



Estudio Exploratorio sobre la Implementación de una Intervención para la Reducción de Ansiedad en Estudiantes Universitarios.

Daniel Espinoza Pérez

Unidad Académica Multidisciplinaria Campus Calpulalpan
Universidad Autónoma de Tlaxcala

<https://orcid.org/0009-0001-3640-642X>

Lizette Guadalupe Sánchez León

Unidad Académica Multidisciplinaria Campus Calpulalpan
Universidad Autónoma de Tlaxcala

<https://orcid.org/0009-0002-2929-6872>

Ailin Hernández Cerón

Unidad Académica Multidisciplinaria Campus Calpulalpan
Universidad Autónoma de Tlaxcala

<https://orcid.org/0009-0002-7115-5088>

Cómo referenciar este artículo / How to reference this article:

Espinoza Pérez, D. ., Hernández Cerón , A., & Sánchez León, L. G. Implementación de una Propuesta de Intervención para la Reducción de Ansiedad en Estudiantes Universitarios. RICAP (Revista Integradora De La Comunidad Académica En Psicología), 2(2). <https://doi.org/10.61566/ricap.v2i2.35>

Resumen: El presente estudio exploratorio tuvo como objetivo evaluar la implementación de una propuesta de intervención orientada a la reducción de la ansiedad en estudiantes universitarios. La ansiedad representa actualmente un problema de salud mental frecuente en este grupo, ya que afecta su bienestar emocional y dificulta su trayectoria académica. Se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental con enfoque mixto, en el que participaron tres estudiantes que concluyeron el proceso completo de intervención. Estos fueron previamente identificados con niveles extremos y clínicamente significativos de ansiedad mediante la aplicación de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos – Forma C (AMAS-C).

Los resultados mostraron una disminución significativa en los niveles de ansiedad, así como un mayor reconocimiento de pensamientos automáticos disfuncionales por parte de los participantes. Se concluye que el modelo integrativo constituye un enfoque terapéutico eficaz para atender problemáticas de ansiedad en población universitaria y se sugiere ampliar la muestra y considerar un seguimiento longitudinal en investigaciones futuras.

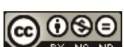
Palabras clave: ansiedad, estudiantes universitarios, intervención psicológica integrativa.

Abstract: The present exploratory study aimed to evaluate the implementation of an intervention proposal aimed at reducing anxiety in university students. Anxiety currently stands for a common mental health issue in this population, as it affects emotional well-being and hinders academic progress. A quasi-experimental study with a mixed-methods approach was conducted, involving three students who completed the whole intervention process. These participants were previously identified as having extreme and clinically significant levels of anxiety through the application of the Adult Manifest Anxiety Scale – Form C (AMAS-C).

The results showed a significant reduction in anxiety levels, as well as an increased recognition of dysfunctional automatic thoughts by the participants. It is concluded that the integrative model stands for a practical therapeutic approach for addressing anxiety-related issues in university students. Future research should include a larger sample and consider longitudinal follow-up to assess sustained impact.

Keywords: anxiety, university students, integrative psychological intervention

Fecha de recepción V1: 16/05/2025 Fecha de recepción V2: 17/06/2025 Fecha de aceptación: 21/09/2025



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

Introducción

La ansiedad y sus afectaciones han cobrado un terreno cada vez más amplio en la vida universitaria. Estudios como el de **Arco et al. (2005, como se citó en Espíritu, 2018, p.25)** revelan que “el ingreso a la universidad puede conllevar significativos cambios en las actividades cotidianas de los estudiantes, como la separación del núcleo familiar, el aumento de responsabilidades y la reevaluación de las actividades que realizan (**como se citó en p. 25**)”. Estos cambios, aunque positivos para algunos, pueden representar factores estresantes que limitan el bienestar general en otros.

Si bien la ansiedad es una emoción natural presente en distintas etapas de la vida, los estudiantes universitarios se enfrentan a situaciones que incrementan la probabilidad de experimentarla de manera disfuncional. Esta suele manifestarse como una sensación de miedo o pérdida de control, afectando pensamientos, emociones y conductas de forma significativa.

