminadas a lograr la adaptación y bienestar del estudiante en el medio universitario” (Ocampo, 2018)”.

Art. 14.- “Todos los estudiantes legalmente matriculados, de forma libre y voluntaria, podrán acceder a la atención que ofrece La UNIANDES a través los siguientes servicios”:

2. Atención Psicológica: “A todos los estudiantes que lo soliciten, a lo largo de la carrera, como parte integral de su proyecto de vida personal y profesional. Para ello se procede a consignar los datos de identificación y personales en el Registro del Estudiante, custodiado con absoluta confidencialidad, en la cual se anotarán las entrevistas subsecuentes de seguimiento” (Ocampo, 2018)”. Las entrevistas pueden durar desde 30 minutos a una hora. La intervención puede abarcar las siguientes áreas:

Orientación personal: Se brinda apoyo psicológico en casos de:

- 1) “Estudiantes que interpersonales; presenten conflictos en sus relaciones”.
- 2) “Resiliencia en casos de baja autoestima, situaciones de estrés y otros”.

2.3.4. Consideraciones Bioéticas

PRINCIPIOS ÉTICOS DE LOS PSICÓLOGOS-CÓDIGO DE CONDUCTA.
AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA) Enmiendas 2010

«Principio A. Beneficencia y no maleficencia. Los psicólogos se esfuerzan por hacer el bien a aquéllos con quienes interactúan profesionalmente y asumen la responsabilidad de no hacer daño. En sus acciones profesionales, tratan de salvaguardar el bienestar y los derechos de aquéllos con quienes interactúan profesionalmente y de

otras personas afectadas, como el bienestar de animales utilizados en la investigación. Cuando aparecen conflictos entre las obligaciones o intereses de los psicólogos, intentan resolverlos de una manera responsable que evite o minimice el daño ya que los juicios y acciones científicos y profesionales de los psicólogos pueden afectar la vida de otros, están atentos a y se cuidan de factores personales, financieros, sociales, institucionales o políticos que pudieran llevar al mal uso de su influencia. Los psicólogos se esfuerzan por ser conscientes de los posibles efectos de su propia salud física y mental sobre su habilidad para ayudar a aquéllos con quienes trabajan.» (APA, 2010).

«Principio E. Respeto por los derechos y la dignidad de las personas. Los psicólogos respetan la dignidad y el valor de todas las personas y el derecho a la privacidad, a la confidencialidad y a la autodeterminación de los individuos. Los psicólogos tienen conocimiento de que puede ser necesario proteger los derechos y el bienestar de las personas y las comunidades cuya vulnerabilidad afecte la toma de decisiones de manera autónoma. Los psicólogos conocen y respetan las diferencias de roles, culturales e individuales, incluso las relacionadas con la edad, el género, la raza, el origen étnico, la cultura, la nacionalidad, la religión, la identidad u orientación sexual, la discapacidad, el idioma y el nivel socioeconómico y consideran estos factores al trabajar con miembros de estos grupos. Los psicólogos intentan eliminar el efecto que pueda producir en su trabajo cualquier tipo de prejuicio basado en estos factores y no participan ni permiten actividades de terceros basadas en dichos prejuicios a sabiendas.» (APA, 2010)

Investigación y publicación

- Autorización institucional: «En caso de que se requiera autorización institucional, los psicólogos proveen información precisa acerca de sus propuestas de

- investigación y obtienen la autorización correspondiente antes de realizar la investigación. Dirigen la investigación de acuerdo con el protocolo autorizado».
- Consentimiento informado para la investigación (a) «Al obtener el consentimiento informado en los términos requeridos en la Norma 3.10, Consentimiento informado, los psicólogos informan a los participantes acerca de (1) el propósito de la investigación, la duración estimada, y los procedimientos; (2) su derecho a rehusarse a participar y retirarse de la investigación una vez que su participación haya comenzado; (3) las consecuencias previsibles de rehusarse o retirarse; (4) los factores razonablemente previsibles que puedan influenciar su voluntad de participar, tales como riesgos potenciales, incomodidad o efectos adversos; (5) cualquier beneficio posible de la investigación; (6) los límites de la confidencialidad; (7) los incentivos por la participación; y (8) a quién contactar para preguntar acerca de la investigación y los derechos de los participantes en investigaciones. (b) Al realizar intervenciones de investigación que involucren el uso de tratamientos experimentales, los psicólogos informan a los participantes al inicio de la investigación sobre (1) la naturaleza experimental del tratamiento; (2) los servicios que estarán o no disponibles para el o los grupos control si fuera apropiado; (3) los medios a través de los cuales se realizarán las designaciones de los tratamientos y los grupos control; (4) tratamientos alternativos disponibles si un individuo no desea participar en la investigación o desea retirarse una vez que el estudio haya comenzado; y (5) la compensación o costo monetarios por la participación, incluyendo si se solicitará o no un reembolso para el participante o una tercera parte responsable del pago» (APA, 2010).
 - «Cliente/Paciente, estudiantes y participantes subordinados de investigación (a) Cuando los psicólogos llevan adelante investigaciones con clientes/pacientes,

estudiantes, o subordinados como participantes, toman las medidas para proteger a los eventuales participantes de las consecuencias de rehusarse o retirar su participación. (b) Cuando la participación en una investigación sea requisito de un curso o permita obtener créditos extra, se le da al eventual participante la posibilidad de elegir actividades alternativas equivalentes».

- «Oferta de incentivos para la participación en investigación (a) Los psicólogos realizan todos los esfuerzos razonables para evitar ofrecer incentivos excesivos o inapropiados, financieros o de cualquier otro tipo, para la participación en investigación cuando tales incentivos pudieran ser coercitivos. (b) Al ofrecer servicios profesionales como incentivo para la participación en investigación, los psicólogos aclaran la naturaleza de los servicios, así como los riesgos, obligaciones y limitaciones».
- «Engaño en la investigación (a) Los psicólogos no llevan adelante un estudio que involucre consignas engañosas a menos que hayan determinado que el uso de las técnicas engañosas está justificado por el eventual y significativo valor científico, educativo o aplicado y que no es posible utilizar procedimientos alternativos eficaces que no sean engañosos. (b) Los psicólogos no administran consignas engañosas a los eventuales participantes, en investigaciones que les pudieran causar dolor físico o un severo malestar emocional. (c) Los psicólogos dan a conocer a los participantes las técnicas engañosas utilizadas como parte integral del diseño y aplicación de un experimento tan pronto como sea posible, preferentemente al término de su participación y nunca después de la finalización de la recolección de datos, permitiéndoles a los participantes retirar los suyos» (APA, 2010).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Descripción del área de estudio/Grupo de estudio

Se llevó a cabo una investigación/ intervención en la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES) sede Ibarra, ubicada en las calles Juan José Flores y Juan de Salinas (Imbabura-Ibarra). En la investigación participan estudiantes mujeres de la carrera de Odontología desde primero hasta séptimo semestre, en edades a partir de los 18 años. La carrera de Odontología cuenta con 538 estudiantes, de las cuales el 61, 5% de la población (331) son mujeres.

La Uniandes tiene como misión preparar individuos con niveles avanzados de educación, tanto en investigación como en práctica profesional, que sean éticos, solidarios y competitivos, con la capacidad de impactar en el desarrollo tanto a nivel nacional como internacional. Sin embargo, para cumplir con este objetivo es importante que sus estudiantes sean capaces de tener un adecuado control emocional, buena tolerancia a la frustración y al estrés, además de tener un adecuado ambiente que propicie dicho desarrollo.

Se ha elegido como grupo de estudio a la población de estudiantes mujeres de la carrera de Odontología de Universidad Uniandes sede Ibarra debido a que esta población está sujeta a muchos cambios evolutivos, problemas familiares, situaciones económicas diversas, que muchas veces pueden desencadenar en el desarrollo de una psicopatología, haciendo que la persona presente altos niveles de estrés y ansiedad y, por tanto, será un campo adecuado para poder desarrollar la investigación que se pretende .

Las participantes seleccionadas para el estudio proporcionaron su consentimiento informado, previa comunicación por parte de la investigadora sobre los objetivos, alcances y metodología del estudio. Se garantizó el anonimato de las participantes y se aseguró el uso ético de la información obtenida. Además, el estudio contó con la aprobación de la dirección de la institución involucrada.

3.2. Enfoque y tipo de investigación

La presente investigación se basó en un enfoque cuantitativo, empírico-analítico o racionalista. Este enfoque busca explicar, predecir y controlar fenómenos, así como validar teorías para identificar sus causas subyacentes (Hernández & Mendoza, 2018). Por lo tanto, este paradigma respalda investigaciones orientadas a verificar hipótesis mediante el análisis estadístico de variables específicas.

Se empleó un enfoque cuantitativo, según lo indicado por Sánchez (2019), donde se trabajan fenómenos medibles utilizando métodos estadísticos para analizar la información recolectada. Este enfoque se centra en recopilar y analizar datos para responder preguntas científicas y poner a prueba hipótesis previamente formuladas, apoyándose en mediciones numéricas y estadísticas para alcanzar resultados precisos. En

cuanto al diseño, se trata de un diseño Pre-Experimental, como señalan Chávez et al. (2020). Este diseño implica administrar un tratamiento o estímulo a un grupo para formular hipótesis y luego medir una o más variables para evaluar sus efectos. En este caso, las variables se evaluaron mediante prueba pre-post test, y se intervino a un único grupo, sin incluir un grupo de control ni una lista de espera.

El alcance de la presente investigación es exploratorio-descriptivo, que implica explorar un tema o fenómeno para comprender sus características y comportamientos, sin establecer relaciones causales. Se centra en describir y examinar detalladamente la naturaleza de un problema o situación. En este tipo de investigación, el investigador recopila datos principalmente a través de observaciones, entrevistas o encuestas, con el objetivo de generar hipótesis o comprender mejor un área poco estudiada (Villalba, 2009).