Cuando no se gestiona adecuadamente, la ansiedad puede evolucionar a niveles clínicamente relevantes, constituyendo un problema global que afecta a un número creciente de estudiantes universitarios. Este malestar compromete tanto su bienestar emocional como su desempeño académico. De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud (**OMS, 2024**), “uno de cada siete jóvenes de entre 10 y 19 años padece algún tipo de trastorno mental, representando el 15% de la carga mundial de morbilidad entre los adolescentes”.

En este contexto, la ansiedad suele coexistir con otros trastornos como la depresión. **De Paula et al. (2020, como se citó en Jaén et al., 2020, p. 37)** señalan que “la coexistencia de síntomas de ansiedad y depresión en alumnos de educación media superior constituye un problema de salud pública por las altas prevalencias, que van del 6% al 75%”.

Aunque diversas problemáticas de salud mental afectan a esta población, según **Gorman et al. (2020, como se citó en Jaén et al., 2020)**, “la ansiedad y la depresión son los principales problemas de salud mental que presentan estudiantes universitarios; en un estudio, los porcentajes son del 46% en hombres y 59% en mujeres”.

En un estudio más reciente en contexto local, **Espinoza y Montalvo (2023)** encontraron que el 9% de mujeres de 17 años y el 15.3% de 18 años cuya personalidad se caracteriza por ser vulnerable al estrés, ser inquietantes, se enojan con facilidad y reaccionan excesivamente, lo cual evidencia factores personales que complican el manejo adecuado de la ansiedad.

Es importante considerar además los desafíos que enfrentan los estudiantes al independizarse, establecer nuevas redes de apoyo y adaptarse a un entorno distinto. Estos retos, sumados a las diferencias individuales en experiencias de vida y factores como el acceso a sustancias o la presión académica, generan un entorno propenso al desarrollo de ansiedad.

La percepción constante de insuficiencia, motivada por el deseo de cumplir con expectativas elevadas, incrementa la autocrítica y las comparaciones desfavorables, lo cual afecta tanto el rendimiento académico como el bienestar emocional.

Este tipo de pensamientos puede derivar en agotamiento emocional, pérdida de motivación y frustración, elementos que dificultan la continuidad académica. Con el tiempo, esto puede evolucionar hacia la desmotivación, el desinterés por los estudios y una sensación de desesperanza frente a las exigencias de la vida universitaria.

Dado que la ansiedad constituye una problemática compleja y multifactorial que afecta significativamente a los estudiantes universitarios, su abordaje requiere una visión amplia que integre distintas perspectivas teóricas. En la actualidad, diversos modelos dentro de la psicología —como el cognitivo-conductual, el humanista, el psicodinámico y el sistémico— han desarrollado tratamientos eficaces para esta condición.

No obstante, resulta difícil determinar cuál de estos enfoques es superior, ya que la efectividad de las intervenciones depende en gran medida de las características individuales de quienes las reciben. Por ello, la propuesta de intervención planteada en este estudio se fundamenta en un modelo integrativo, que prioriza la utilidad práctica de las técnicas por encima de la fidelidad a una corriente específica. Esta aproximación flexible permite adaptar las estrategias terapéuticas a las necesidades particulares de cada participante, favoreciendo un abordaje más efectivo y personalizado de la ansiedad.

En la intervención psicológica integrativa se combinan diferentes métodos y técnicas de diversas corrientes psicológicas para abordar el bienestar de la persona de una manera holística, considerando tanto los aspectos emocionales, cognitivos, físicos como sociales. Uno de sus mayores aportes es que no se enfoca únicamente en los síntomas, sino que trata de llegar a las causas subyacentes del malestar, buscando no solo aliviar la ansiedad, sino también ayudar a la persona a desarrollar estrategias de afrontamiento a largo plazo. Este enfoque resulta especialmente útil en el tratamiento de la ansiedad en estudiantes universitarios, dado que estos se enfrentan a una variedad de factores estresores académicos, personales y sociales.