3.2 Población y Muestra

Población

Según lo señalado por Hernández y Mendoza (2018) en su libro, la población se define como el conjunto de elementos que satisfacen ciertas especificaciones y que se ha seleccionado para abordar un problema particular. Por los motivos antes expuestos podemos decir que la población a estudiada fueron 331 estudiantes de la carrera de Odontología de sexo femenino, de la Universidad Regional Autónoma de los andes.

Hernández y Mendoza (2018) explican que la muestra, según su definición, constituye una fracción de la población seleccionada mediante métodos de muestreo probabilísticos o no probabilísticos, a partir de la cual se obtiene la información para el estudio. En este caso, se emplea un método no probabilístico, específicamente el de conveniencia. Esta elección permite que la muestra esté formada por individuos que

acceden voluntariamente a participar en la investigación, sin necesidad de aplicar una fórmula para su selección.

En relación con el estudio en cuestión, tras la recopilación de datos epidemiológicos en la primera fase, dirigida a las estudiantes mujeres de la carrera de Odontología de la Universidad Uniandes sede Ibarra, se procedió a la selección de la muestra. Esta muestra está constituida por estudiantes que, durante dicha fase de evaluación, hayan mostrado niveles moderados de ansiedad puntuaciones entre 6 a 14 en el test de Hamilton y en el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo STAI puntuaciones >13 a < 85 que además cumplan con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Para poder establecer quienes formaran parte de este grupo se utilizará los siguientes criterios de inclusión y exclusión que se describen en la Tabla 1:

Tabla 1
Criterios de inclusión y exclusión población y muestra

Inclusión	Exclusión
Estudiantes mujeres legalmente matriculados en la carrera de Odontología de la Uniandes sede Ibarra	Estudiantes no estén legalmente Matriculados en la carrera de Odontología en Uniandes sede Ibarra
Mujeres	Hombres
Tener 18 años cumplidos	Tener 17 años o menos
Estudiantes mujeres que presenten niveles de ansiedad moderados	Estudiantes que no presenten altos niveles de ansiedad
Estudiantes que firme el consentimiento informado y deseen participar	Estudiantes que no firme el consentimiento informado y manifiesten su deseo de no participar
Todo nivel socioeconómico	
Estudiantes que llenen la encuesta sociodemográfica	Estudiantes que no llenen la encuesta sociodemográfica

Estudiantes que no presente un diagnóstico de trastornos psicológicos	Estudiantes que presente un diagnóstico de trastornos psicológicos
Estudiantes que no tomen psicofármacos	Estudiantes que tomen psicofármacos

Nota: Tabla que describe los criterios de inclusión y exclusión a considerar para la población que se va a intervenir

Fuente: Lasso, 2024

Elaboración: Lasso, 2024

El número de estudiantes que reflejó niveles moderados de ansiedad fueron n° 54, sin embargo, después de analizado en la población los criterios de inclusión y exclusión el grupo total fue de n° 45 estudiantes, al número total de estudiantes se les convocó a una reunión, con el objetivo de poder explicarles en qué consistía el proceso y proporcionarles toda la información del mismo, pese a ello, del total de chicas convocadas solo n° 15 estudiantes accedieron voluntariamente a participar, las razones expuestas por las demás estudiantes para no participar indicaban que algunas no estaban interesadas, algunas manifestaron que no querían que se interrumpa sus formación académica y otras por el contrario, indicaban que no vivían cerca y tenían que realizar otras actividades como trabajo y temas extracurriculares. A las 15 estudiantes que aceptaron participar se las reunió en un único grupo de trabajo

3.3 Procedimiento

Para el desarrollo de la presente investigación se tomó en cuenta los siguientes pasos propuestos por (Villalba, 2019), en primera instancia se formula la idea a investigar, toda investigación surge de una idea; es imprescindible contar con una idea para comenzar una investigación. Las ideas representan el primer paso hacia la realidad que se explorará en la investigación, en este caso, se tomó en cuenta los estudiantes que acudían a consulta dentro del departamento de psicología, mismos que en su mayoría eran mujeres de la

carrera de Odontología, las consultantes manifestaban en su gran mayoría síntomas de ansiedad, lo que nos lleva a preguntarnos si existía ansiedad en la población de estudiantes de dicha carrera y qué se podía hacer para poder reducirla.

El siguiente paso a desarrollar fue el planteamiento del problema, mismo que refiere Villalba (2019) consiste en describirlo, definirlo y contextualizarlo teóricamente, así como proponer posibles soluciones que puedan ser verificadas. También implica identificar fuentes de información y métodos para recolectar y analizar dicha información. De esta manera, se realizó un análisis general, sobre todo de la viabilidad de la investigación, así como también, una revisión de los estudios previos relacionados tanto fuera como dentro del país, de esta manera se pudo plantear los objetivos y la pregunta de investigación que encaminan este trabajo investigativo.

Como tercer paso se procedió a realizar una exhaustiva revisión bibliográfica, que permitió de forma amplia y detallada, describir algunos conceptos útiles que nos permitan definir con claridad qué es ansiedad, además de tener claro el concepto de Terapia Breve Centrada en Soluciones y sus principales técnicas a utilizar. El paso siguiente fue definir el tipo de investigación, en este caso es cuantitativa, debido a que dentro de la investigación se manejarán datos de tipo estadístico, ya que se aplicará prueba pre y post test. A su vez el alcance es exploratorio, ya que en primera instancia se levantaría una data epidemiológica del nivel de ansiedad que subyace en la población de estudiantes mujeres de la carrera de Odontología, por otra parte, es descriptiva, ya que se detallaran los resultados encontrados dentro de este estudio a modo tal de probar su eficacia.

Con toda la información recopilada se formula la hipótesis, aquí se identificó, conceptualizó y se operativizó las variables de la investigación, así mismo posteriormente se procedió a seleccionar el diseño de la investigación, en este caso es un diseño

preexperimental, debido a que se manejó solo un grupo intervenido, no hubo grupo control o lista de espera.

Para la población es importante enfatizar en que se trabajó con la población total de estudiantes mujeres de la carrera, mismas que son 331 estudiantes. A esta población se le aplicó dos test descritos en la Tabla 2 y Tabla 4 para la primera fase de evaluación diagnóstica. Después de seleccionar se le asignó a un único grupo para recibir la intervención psicológica. Este grupo fue sometido a una evaluación inicial (pretest) y se estableció un plan de tratamiento que determinó la cantidad de sesiones necesarias.

Es relevante destacar que en la recopilación de datos (fase inicial - recolección de datos epidemiológicos), se utilizó Google Forms para automatizar el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y la Escala de Ansiedad de Hamilton. Posteriormente, estos datos se transfirieron a Excel, lo que permitió crear una matriz de datos con la información obtenida para su posterior análisis. De este modo se estableció un grupo único de intervención confirmados por n° 15 estudiantes mujeres, para el análisis de los datos recopilados se utilizó el software IBM SPSS Statistics 27 para utilizar herramientas estadísticas y validar las hipótesis planteadas. Se realiza una prueba de normalidad en el grupo de intervención y se elige la prueba estadística adecuada según la naturaleza de la investigación.

En el último paso se discuten los resultados en relación con los objetivos establecidos, lo que conduce a la formulación de conclusiones y la preparación del trabajo final para su posterior publicación y difusión. Es relevante mencionar que antes de la implementación de la intervención, se elaboró un anteproyecto que fue presentado ante el comité científico de la Universidad Técnica del Norte, con el fin de recibir retroalimentación y obtener la aprobación final del trabajo.

3.4. Instrumentos

Tabla 2

Escala de ansiedad de Hamilton

FICHA TECNICA	
Nombre original	Hamilton Anxiety Scale (HAS)
Autor	Max R. Hamilton
Autor de la adaptación española	Carrobles y Cols (1986)
Objetivo	Evalúa la intensidad y grado de la ansiedad
Número de ítems	14 ítems
Dirigido a	Adultos
Tiempo de aplicación	10 a 30 minutos

Nota: Ficha técnica de la Escala de ansiedad Hamilton utilizada para el estudio.

Fuente: Hamilton, 1959

Elaboración: Lasso, 2024

La Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue desarrollada en 1959. Inicialmente compuesta por 15 ítems, en una revisión posterior en 1969, cuatro de ellos fueron combinados en dos, reduciendo así el total a 13. Además, en 1969 se dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos subcategorías: "somáticos musculares" y "somáticos sensoriales", resultando en un total de 14 ítems. Esta versión es la más utilizada en la actualidad (versión 2).

Su propósito principal es evaluar el nivel de ansiedad en pacientes con diagnóstico previo, sin embargo, según el autor, no se recomienda su uso para cuantificar la ansiedad en presencia de otros trastornos mentales, como la agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia.

«La Escala de Ansiedad de Hamilton consta de 14 ítems, 13 de los cuales se refieren a signos y síntomas de ansiedad, mientras que el último evalúa el comportamiento del paciente durante la entrevista. Es administrada por el terapeuta después de una entrevista que no debe prolongarse más allá de los 30 minutos. El autor proporciona una serie de signos y síntomas para cada ítem como guía para su evaluación, aunque no hay puntos de anclaje específicos. Se debe considerar tanto la intensidad como la frecuencia de cada ítem. Cada ítem se califica en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton señala que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que rara vez debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados».

La Escala de Calificación de Ansiedad de Hamilton consta de catorce ítems. En esta escala, cada ítem se presenta junto a una descripción breve de los criterios en un formato específico. Estas descripciones, en forma de frases cortas, detallan el ítem y proporcionan orientación al médico para una evaluación adecuada. Junto a cada ítem se muestra una escala de cinco puntos, del 0 al 4, representados en un cuadro. Cada criterio en la escala representa un sentimiento independiente relacionado con la ansiedad. La contribución de cada uno de estos criterios de calificación independientes es crucial para evaluar la gravedad de la ansiedad del paciente.

Modo de corrección: Al ser unidimensional se deben sumar todos los valores obtenidos en cada ítem.

Interpretación: “Una vez obtenido el puntaje total puede oscilar entre 0 y 56 puntos. También es posible obtener dos puntuaciones adicionales que corresponden a la ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y la ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13)”.

A continuación, en la Tabla 3 se muestra los intervalos para la Escala de Ansiedad de Hamilton, que sirven de referencia en la investigación propuesta:

Tabla 3
Intervalos escala de Ansiedad de Hamilton

Puntaje total obtenido	Interpretación
0-5	Sin ansiedad
6-14	Ansiedad leve- moderada
15-56	Ansiedad mayor (grave)

Nota: Intervalos de puntuaciones para la interpretación del nivel de ansiedad de la escala de Ansiedad de Hamilton
Fuente: Hamilton, 1959
Elaboración: Lasso, 2024

Tabla 4
Ficha técnica Cuestionario STAI

FICHA TÉCNICA	
Nombre original	State-Trait Anxiety Inventory
Autor	Spielberger, Gorsuch y Lushene
Autor de la adaptación española	G. Buela A. Guillém N. Seisdedos
Objetivo	Evalúa la intensidad y grado de la ansiedad
Número de ítems	14 ítems
Dirigido a	Adultos
Tiempo de aplicación	15 a 30 minutos

Nota: Tabla que contiene la descripción de la ficha técnica de la Cuestionario STAI
Fuente: Spielberger, et al., 1982
Elaboración: Lasso, 2024

«El STAI se compone de dos escalas de autoevaluación distintas que miden dos conceptos de ansiedad independientes: la ansiedad como estado (A/E), que se refiere a una condición emocional transitoria que puede cambiar con el tiempo y variar en intensidad, y la ansiedad como rasgo (A/R), que se refiere a una propensión ansiosa relativamente estable que permanece latente hasta que es activada por algún estímulo situacional. La escala A/E consta de 20 frases que solicitan al individuo describir cómo se siente en el momento presente, con cuatro alternativas de respuesta que van de 0 a 3, reflejando la intensidad (0 = nada, 1 = algo, 2 = bastante, 3 = mucho)» (Spielberger et al., 2023).

“Por otro lado, la escala A/R también consta de 20 expresiones que piden a la persona describir cómo se siente en general, en la mayoría de las ocasiones, eligiendo una de las cuatro alternativas de respuesta que también van de 0 a 3, pero esta vez basadas en la frecuencia de presentación (0 = casi nunca, 1 = a veces, 2 = a menudo, 3 = casi siempre)” (Spielberger et al., 2023).

Modo de corrección:

«Se obtendrá dos puntuaciones diferentes para la ansiedad, una Ansiedad Estado (A/E) y otra Ansiedad Rasgo(A/R). Para calcularlas, se suman las puntuaciones de los 20 ítems correspondientes. Cada puntuación total varía entre 0 y 60 puntos. En la escala A/E, diez ítems indican ansiedad y diez la ausencia de ella (los ítems 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20), y se debe invertir la puntuación asignada a la intensidad para estos últimos. En la escala A/R, trece ítems indican ansiedad y siete no (los ítems 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39), y se debe invertir la puntuación asignada a la frecuencia de presentación para estos últimos» (Spielberger et al., 2023).

Interpretación:

«No existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas (PD) que se obtienen se transforman en centiles (PC) en función del sexo y la edad. La puntuación centil indica el tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto es superior en la variable apreciada por el instrumento. En la tabla 5 se detallan los intervalos de las puntuaciones que se consideran importante en este estudio».

Tabla 5

Escala valorativa en centil Cuestionario STAI

Interpretación	Ansiedad Estado (A/E)	Ansiedad Rasgo(A/E)
Muy Alto	86-99	77-99
Medio Alto	71-85	55-76
Promedio	66-70	50-54
Medio Bajo	46-65	25-49
Muy Bajo	1-45	1-24

Nota: Descripción de la escala valorativa del Cuestionario STAI, tomado del manual Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI en su 10.^a edición de 2023

Fuente: Spielberger, et al., 1982

Elaboración: Lasso, 2024

Tabla 6
Encuesta sociodemográfica

FICHA TECNICA	
Nombre original	Encuesta Sociodemográfica
Autor	Cristina Lasso G
Dimensiones	Género, edad, estado civil, nivel socioeconómico
Edad	18 a más
Dirigido a	Jóvenes universitarios
Número de Ítems	10 ítems
Tiempo de aplicación	10 minutos

Nota: Encuesta sociodemográfica creada para la investigación

Fuente: Lasso,2024

Elaboración: Lasso, 2024

La metodología para recopilar datos consiste en una encuesta sociodemográfica diseñada por la investigadora. Esta encuesta tiene como objetivo identificar variables como el sexo, la edad, el estado civil y el nivel socioeconómico de los participantes.

Intervención en Terapia Breve Centrada en Soluciones

La Intervención en Terapia Breve Centrada en Soluciones, tiene como finalidad poder ayudar a las jóvenes estudiantes mujeres de la carrera de Odontología de la Universidad Uniandes sede Ibarra a reducir sus niveles de ansiedad manifiestos. Por tal razón se realiza una planificación de trabajo, misma que se encuentra detallada en la Tabla 7. Las intervenciones se desarrollarán en las instalaciones de la Universidad Uniandes y constan de 9 sesiones con una duración aproximada de 90 minutos por cada una, con frecuencia de una vez por semana.

Tabla 7
Planificación de las sesiones a realizar

Número de Sesión	Objetivo	Recursos	Descripción	Resultados esperados	Tiempo
Primera	Crear empatía y establecer rapport con la participante, además de explorar el motivo de su consulta.	Pizarra Marcadores Borrador Hojas de papel Sillas cómodas Espacio amplio y libre de distracciones.	<p>Se llevará a cabo la presentación del equipo y la explicación del método de trabajo.</p> <p>También se realizará una fase inicial de interacción social para establecer una buena relación (rapport), con actividades rompe hielos.</p> <p>Durante esta fase, se harán preguntas sobre cambios previos al tratamiento para identificar excepciones (pregunta de excepción ¿Cuándo no ocurre esto?</p> <p>Además, se evaluará la problemática principal según el análisis funcional,</p> <p>Se concluirá con un mensaje final que incluirá elogios a las participantes y la asignación de tareas específicas (Listado de heridas y cómo sería mi vida si pudiera liberarme de ellas).</p> <p>Principio del formulario</p> <p>Final del formulario</p>	<p>Establecimiento de un adecuado rapport y la cohesión grupal.</p> <p>Lograr que las participantes sean capaces por su propia cuenta de lograr identificar excepciones.</p>	90 minutos

Segunda	<p>Establecimiento de las reglas grupales</p> <p>Definir con precisión y establecer los objetivos terapéuticos con el grupo</p> <p>Aplicar de los instrumentos de evaluación previos al tratamiento (prueba pre test (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo y Escala Hamilton).</p>	<p>Pizarra</p> <p>Marcadores</p> <p>-</p> <p>Borrador</p> <p>-</p> <p>Hojas de papel</p> <p>Sillas cómodas</p> <p>Laptop.</p> <p>Espacio amplio y libre de distracciones.</p>	<p>Se definirá con el grupo las reglas que regirán durante el tiempo de la intervención.</p> <p>Se utilizará dos instrumentos de evaluación para la prueba pre-test.</p> <p>Durante la sesión, se empleará la pregunta milagro como complemento para identificar las metas terapéuticas.</p> <p>Después, se llegará a un consenso con los participantes sobre la demanda a través de la pregunta "¿Qué espero lograr con la terapia?", con el fin de clarificar la información.</p> <p>Por último, se aplicará la pregunta escala, para al final realizar un seguimiento y verificar si esta escala aumento o disminuyó</p> <p>Por último, se da el mensaje final del equipo que incluía elogios y asignación de tareas.</p>	<p>Establecimiento de reglas grupales para un desempeño armónico del grupo</p> <p>Identificar las metas terapéuticas en el grupo</p>	<p>90 minutos</p>
Tercera	<p>Investigar las excepciones:</p>	<p>Pizarra</p> <p>Marcadores</p>	<p>Los primeros minutos de la sesión se dedican a explorar y expandir las excepciones, así como a</p>	<p>Lograr que las</p>	<p>90 minutos</p>

<p>identificarlas, profundizar en su análisis y entender su influencia en la toma de decisiones, el desempeño diario y la conducta.</p>	<p>Borrador Hojas de papel Sillas cómodas Laptop. -Listado de registro de asistencia Espacio amplio y libre de distracciones.</p>	<p>fomentar la atribución consciente de control interno y definir los próximos pasos o metas. Posteriormente, se llevó a cabo una revisión detallada de las tareas, incluyendo la lista de heridas emocionales y visualizando cómo sería la vida al liberarse de ellas. Se realizará la pausa, para darle el mensaje final por parte de la psicóloga y se intercambiará elogios entre las participantes</p>	<p>participantes se den cuenta de los propios recursos con los que cuentan y que las soluciones vienen desde ellas mismas.</p>
---	---	---	--

Por último, se enviará la tarea.