La ansiedad es un problema que ha sido abordado desde distintas perspectivas dentro de la psicología y diversos modelos han desarrollado tratamientos eficaces para esta condición. Sin embargo, no es sencillo determinar cuál de ellos es “el mejor”, pues la psicoterapia se aplica a personas únicas, que responden de maneras diferentes al cambio. En este sentido, la presente propuesta de intervención se basa en un modelo integrativo, donde lo esencial no es el enfoque en sí mismo, sino la efectividad de las técnicas utilizadas y su adecuación a las necesidades individuales.

Según el modelo cognitivo-conductual de **Beck (1976)**, la ansiedad surge de patrones de pensamiento disfuncionales y creencias irracionales que distorsionan la percepción de la realidad. En el contexto universitario, esto se traduce en distorsiones como la catastrofización o la generalización excesiva. Por ejemplo, un estudiante que reprueba un examen puede pensar: "Siempre fracaso" o "Nunca lograré graduarme", pensamientos que intensifican su percepción de amenaza y elevan sus síntomas ansiosos. Estas distorsiones generan un ciclo de retroalimentación negativa entre cognición, emoción y conducta, que no solo afecta el desempeño académico, sino que también refuerza el malestar emocional.

Complementariamente, el modelo biopsicosocial de **Engel (1977)** plantea que la ansiedad es producto de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. En el ámbito universitario, variables como la baja autoestima, la autocrítica y la presión académica, al combinarse con predisposiciones individuales, generan un entorno propicio para la ansiedad. Por su parte, el modelo de vulnerabilidad al estrés de **Zubin y Spring (1977)** postula que ciertas personas, debido a su historia personal o características de personalidad, son más vulnerables a desarrollar ansiedad ante situaciones demandantes. Esto se manifiesta en reacciones desproporcionadas frente a eventos cotidianos, como evaluaciones o presentaciones académicas.

Dado que la ansiedad en contextos académicos puede comprometer de forma significativa el bienestar y rendimiento de los estudiantes, resulta crucial contar con herramientas confiables para su evaluación. Entre las más utilizadas se encuentra la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos – Forma C (AMAS-C), que permite valorar la ansiedad general y sus componentes específicos en situaciones académicas. Esta prueba ha sido ampliamente validada en población universitaria y ofrece una lectura clara de los niveles de ansiedad experimentados por los estudiantes.

Como señalan **Gutiérrez y Avero (1995)**, en condiciones de estrés, los estudiantes ansiosos tienden a preocuparse por su desempeño y a invertir mayores recursos cognitivos en esa preocupación, lo que reduce su capacidad de memoria operativa y, por ende, su eficiencia académica. Esto perpetúa un círculo vicioso de bajo rendimiento y mayor ansiedad.

Para complementar la evaluación psicológica y obtener una visión más amplia del malestar emocional en esta población, en este estudio se incorporaron el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Ambos instrumentos permiten identificar no solo los niveles de ansiedad y depresión, sino también explorar los patrones de pensamiento negativos que suelen acompañar estas condiciones. La combinación de estas herramientas ofrece un panorama más integral, útil tanto para el diagnóstico como para la planificación de estrategias terapéuticas eficaces.

En esta línea, el modelo integrativo de Corsi (2005) se estructura en tres momentos: evaluación diagnóstica, planificación de intervención e implementación. A diferencia de enfoques clínicos centrados en el diagnóstico categorial, el modelo de Corsi propone definir objetivos terapéuticos personalizados desde el inicio. Las técnicas seleccionadas no solo operan como herramientas para el cambio, sino como activadores de procesos internos, permitiendo una transformación significativa en el modo en que las personas se relacionan con su ansiedad.

Finalmente, desde este enfoque se consideran cuatro ámbitos esenciales: el cognitivo, que trabaja sobre la identificación de pensamientos irracionales; el conductual, que promueve la modificación de patrones disfuncionales; el fisiológico, que ayuda a regular la ansiedad a través de la conexión cuerpo-mente; y el afectivo, que favorece la comprensión y procesamiento de las emociones. La interacción dinámica de estos ámbitos potencia los procesos de cambio y facilita una transformación sostenible en los estudiantes, fomentando tanto el autoconocimiento como el bienestar integral.