Cuarta	Resignificar el discurso de cada una de las participantes en cuanto a las autoetiquetas que se han generado hasta el momento.	Pizarra Marcadores Borrador Hojas de papel Sillas cómodas Laptop. Listado de registro de asistencia Espacio amplio y libre de	Se propiciará una introspección respecto a la autoetiqueta y en qué momentos las participantes no se han sentido de ese modo, posteriormente con esta toma de conciencia se procederá a generar con cada una, una resignificación de lo que antes significaba esa etiqueta en su vida y lo que significa ahora. De manera consecutiva se procederá a pedir a cada una de las participantes que en la	Lograr que las participantes puedan dar un sentido diferente a las autoetiquetas que tienen y de ese modo con esta nueva perspectiva se logre reducir gradualmente sus síntomas de ansiedad.	90 minutos
--------	---	--	---	--	------------

		distracciones.	hoja que se les proporcionará puedan realizar un plan de vida con la siguiente consigna ¿Cómo sería tu vida al terminar este proceso de intervención?		
			Al finalizar la sesión se generará una reestructuración de la autoetiqueta y entre todas las participantes se compartirán elogio, se enviará una tarea específica en relación con la sesión, en este caso se envía a realizar una lista de predicciones de qué creen que pueda pasar durante la semana.		
Quinta	Identificar recursos potenciales en el propio participante	Pizarra Marcadores Borrador Hojas de papel Sillas cómodas	Junto con las participantes se examinará las fortalezas y recursos personales que se posee. Consecutivamente se discutirán situaciones pasadas en las que se manejó bien la ansiedad.	Crear conciencia de los propios recursos de afrontamiento que poseen las participantes para hacerle frente a situaciones que generen estrés-ansiedad.	90 minutos
	Explorar y desafiar patrones de pensamiento negativos.	Laptop. Listado de registro de asistencia Espacio amplio y libre de distracciones.	Se ayudará a que las participantes puedan ser capaces de detectar pensamientos-emociones-acciones, para que puedan evidenciar que, si se logra realizar un cambio de pensamiento, se podrá cambiar la forma de afrontamiento	Diminución de los pensamientos catastróficos o negativos.	

			Se concluirá con el mensaje final y él envió de tarea.		
Sexta	Desarrolla estrategias efectivas para enfrentar situaciones ansiosas. Fomenta la adaptabilidad y flexibilidad	Pizarra Marcadores Borrador Hojas de papel Sillas cómodas Laptop. Listado de registro de asistencia Espacio amplio y libre de distracciones	Se iniciará la sesión realizando una retroalimentación de las sesiones realizadas y de todo lo trabajado hasta el momento. La psicóloga enfatizará en los recursos que las propias participantes ya poseen y se realizará la siguiente pregunta ¿Qué te ha permitido seguir adelante y cómo podemos preservarlo y tomarlo como base para futuro afrontamiento de problemas, sobre todo los que generan más ansiedad? Las participantes deberán anotar en una hoja la respuesta para luego ser socializada. Posteriormente, se identificarán los programas y actividades que generen emociones positivas en las participantes, así como también se analizará el impacto de las actividades en el estado de ánimo. Se concluye la sesión con la realización de técnicas de mindfulness, como estrategia para gestionar las emociones trabajadas durante la sesión.	Lograr desarrollar nuevas estrategias, que le permitan a las participantes manejar de una forma más óptima los niveles de ansiedad que se pueden llegar a manifestar.	90 minutos

Séptima	Examinar la relación entre carga académica y ansiedad	Pizarra Marcadores Borrador Hojas de papel	Se realizará preguntas que ayuden a encontrar si uno de los factores que generan ansiedad es la sobre carga académica en las participantes	90 minutos
	Evaluar el sistema de apoyo de las participantes.	Sillas cómodas Laptop.	Se guiará en el un plan estructurado para manejo de tiempo y que de ese modo la carga estudiantil se pueda llevar de una forma óptima a fin de que no genere altos niveles de ansiedad en las participantes.	
	Mejora las habilidades de comunicación interpersonal.	Listado de registro de asistencia Espacio amplio y libre de distracciones	Indagar en cuál es el sistema de apoyo con el que cuentan las participantes y de ese modo invitarles a utilizar el mismo como red de apoyo ante situaciones de crisis o que generen ansiedad.	

Octava	Desarrollar estrategias para mantener los logros.	Pizarra Marcadores Borrador Hojas de papel	Apoyar a las participantes a que a través de nuestras preguntas para reconozcan cómo han logrado obtener mejoras o cómo pueden alcanzar sus metas. Es crucial que entendamos que, no basta con que la situación mejore; es crucial que las participantes comprendan cómo han provocado esos cambios. De esta manera, podrán replicar lo que funciona y estarán preparados para hacer frente a posibles recaídas	Brindar estrategias que ha futuro ayuden a las participantes a prevenir que estas situaciones con altos niveles de ansiedad vuelvan a pasar	90 minutos
	Preparar las participantes para el futuro, ofreciendo recursos para situaciones desafiantes.	Sillas cómodas Laptop. Listado de registro de asistencia Espacio amplio y libre de			

		distracciones			
Novena	Revisar y celebrar los progresos alcanzados. Reforzar la autoeficacia y la confianza. Prevenir recaídas Aplicar prueba post-test.	Pizarra Marcadores Borrador Hojas de papel Sillas cómodas Laptop. Listado de registro de asistencia Espacio amplio y libre de distracciones	Se realizará una retroalimentación de todo lo realizado en el proceso y se dará seguimiento a la pregunta escala, a fin de lograr evidenciar si hasta el momento el nivel de ansiedad por las participantes disminuido o ha aumentado. Al final se aplicará la prueba post-test del test de Hamilton y el Cuestionario STAI para verificar si ha dado resultados la intervención. Por último, se realizará el cierre de la sesión con un mensaje dado por las participantes.	Disminución de los niveles de ansiedad. Con las estrategias adquiridas poder prevenir que la situación se agrave.	90 minutos

Nota: Tabla que describe por sesiones el plan de trabajo a ejecutarse con el grupo de chicas que participan en la intervención.

Fuente: Lasso, 2024

Elaboración Lasso, 2024

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Evaluación Diagnóstica Inicial

4.1.1. Perfil Sociodemográfico de la Población

Se procedió con la elaboración del perfil sociodemográfico (Tabla 8) después de aplicar la encuesta sociodemográfica a 275 estudiantes mujeres de la carrera de Odontología de la Universidad Uniandes sede Ibarra. Esta encuesta permitió recopilar información detallada sobre las siguientes variables: edad, estado civil, nivel socioeconómico, semestre.

En relación a la edad, se observó un rango que va desde los 17 años como mínimo hasta los 37 años como máximo, con una edad promedio de 21 años y una desviación estándar de 3,28.

Tabla 8
Categoría edad-encuesta sociodemográfica

Rango de edad	Frecuencias	Porcentaje
17-23	253	92%
24-30	18	6,5%
31-37	4	1,5%
Edad	Media	Desviación Estándar
17-37	21	3,28

Fuente: Lasso, 2024
Elaboración: Lasso, 2024

Tabla 9
Categoría estado civil- encuesta sociodemográfica

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	265	96,4%
Casada	10	3,6%
Divorciada	0	0
Unión libre	0	0
Viuda	0	0
Total	275	100%

Fuente: Lasso, 2024
Elaboración: Lasso, 2024

En cuanto al estado civil (Tabla 9), se encontró que 265 estudiantes son solteras, siendo el grupo más numeroso con un 96,4% del total. Por otro lado, 10 estudiantes están casados (3.6%). No se registraron estudiantes viudas, divorciadas o con Unión libre.

Tabla 10*Categoría ingresos económicos- encuesta sociodemográfica*

Ingresos	Frecuencia	Porcentaje
0-400	26	9,55%
401-800	93	33,8%
801-1200	106	38,5%
1201-mas	50	18,2%
Total	275	100%

Fuente: Lasso, 2024

Elaboración: Lasso, 2024

En términos de ingresos económicos (Tabla 10), la mayoría de estudiantes indicó que sus ingresos van desde los \$801 hasta los \$1200 con un total de 106 (38,5%). Las estudiantes que se identificaron con el rango de ingresos de \$401 a \$800 son 93 (33,8%), así mismo las estudiantes que se ubican en el rango de mayor a \$1200 son 50 (18,2%) mientras que 26 estudiantes mencionaran estar en entre el rango de menos de \$400 (9,5%).

Tabla 11
Categoría semestre-encuesta sociodemográfica

Semestre	Frecuencia	Porcentaje
Primero	83	30,2%
Segundo	45	16,4%
Tercero	28	10,2%
Cuarto	35	12,7%
Quinto	45	16,4%
Sexto	27	9,8%
Séptimo	12	4,4%
Total	275	100%

Fuente: Lasso, 2024
 Elaboración: Lasso, 2024

Por otra parte, en relación al semestre (Tabla 11), se puede constatar que la mayoría de estudiantes 83(30,3%) son de primer semestre, en segundo se encuentran 45(16,4%), tercero 28(10,2%), cuarto 35(12,7%), quinto 45(16,4), sexto 27(9,8) y finalmente en séptimo se registraron 12 estudiantes (4,4%).

Tabla 12
Categoría hijos- encuesta sociodemográfica

Hijos	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	4,7
No	262	95,3
Total	275	100

Fuente: Lasso, 2024
Elaboración: Lasso, 2024

Finalmente se pudo constatar que dentro de la población 13 estudiantes equivalente al (4,7%) son madres de al menos un hijo/a, mientras que el resto de las estudiantes 262 (95,3%) no tiene ningún hijo/a (Tabla 12).

4.1.2. Datos descriptivos de la evaluación diagnóstica test de Hamilton

Se evaluó en la población las escala de Ansiedad de Hamilton para poder identificar los niveles de ansiedad en la población de jóvenes universitarias de la carrera de Odontología, evidenciando según la escala valorativa establecidos del manual de interpretación del test de Hamilton se puede deducir lo siguiente (Tabla 12) 192 (69.8%) estudiantes manifiestan alto nivel de ansiedad, es decir, ansiedad mayor, por otra parte 55(20%) presentan ansiedad leve-moderada y solo 28 (10.2%) se manifiesta sin ansiedad.

Tabla 13
Escala valorativa test de Hamilton

Puntaje total/Interpretación	Frecuencia	Porcentaje
(0-5) Sin Ansiedad	28	10,2%
(6-14) Ansiedad Moderada	55	20%
(15-56) Ansiedad Mayor	192	69,8%
Total	275	100%
Media: 23,2		Desviación Estandar:12.6

Nota: Resultado encontrados del levantamiento de data epidemiológica en la investigación en base a la escala valorativa del nivel de ansiedad de la escala de Ansiedad de Hamilton

Fuente: Hamilton, 1959

Elaboración: Lasso, 2024

4.1.2. Datos descriptivos de la evaluación diagnóstica Cuestionario STAI

Tabla 14
Escala Valorativa Cuestionario STAI

Ansiedad Estado (A/E)			Ansiedad Rasgo (A/R)		
Centil/Interpretación	Frecuencia	Porcentaje	Centil/Interpretación	Frecuencia	Porcentaje
(86-99) Muy Alto	124	45,1%	(81-99) Muy Alto	121	44%
(71-85) Medio Alto	77	28%	(61-80) Medio Alto	69	25,1%
(66-70) Promedio	21	7,6	(51-60) Promedio	19	6,9%
(46_65) Medio Bajo	26	9,5	(26-50) Medio Bajo	38	13,8%
(0-45) Muy Bajo	27	9,8	(0-25) Muy Bajo	28	10,1%

Total	275	100%	275	100%	
Media: 77	Desviación Estándar:	29,92	Media: 70	Desviación Estándar:	25,52

Nota: Resultado encontrados del levantamiento de data epidemiológica en la investigación en base a la escala valorativa del nivel de ansiedad estado/ rasgo tomado del Manual de Cuestionario STAI en su 10.^a edición de 2023

Fuente: Spielberger, et al., 1982

Elaboración: Lasso, 2024

Dentro de los resultados arrojados de la aplicación del Cuestionario STAI (Tabla 14) para la categoría de ansiedad estado (A/E) encontramos que 124 (45,1%) estudiantes presenta un índice muy alto, 77(28%) se ubica en medio alto, mientras que 21 (7,6%) está en un índice promedio, por el contrario 26 (9,5%) estudiantes se sitúa en el rango de medio bajo y finalmente 27 (9,8%) se encuentra en un nivel muy bajo de ansiedad estado.

Para la categoría de Ansiedad Rasgo(A/R), los hallazgos fueron los siguientes, 121(44%) estudiantes se ubica en el índice muy alto, así mismo 69(25,1%) esta sitúa en medio alto, mientras que 19 (6,9%) está en un índice promedio, por el contrario 38 (13,8%) estudiantes se sitúa en el rango de medio bajo y finalmente 28 (10,1%) se encuentra en un nivel muy bajo de Ansiedad Rasgo.

En base a los resultados que nos arroja el Cuestionario STAI aplicado a la población podemos decir que existe un alto nivel tanto de Ansiedad Estado, como de Ansiedad Rasgo, lo que indica que la mayor parte de la población de estudiantes evaluadas se encuentra manifestando niveles elevados de tensión, estrés. nerviosismo, mismos que pueden estar experimentándose de manera prolongada en las estudiantes, lo que podría estar interfiriendo con su rendimiento y desempeño académico.

4.2 Datos obtenidos en el pre-test

4.2.1 Perfil sociodemográfico de la muestra para la Intervención en (TBCS)

Para los fines de la presente investigación, se trabajó con las estudiantes que presentaban niveles moderados de ansiedad (n=54) sin embargo, como se indica con anterioridad el grupo final estuvo conformado por (n=15) estudiantes que aceptaron participar y asistieron con regularidad. Cabe mencionar en este punto que, de las 54 estudiantes ubicadas en nivel de ansiedad moderado, 9 de ellas se descartaron en base a los criterios de inclusión y exclusión, siendo en su mayoría menores de edad, el resto de estudiantes indico varios motivos que les impedían participar, por lo que finalmente la intervención se realizó con 15 participantes.

Los resultados obtenidos de la encuesta sociodemográfica se muestran en la Tabla 15 reflejando una edad media de 21 años, encontrándose la mayor parte de la población en una edad comprendida entre los 18 y 23 años, reflejando el 86,6% de la población, la gran parte de las estudiantes que conformaba el grupo (93,3%) son de estado civil solteras, mientras que solo el 13.3% tienen hijos, en su defecto el 46,7% se sitúa en un ingreso económico de 801-1200, el semestre con el mayor número de estudiantes es primero con el 26,7%

Tabla 15*Resultados obtenidos población a intervenir-encuesta sociodemográfica*

Variables Cuantitativas		
Rango de edad	Frecuencias	Porcentaje
18-23	13	86,6%
24-30	1	6,7%
31-37	1	6,7%
Edad: 17-37	Media: 21	Desviación estándar: 2
Variables Cualitativas		
Estado Civil	Frecuencias	Porcentaje
Soltera	14	93,3%
Casada	1	6,7%
Divorciada	0	0%
Unión libre	0	0%
Viuda	0	0%
Ingresos económicos	Frecuencias	Porcentaje
0-400	2	13,3%
401-800	4	26,7
801-1200	7	46,7%
1201-mas	2	13,3%
Semestre	Frecuencias	Porcentaje
Primero	4	26,7%
Segundo	3	20%
Tercero	1	6,7%
Cuarto	2	13,3%
Quinto	2	13,3%
Sexto	3	20%
Séptimo	0	0%
Hijos	Frecuencias	Porcentaje
Si	2	13,3%
No	13	86,7%

Fuente: Lasso, 2024

Elaboración: Lasso, 2024

4.2.2 Datos descriptivos de la evaluación pre-test Escala de Hamilton

Tabla 16

Datos de la prueba pre-test Escala de Hamilton.

Puntaje total/Interpretación	Frecuencia	Porcentaje
(0-5) Sin Ansiedad	0	0%
(6-14) Ansiedad Moderada	11	73,3%
(15-56) Ansiedad Mayor	4	26,7%
Total	15	100%
Media: 12	Desviación Estándar: 2,53	

Nota: Tabla que describe los datos obtenidos de la aplicación de la prueba pre-test de la Escala Hamilton, a la población antes de la intervención con Terapia Breve Centrada en Soluciones TBCS

Fuente: Lasso, 2024

Elaboración: Lasso, 2024

Dentro de la tabla 16, nos refleja que 11 estudiantes equivalente al 73,3% de la población se sitúa en ansiedad moderada, mientras que 4 (26,7%) estudiantes se encuentra ubicada en ansiedad mayor, en su defecto no se registró que existan estudiantes sin ansiedad.

4.2.3. Datos descriptivos de la evaluación pre-test Cuestionario STAI

Tabla 17

Datos de la prueba pre-test Cuestionario STAI

A/E			A/R		
Centil/Interpretación	Frecuencia	Porcentaje	Centil/Interpretación	Frecuencia	Porcentaje
(86-99) Muy Alto	2	13,3	(81-99) Muy Alto	2	13,3
(71-85) Medio Alto	3	20%	(61-80) Medio Alto	4	26,7
(66-70) Promedio	10	66,7	(51-60) Promedio	9	60%
(46-65) Medio Bajo	0	0%	(26-50) Medio Bajo	0	0%
(0-45) Muy Bajo	0	0%	(0-25) Muy Bajo	0	0%
Total	15	100%		15	100%
Media: 69	Desviación Estándar:	18,4	Media: 64	Desviación Estándar:	13,7

Nota: Tabla que describe los datos obtenidos de la aplicación de la prueba pre-test de la Cuestionario STAI, a la población antes de la intervención con Terapia Breve Centrada en Soluciones TBCS

Fuente: Lasso, 2024

Elaboración: Lasso, 2024

Se puede evidenciar en los datos descritos en la tabla 17 que para Ansiedad Estado el 66,7% se ubica en ansiedad moderada, mientras que el 20% se sitúa en un rango medio alto, el (13,3%) se encuentra en un rango muy alto, por el contrario, no se encontró estudiantes que no manifiesten ansiedad Estado (A/E).

En cuanto a Ansiedad Rasgo (A/R) el 60% de estudiantes se encuentra en un rango promedio (ansiedad moderada), así mismo el 26.7% indica que se sitúa en ansiedad medio alto, El 13,3 % indica que se encuentra en el índice muy alto de ansiedad Estado

rasgo, no se encontró ninguna participante que se sitúa en el rango de medio baja y muy baja

4.3 Datos obtenidos de la evaluación post -test

4.3.1. Datos descriptivos de la evaluación pos-test Test de Hamilton

Tabla 18

Datos obtenidos de la prueba pos-test Escala de Hamilton

Puntaje total/Interpretación	Frecuencia	Porcentaje
(0-5) Sin Ansiedad	9	60%
(6-14) Ansiedad Moderada	6	40%
(15-56) Ansiedad Mayor	0	0%
Total	15	100%
Máximo: 10	Media: 6	Desviación Estándar: 2,65
Mínimo: 2		

Nota: Tabla que describe los datos obtenidos de la aplicación de la prueba post-test de la Escala Hamilton a la población luego de la intervención con Terapia Breve Centrada en Soluciones TBCS

Fuente: Lasso, 2024

Elaboración: Lasso, 2024

Como se puede observar en los datos descritos en la Tabla 18 el 60% de las estudiantes intervenidas en la Terapia Breve Centrada en Soluciones se manifiesta en la escala de Hamilton sin ansiedad, mientras que el 40% restante se ubica dentro de ansiedad modera, por el contrario, no se registran estudiantes que luego de la intervención se ubiquen dentro de ansiedad mayor (grave)

Tabla 19*Datos obtenidos de la prueba pos-test Cuestionario STAI*

Ansiedad Estado (A/E)			Ansiedad Rango (A/R)		
Centil/Interpretación	Frecuencia	Porcentaje	Centil/Interpretación	Frecuencia	Porcentaje
(86-99) Muy Alto	0	0%	(81-99) Muy Alto	0	0%
(71-85) Medio Alto	0	0%	(61-80) Medio Alto	0	0%
(66-70) Promedio	2	13,3%	(51-60) Promedio	3	20%
(46-65) Medio Bajo	3	20%	(26-50) Medio Bajo	3	20%
(0-45) Muy Bajo	10	66,7%	(0-25) Muy Bajo	9	60%%
Total	15	100%	Total	15	100%
Máximo: 70	Media: 42		Máximo: 60	Media: 29	
Mínimo: 15	Desviación Estándar: 16,7		Mínimo: 10	Desviación Estándar: 17,01	

Nota: Tabla que describe los datos obtenidos de la aplicación de la prueba post-test del Cuestionario STAI a la población luego de la intervención con Terapia Breve Centrada en Soluciones TBCS

Fuente: Lasso, 2024

Elaboración: Lasso, 2024

Como se describe en la tabla 18 para Ansiedad Estado (A/E) se observa una media de 29 y una desviación estándar de 17,1. Por otro lado en el rango de muy bajo se sitúan el 60% de las estudiantes intervenidas, mientras que el 20 % está en el rango medio bajo y el 20% se ubica en el rango promedio, no se encuentra estudiantes que luego de la intervención se sitúe en un rango medio alto o muy alto para (A/R).

Para Ansiedad Rasgo (A/R) se observa una media de 29 y una desviación estándar de 17,01. Por otro lado, en el rango de muy bajo se sitúan el 66,7% de las estudiantes intervenidas, mientras que el 20 % está en el rango medio bajo y el 13,3% se ubica en el

rango promedio, no se encuentran estudiantes que luego de la intervención se sitúe en un rango medio alto o muy alto para (A/E).

4.4 Prueba de diferencias pre/post-test de la intervención en Terapia Breve Centrada en Soluciones

4.4.1 Prueba de diferencias pre/post-test de la intervención en Terapia Breve Centrada en Soluciones Escala Hamilton

Para evaluar los efectos de la intervención en Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) (Tabla 18), primero se realizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk sobre las diferencias entre los resultados pre y post intervención, obteniendo un valor $p=0,56$, lo cual indica una distribución normal. Por lo tanto, se aplicó la prueba T de Student para muestras relacionadas, revelando una diferencia altamente significativa ($p < 0,001$) entre los resultados pre y post intervención. Este hallazgo subraya la eficacia de la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) en la reducción de la sintomatología ansiosa en las estudiantes, disminuyendo los niveles de ansiedad de 12 (nivel de ansiedad moderado) a 6 (nivel bajo de ansiedad ausencia de síntomas). Además, se observó un tamaño del efecto grande con una D de Cohen de 2,31 (0,75 de tamaño de efecto considerable).

Tabla 20
Eficacia de la intervención en Terapia Breve Centrada en Soluciones Escala Hamilton

Pre-test	Post-test	Estadístico	Valor P	D de Cohen	Tamaño de efecto r
Media: 12 DE:2,53	Media: 6 DE: 2,65	0,952	<,001	2,31	0,75

Nota: Tabla que describe la eficacia que tuvo la TBCS en la población al compararse las pruebas pre y posttest de la Escala de Hamilton, mostrando su eficacia en el resultado de Valor P (valor del efecto), D de Cohen (tamaño del efecto), tamaño del efecto r (fuerza de relación entre dos variables).

4.4.2 Prueba de diferencias pre/post-test de la intervención en Terapia Breve Centrada en Soluciones Cuestionario STAI

Se procedió a realizar la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk sobre las diferencias entre los valores pre y post test del Cuestionario STAI específicamente en Ansiedad Estado (A/E), obteniendo un resultado de distribución no normal ($p=0,008$). Por lo tanto, se optó por aplicar la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas (Tabla 19), la cual reveló una diferencia significativa ($p=0,004$). Antes de la intervención, las estudiantes mostraban niveles alto y muy alto de ansiedad, con una media de 69 (DE: 18,4), mientras que después de la intervención, presentaron niveles muy bajos de ansiedad, con una media de 42 (DE: 16,7).

Por otro lado, en cuanto a Ansiedad Rango (A/R) se puede decir que se obtuvo un valor $p=0,63$ lo cual indica una distribución normal. Por lo tanto, se aplicó la prueba T de Student para muestras relacionadas, revelando una diferencia altamente significativa ($p < 0,001$) entre los resultados pre y post intervención. Este hallazgo subraya la eficacia de la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) en la reducción de la sintomatología ansiosa en las estudiantes, disminuyendo los niveles de ansiedad de 64 (nivel de ansiedad medio alto) a 29 (nivel medio bajo de ansiedad ausencia de síntomas). Además, se observó un tamaño del efecto grande con una D de Cohen de 2,11 (0,72 de tamaño de efecto considerable).

Tabla 21

Eficacia de la intervención en Terapia Breve Centrada en Soluciones Cuestionario STAI

ANSIEDAD ESTADO (A/E)					
Pre-test	Pos-test	Estadístico	Valorp:		
Media: 69 DE: 18,4	Media: 42 DE: 16,7	0,824	0,004		
ANSIEDAD RASGO (A/R)					
Pre-test	Pos-test	Estadístico	Valor P	D de Cohen	Tamaño de efecto r
Media: 64 DE: 13,7	Media: 29 DE: 17,01	0,956	0,63	2,11	0,72

Nota: Tabla que describe la eficacia que tuvo la TBCS en la población al compararse las pruebas pre y postest del Cuestionario STAI, mostrando su eficacia en el resultado de Valor P (valor del efecto), D de Cohen (tamaño del efecto), tamaño del efecto r (fuerza de relación entre dos variables).

Fuente: Lasso, 2024

Elaboración: Lasso, 2024

4.5. Discusión de los resultados

En su investigación, Agudelo et al., (2018.) señalaron que, en el ámbito universitario, los estudiantes suelen experimentar ansiedad, lo cual puede afectar su desempeño académico, su permanencia en la institución y su bienestar psicológico en general.

Por otro lado, Espinoza et al. (2005) encontraron que en Colombia en estudiantes universitarios de la carrera de Pedagogía y Tecnología el 36% de los estudiantes que participaron en el estudio, al comenzar con sus prácticas preprofesionales presentaban el nivel de ansiedad muy alto, mientras que únicamente 19% no la experimentaba.

En cuanto al estudio realizado por Villagómez Romero (2018) en la Facultad de Odontología de la UDLA, se observó que los estudiantes de cuarto a octavo semestre experimentaban ansiedad durante la realización de actividades prácticas en entornos clínicos, particularmente en asignaturas de la disciplina de Clínica, predominando niveles de ansiedad medio y alto.

En muchos casos, los síntomas de ansiedad surgen en relación con el estrés académico, aunque no siempre se manifieste un cuadro clínico clásico. Uno de los objetivos de la presente investigación es evaluar el nivel de ansiedad manifiesto en la población de estudiantes mujeres de la carrera de Odontología de la Universidad Unianandes sede Ibarra, donde se puede observar que la gran mayoría de estudiantes (69.8%) se ubica en niveles altos de ansiedad, lo que coincide con investigaciones previas realizadas, como la investigación propuesta por Santos et al. (2021) realizada de igual manera en la Carrera de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, corroborando la existencia de altos niveles de ansiedad en estudiantes universitarios reflejando el 50,8% de la población presente en este rango.

En el entorno analizado por Santos et al. (2021), se observó que los individuos más jóvenes mostraron niveles más elevados de ansiedad, coincidiendo con hallazgos previos en estudiantes colombianos documentados por Salamanca et al. (2017). Por otro lado, Villarreal et al. (2018) también encontraron que los estudiantes de entre 18 y 22 años constituían el grupo con mayor prevalencia de altos niveles de ansiedad en su estudio, los resultados hallados en las investigaciones citadas corroboran lo encontrado en nuestra investigación, ya que la media de edad en nuestra población encuestada es de 21 años encontrándose dentro del rango citado por Villarreal.

Tanto la presente investigación realizada como las investigaciones que antecedentes, coinciden en el alto nivel de ansiedad manifiesto en estudiantes universitarios, sobre todo de las carreras de salud como es el caso de Odontología. Dichos niveles pueden estar interfiriendo con el rendimiento académico y la deserción estudiantil, como lo muestra la investigación Arco et al. (2015) donde nos indica que existe el 73% de probabilidades de que un estudiante de niveles altos de ansiedad tenga un bajo rendimiento académico.

Como se indica el que los estudiantes universitarios presenten altos índices de ansiedad repercute significativamente en su vida estudiantil, por tanto, se llevó a cabo una intervención en Terapia Breve Centrada en Soluciones con la finalidad de reducir los síntomas de la ansiedad. La intervención consistió en una terapia grupal de 9 sesiones aproximadamente de 90 minutos, con una frecuencia una vez por semana. La coterapeuta dentro de este proceso fue la psicóloga institucional de Uniandes sede Ibarra. Dentro de la intervención se encontraron ideaciones principalmente negativas y generalmente tenían que ver con la autoestima, sentimientos de minusvalía por parte de las estudiantes. Es importante destacar que el proceso se centró en reducir la sintomatología ansiosa y para ello, fue relevante trabajar en estos aspectos manifiestos. Adicionalmente a los resultados obtenido dentro de las pruebas post test, es significativo recalcar que las estudiantes fueron conscientes de las cosas que pueden y no pueden controlar, de este modo se trabajó en la autoestima, el hecho de poder haber utilizado los elogios como estrategia interventiva pudo hacer notar a las participantes de las habilidades y validar por ellas mismo sus estrategias de afrontamiento que ya poseían, presentes en diversas circunstancias de su vida. De esta manera, una vez realizada la mencionada intervención se puede verificar su eficacia reflejado en los niveles de ansiedad de la prueba pre y post

test, mismas que indican un disminución considerable de los niveles de ansiedad, en ambas pruebas post test (Escala Hamilton y Cuestionario STAI) se denota un rango bajo de ansiedad (sin sintomatología ansiosa) por lo que podemos mencionar que se demostró una significancia estadística alta en cuanto a la intervención , ya que el trabajar en la definición funcional, accesible y clara del problema, sin culpas y centrada en el presente, junto con la identificación de intentos previos de resolverlo, ayuda a los individuos, por un lado, a mejorar su comprensión de lo que están experimentando y por qué lo están experimentando (aceptación). Por otro lado, los motiva a enfrentar los cambios necesarios (compromiso) generando así los propios recursos de las participantes a fin de que de este modo se redujo los síntomas de ansiedad y se brindó la posibilidad de que las estudiantes desarrollen sus propios recursos de afrontamiento ante posibles futuros síntomas de ansiedad que se pueden generar por su desenvolverse diario y académico.

De forma general podemos decir que tanto esta investigación como en anteriores se evidencia el índice elevado de ansiedad en estudiantes universitarios y como este nivel afecta a su rendimiento y desempeño académico, por tanto, es relevante la importancia de generar un tratamiento, es así que la intervención en Terapia Breve Centrada en Soluciones se muestra eficaz para reducir los niveles de ansiedad, por tanto, se generó un aporte importante en el contexto país, ya que en el Ecuador solo se ha determinado la incidencia, sin embargo, no se ha generado un tratamiento y es por medio de esta intervención que se puede tener una línea base para más intervenciones en pro de la reducción de los síntomas de ansiedad en esta población. Por ultimo las estudiantes manifestaron su agradecimiento por este proceso y se sintieron satisfechas de poder haber participado, solicitando que estos espacios no se pierdan, sino que más bien se promuevan, ya que son de mucha utilidad para el bienestar mental de esta población.

CONCLUSIONES

- La mayoría de estudiantes mujeres de la Carrera de Odontología de la Universidad Uniandes sede Ibarra estudiada presentó niveles altos de ansiedad.
- Al aplicar la terapia Breve Centrada en Soluciones se logró la disminución significativa de los síntomas ansiosos presentes en la población de estudiantes, ya que esta técnica permitió que cada una de las estudiantes intervenidas genere soluciones para reducir esta sintomatología por sus propios recursos.
- La intervención basada en Terapia Breve Centrada en Soluciones aplicada al grupo de estudiantes mujeres de Carrera de Odontología de la Universidad Uniandes sede Ibarra que participaron en el preexperimental mostró ser efectiva en la disminución de la sintomatología ansiosa con cambios notables antes y después del programa, corroborados con la prueba pre y post test aplicada a la población intervenida.

RECOMENDACIONES

- Ampliar y profundizar las investigaciones sobre las terapias breves ya que es crucial por los efectos que tiene esta técnica de intervención y a su vez, es relevante ya que las TB no están creciendo al ritmo esperado por la creciente demanda en nuestro país.
- Crear programas gratuitos de atención psicológica, con el objetivo de poder ayudar a los estudiantes universitarios a reducir sus síntomas de ansiedad y que los mismos no se agraven con el transcurso del tiempo.
- Elaborar nuevos estudios que examinen la conexión que existe entre las diferentes etapas académica y los niveles de ansiedad, así como también los niveles elevados de estrés con el rendimiento y la deserción académica y poder ampliarlo a diversas universidades y disciplinas académicas.

BIBLIOGRAFÍA

APA. (2010). *Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta American Psychological Association (APA) enmiendas 2010*. Facultad de Psicología UBA. https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf

Arbildo-Vega, H., Lecca-González, & Vidal-Mosquera, A. (2014). *LEVELS OF ANXIETY IN DENTAL STUDENTS OF A PERUVIAN UNIVERSITY*. <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/viewFile/130/109>

Arco, J., López, S., Heilborn, V., & Fernandez, F. (2015, September). *Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo “La Cartuja.”* International Journal of Clinical and Health Psychology; Volumen 5 Número 3.

Barrera-Herrera, A., & Vinet, E. V. (2017). *Adulthood Emerging and cultural characteristics of the stage in Chilean university students.* *Terapia Psicológica*, 35(1), 47–56. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082017000100005>

Beyebach, M. (1999). *INTRODUCCIÓN A LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN LAS SOLUCIONES*. Universidad de Salamanca. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/46590463/IntroduccionTBCS-libre.pdf?1466245682=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DMark_Beyebach_2.pdf&Expires=1704749794&Signature=QoouLfi53DmuOkXed~T

Beyebach, M. (2012). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Herder Editorial. 978-84-254-2964-4

Beyebath, M. (2013). LA TERAPIA FAMILIAR BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES. In *Universidad Pontificia de Comillas*. <https://pavlov.psyciencia.com/2013/12/El-modelo-de-la-Terapia-Familiar-Centrada-en-Soluciones-.pdf>

Bojorquez, J. (2019). *ANSIEDAD Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS* (pp. 18–19). Universidad de San Martín de Porres. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2247/bojorquez_jd.pdf

Chacón, E. (2021). GENERALIDADES SOBRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>

Cedillo, B. (2010). *Efecto del contexto en el desarrollo de tolerancia y tolerancia cruzada a los efectos ansiolíticos del diazepam y midazolam*. Universidad Autónoma de México UNAM; México.

Cedillo, B. (2018). GENERALIDADES DE LA NEUROBIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, Vol. 20 Núm. 1. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/issue/view/4551>

Creswell, C., Viator, M., Fairbanks, H., White, E., Parkinson, M., Abitabile, G., Leidi, A., & Cooper, P. J. (2017). Clinical outcomes and cost-effectiveness of brief guided parent-delivered cognitive behavioural therapy and solution-focused brief therapy for treatment of childhood anxiety disorders: a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(7), 529–539. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30149-9](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30149-9)

De la Cruz Gil, R. (2021). Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada con terapia breve estratégica. *Revista Científica Retos de La Ciencia*, 5(11), 77–85. <https://doi.org/10.53877/rc.5.11.20210701.08>

De la Fuente Blanco, I., Alonso, Y., & Vique, R. (2019, julio 4). Terapia Breve Centrada en soluciones: Un modelo teórico racional. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 268-273.

Del Pilar, J. A. (2008). Mental Health and Latino/a College Students. *Journal of Hispanic Higher Education*, 8(3), 263–281. <https://doi.org/10.1177/1538192708328891>

Díaz, I., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7009167>

Eisenberg, D., Hunt, J., & Speer, N. (2013). Mental Health in American Colleges and Universities. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(1), 60–67. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e31827ab077>

Espinoza, J. C., Esguerra, G., Polonía, A., & Rodríguez, A. (2005, Julio). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2). http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-99982005000200007&script=sci_arttext

Esqueda, N. (2018, Febrero). “Reestructuración Cognitivo-Emocional tras un proceso de duelo integrando Técnicas Breves Centradas en Soluciones y Cognitivo-Conductuales”. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE

PSICOLOGÍA. Retrieved July 15, 2024, from <https://core.ac.uk/download/pdf/227485529.pdf>

Fajardo, L. A., Hoyos, J. C., & Betancur, A. C. (2017). Niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en los estudiantes de Psicología de los dos últimos semestres en una Institución de Educación Superior, Privada, en el Valle de Aburra.

[https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/6031/1/TESIS%20DE%20GRADO%](https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/6031/1/TESIS%20DE%20GRADO%20NIVELES%20DE%20ANG)

[20NIVELES%20DE%20ANG](https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/6031/1/ANG)García, F., & Schaefer, H. (2015). *Manual de técnicas de Psicoterapia Breve. Mediterráneo.*

[González, K., & Camarena, H. \(2013\). Manual de Terapia Breve Centrada en Soluciones.SIEDAD%20FINAL.pdf](https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/6031/1/ANG)

Gentile, G., & Gil Lacruz, M. (2013). *BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN UNA MUESTRA URBANA DE JÓVENES.*

<https://zaguan.unizar.es/record/10679/files/TESIS-2013-056.pdf>

Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. In *Google Books*. McGraw-Hill Interamericana.

https://www.google.com.ec/books/edition/Metodolog%C3%ADa_de_la_investigaci%C3%B3n_las_ru/domjzQEACAAJ?hl=es

Ketchen Lipson, S., Gaddis, S. M., Heinze, J., Beck, K., & Eisenberg, D. (2015). Variations in Student Mental Health and Treatment Utilization Across US Colleges and Universities. *Journal of American College Health*, 63(6), 388–396.

<https://doi.org/10.1080/07448481.2015.1040411>

Khodarahimi, S., & Fathi, R. (2016). Mental Health, Coping Styles, and Risk-Taking Behaviors in Young Adults. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 16(4), 287–303. <https://doi.org/10.1080/15228932.2016.1196101>

Laaksonen, M. A., Knekt, P., Sares-Jäske, L., & Lindfors, O. (2012). Psychological Predictors on the Outcome of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Solution-Focused Therapy in the Treatment of Mood and Anxiety Disorder. *European Psychiatry*, 28(2), 117–124. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.12.002>

León-Wong, V. C., Heras-Benavides, D., & Polo-Martínez, M. (2022). Terapia breve centrada en soluciones y terapia de aceptación y compromiso para la depresión. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 7(1), 516. <https://doi.org/10.35381/r.k.v7i1.1854>

Ley Orgánica de Educación Superior, LOES. (2010, October 12). Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación. Retrieved mayo 8, 2024, from https://www.educacionsuperior.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/LEY_ORGANICA_DE_EDUCACION_SUPERIOR_LOES.pdf

Lipson, S. K., Lattie, E. G., & Eisenberg, D. (2019). Increased Rates of Mental Health Service Utilization by U.S. College Students: 10-Year Population-Level Trends (2007–2017). *Psychiatric Services*, 70(1), 60–63. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800332>

MAIS. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. Retrieved junio 18, 2024, from <http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/B0033.pdf>

Martínez, V., & Pérez, O. (2014). ANSIEDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: ESTUDIO DE UNA MUESTRA DE ALUMNOS DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN ANXIETY IN UNIVERSITY STUDENTS: STUDY OF A SAMPLE OF STUDENTS OF THE FACULTY OF EDUCATION. *Revista de La Facultad de Educación de Albacete*, 63(29-2), 63–78. <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/217273/document%28183%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Micin, S., & Bagladi, V. (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Terapia Psicológica*, 29(1), 53–64. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082011000100006>

Moreta-Herrera, R., López-Calle, C., Gordón-Villalba, P., Ortiz-Ochoa, W., Gaibor-González, I., Moreta-Herrera, R., López-Calle, C., Gordón-Villalba, P., Ortiz-Ochoa, W., & Gaibor-González, I. (2018). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y social como predictores de la salud mental en ecuatorianos. *Actualidades En Psicología*, 32(124), 112–126. <https://doi.org/10.15517/ap.v32i124.31989>

Moreta-Herrera, R., Zambrano-Estrella, J., Sánchez-Vélez, H., & Naranjo-Vaca, S. (2021). Salud mental en universitarios del Ecuador: síntomas relevantes, diferencias por género y prevalencia de casos1. *Pensamiento Psicológico*, 19(1). https://www.redalyc.org/journal/801/80165629004/html/#redalyc_80165629004_ref27

Ocampo, J. (2018). *Bioética y psicología clínica: reflexiones*. Medigraphic. Retrieved abril 11, 2024, from <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2013/bc134f.pdf>

Pardo Bolívar, D., Perilla Ballesteros, L., & Salinas Ramírez, C. (2014). Relación entre procrastinación académica y ansiedad-rasgo en estudiantes de psicología. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 14(1), 31–44. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5493101>

Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302–1313. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)60368-7)

Peña Contreras, E. K., Lima Castro, S. E., Bueno Pacheco, G. A., Aguilar Sizer, M. E., Keyes Lee, C., & Arias Medina, W. P. (2017). Fiabilidad y validez de la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC–SF) en el contexto ecuatoriano. *Ciencias Psicológicas*, 223. <https://doi.org/10.22235/cp.v11i2.1499>

Pérez, V. M.-O. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. *Ensayos: Revista de La Facultad de Educación de Albacete*, 29(2), 63–78. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4911675>

Pérez, D., Rivera, S., Gomez, J., & Reyes, A. (2015, diciembre 18). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Perspectiva Psicológica*, 11(1). http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-99982015000100006&script=sci_arttext

Reyes, A. (2013). *TRASTORNOS DE ANSIEDAD GUIA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO*. Trastornos de Ansiedad.

Rodas, J. A. (2012). *PERCEPCIÓN Y ANSIEDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, GUAYAQUIL 2012* (UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS). <https://repositorio.ug.edu.ec/server/api/core/bitstreams/31e0707a-6e61-4399-a396-2dfbe7ee6060/content>.

Saleh, D., Camart, N., & Romo, L. (2017). Predictors of Stress in College Students. *Frontiers in Psychology*, 8(19). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00019>

Santos, D., Ponce, C., Pazos, P., & Moya, T. (2021). Niveles de ansiedad-rasgo en estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. *REVISTA EUGENIO ESPEJO*, 15(3), 81–89. <https://doi.org/10.37135/ee.04.12.09>

Serpa, E. M., & Cornejo, M. F. (2022). *Prevalencia de la ansiedad y su relación con los factores sociodemográficos en adolescentes* (Universidad Politécnica Salesiana ed., Issue 18). Cuenca, Ecuador. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/22648/1/UPS-CT009798.pdf>

Sierra, J. C., Ortega, V., & Ihab, Z. (2003, marzo). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar*, 3(1), 16-20. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (2023). *STAI, cuestionario de ansiedad estado-rasgo: Manual* (N. Seisdedos Cubero, Trans.). Hogrefe TEA Ediciones, S.A.U., España.

Villagómez Romero, V. E. (2018). Nivel de ansiedad en estudiantes de 4to a 8vo semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas al atender a menores de edad. Dspace.udla.edu.ec. <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/8485>

Villalba, C. (2019). *Guía para la elaboración de anteproyectos y proyectos* (Vol.5). Sur Editores.

ANEXOS

Anexo A Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

ANSIEDAD-ESTADO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted ahora mismo*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

1. Me siento calmado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho

ANSIEDAD-RASGO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted en general*, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.



21. Me siento bien	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
22. Me canso rápidamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
23. Siento ganas de llorar	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
26. Me siento descansado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
30. Soy feliz	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
32. Me falta confianza en mí mismo	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
33. Me siento seguro	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
35. Me siento triste (melancólico)	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
36. Estoy satisfecho	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
39. Soy una persona estable	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre

Anexo B: Escala de Ansiedad de Hamilton

	FECHAS	0	1	2	3	4
1	ANSIEDAD: Preocupaciones, temores, aprensión, irritabilidad					
2	TENSIÓN Sensación de tensión, fatigabilidad, incapacidad de relajarse, tendencia a sobresaltarse, tendencia al lloro, trémulo, tembloroso, inquietud.					
3	TEMORES De la oscuridad, desconocidos, la soledad, animales grandes, etc.					
4	TRASTORNOS DEL SUEÑO Dificultad de conciliar el sueño, interrupción del sueño, sueño insatisfactorio, cansancio al despertarse, ensueños, pesadillas, terrores nocturnos.					
5	TRASTORNOS INTELECTIVOS Dificultad de concentración, debilidad de memoria.					
6	DEPRESIÓN: Falta de interés, insatisfacción en las diversiones, deprimido, despertar prematuro, humor diurno oscilante.					
7	SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (MUSCULAR) Dolores musculares, rigidez muscular, sacudidas musculares, convulsiones clónicas, crujir de dientes, voz vacilante.					
8	SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (SENSORIALES): Acúfenos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, hormigueos.					
9	SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES Taquicardia, palpitaciones, dolores torácicos, latidos vasculares, sensación de desmayo, sensación de paro cardíaco.					
10	SÍNTOMAS RESPIRATORIOS Opresión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
11	SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES Dificultad para tragar, ventosidades, dispepsia, borborismos, movimientos intestinales, diarrea, pérdida de peso, constipación.					
12	SÍNTOMAS GENITOURINARIOS Micción frecuente, micción imperiosa, amenorrea, menorragias, frigidez, eyaculación precoz, trastornos de la erección, impotencia.					
13	SÍNTOMAS VEGETATIVOS Sequedad de boca, tendencia a ruborizarse, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea tensional, piloerección.					
14	COMPORTAMIENTO EN LA ENTREVISTA: Rígido, no relajado, inquietud y desasosiego, manos temblorosas, cejas fruncidas, facies rígida, palidez facial, «tragar saliva», eructos, sudoración, tics parpadeantes.					

Anexo C

Formato de consentimiento informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE POSGRADO
CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Estimado/a participante:

La presente intervención/ investigación tiene como objetivo realizar INTERVENCIÓN EN TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES PARA REDUCIR SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA EN ESTUDIANTES MUJERES DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD UNIANDÉS SEDE IBARRA, los resultados de este estudio servirán para el desarrollo del proceso de investigación y únicamente con fines académicos.

¿Acepta usted de forma libre y voluntaria participar en esta investigación/ Intervención y es consciente de que sus respuestas proporcionadas servirán para desarrollar la INTERVENCIÓN EN TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES PARA REDUCIR SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA EN ESTUDIANTES MUJERES DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD UNIANDÉS SEDE IBARRA.

Si () No ()

2. Compromiso

Por su aceptación La participante autoriza y se compromete a:

2.1. Proveer información real y verídica durante el proceso.
2.2. Autorizar que durante el proceso se tome nota por escrito y/o grabe en formato de audio para su posterior transcripción y análisis.
2.3. Aceptar la toma de fotografías durante el desarrollo de las sesiones

3. Confidencialidad:

3.1. La información obtenida en la presente entrevista es confidencial, es decir que se ha de guardar, mantener y emplear con estricta cautela la información obtenida.
3.2. La información proporcionada por la participante será utilizada única y exclusivamente con fines académicos de investigación.
3.3. El proceso será realizada en un ambiente propicio que estimule la comunicación y el anonimato.

f): Fecha:

Firma de la participante

C.C
Nombre investigador:


Firma del investigador..... Fecha:

Ciudadela Universitaria Barrio El Olivo
Av.17 de Julio 5-21 y Gral. José María Córdova
Ibarra-Ecuador
Teléfono: (06) 2997-800 RUC: 1060001070001
www.utn.edu.ec

Página 1 de 1

Anexo D

Certificado de ejecución de la intervención



UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES
"La Universidad de las alturas"
AMBATO - ECUADOR

Ibarra, 12 de abril del 2024

CERTIFICADO

El que suscribe, **Dr. LENIN HORACIO BURBANO GARCÍA**, en calidad de Director de la Universidad Regional Autónoma de los Andes "UnianDES", Sede Ibarra, ubicada en las calles Juan Jose Flores y Juan de Salinas.


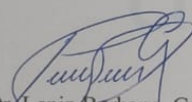
Certifica:

Que, la Psicóloga **JOHANNA CRISTINA LASSO GARCÉS**, con número de identificación: **1725481996**, maestrante de la Maestría en Psicología Clínica con mención en Psicoterapia, ha llevado a cabo la ejecución del proyecto de trabajo de grado: "EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN EN TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES PARA REDUCIR SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA EN ESTUDIANTES MUJERES DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD UNIANDES SEDE IBARRA". dentro de esta institución, desde el 16 de febrero hasta el 12 de abril de 2024.

Durante su permanencia en nuestra institución, la maestrante ha demostrado capacidad, puntualidad, responsabilidad y colaboración en el desempeño de sus funciones, además de ayudar a las estudiantes a mejorar su bienestar mental.

Se expide el presente certificado a solicitud de la interesada para los fines que estime convenientes.

Atentamente,



Dr. Lenin Burbano, G. MSc.
DIRECTOR UNIANDES SEDE IBARRA

Campus Universitario, Vía a Baños, Km. 5 1/2 Telfs.: 2 999 000 / 2 488 028 / 2 488 029 • Ambato - Ecuador
www.uniandesonline.edu.ec