Las bases teóricas de esta investigación — especialmente los modelos explicativos de la ansiedad y su abordaje desde un enfoque integrativo— fueron desarrolladas en profundidad en un trabajo predecesor. En el presente estudio, dichos fundamentos se retoman de manera sintética para orientar el diseño de la propuesta de intervención y justificar la selección de las técnicas empleadas.

Estas técnicas, basadas en recursos como la relajación, la meditación, el uso de metáforas y actividades que favorecen la proyección simbólica, se articulan desde una perspectiva terapéutica que prioriza la adaptación a las necesidades individuales de los estudiantes. En función de ello, el objetivo central de esta investigación fue evaluar la efectividad de dicha propuesta de intervención para reducir los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios previamente identificados con sintomatología significativa.

Metodología

El presente estudio se caracterizó por un diseño cuasiexperimental con enfoque mixto, al combinar una intervención estructurada con técnicas de análisis cuantitativo y cualitativo. Esta integración permitió valorar tanto los cambios en los niveles de ansiedad como las experiencias subjetivas de los participantes durante el proceso terapéutico.

La muestra inicial estuvo conformada por 10 estudiantes de la Licenciatura en Psicología de la UAMCC-UATx, identificados previamente con niveles clínicamente significativos de ansiedad mediante la Escala AMAS-C. De ellos, siete aceptaron participar formalmente en el programa tras una sesión informativa y la firma del consentimiento informado.

Sin embargo, dos participantes se retiraron antes de la aplicación de los instrumentos complementarios (IPA y BDI-II) y otros dos interrumpieron su participación antes de la cuarta sesión. El programa fue completado en su totalidad por tres estudiantes.

Como complemento al diagnóstico inicial con la AMAS-C, se aplicaron dos instrumentos psicométricos previos a la intervención: el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), que evalúa la severidad de síntomas depresivos en personas mayores de 13 años, y el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Luján, 1991), que identifica la frecuencia e intensidad de 15 distorsiones cognitivas asociadas al malestar emocional, tales como la catastrofización, el pensamiento polarizado o la falacia de recompensa divina.

Al concluir la intervención, se reaplicó la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos – Forma C (AMAS-C), diseñada por Reynolds, Richmond y Lowe (2003) y publicada por Manual Moderno. Esta escala evalúa cinco dimensiones: Inquietud-Hipersensibilidad (IHS), Ansiedad Fisiológica (FIS), Ansiedad ante los Exámenes (EX), Ansiedad Total (TOT) y una escala de Mentira, proporcionando una evaluación específica del estado ansioso en contextos académicos.

Asimismo, se aplicó una entrevista semiestructurada con fines cualitativos a los tres participantes que concluyeron el proceso. Esta permitió explorar la experiencia subjetiva del tratamiento y reforzar la validez interna del estudio. La entrevista abordó temas como el contexto inicial, la vivencia general de la intervención, la percepción de las técnicas utilizadas, los cambios observados y los beneficios percibidos, incluyendo el estado emocional (en caso de presentarse síntomas depresivos significativos según el BDI-II), así como sugerencias y comentarios finales.

El procedimiento inició con una primera sesión enfocada en generar un ambiente de confianza grupal. Se empleó la dinámica “El cartero”, la cual favoreció el rompimiento del hielo mediante el intercambio simbólico de mensajes, facilitando la identificación de experiencias comunes relacionadas con la ansiedad. En esta misma sesión se aplicaron el IPA y el BDI-II, tras la explicación de su propósito y alcance.

La propuesta de intervención se estructuró en ocho sesiones, de entre 60 y 80 minutos de duración cada una, distribuidas de la siguiente manera:

Sesión 2: Reconocimiento emocional mediante la técnica “Ilumina tu vida”, favoreciendo la conciencia emocional a través del arte y la reflexión.

Sesión 3: Metáfora del jardín, visualización guiada y actividad gráfica para trabajar la simbolización de pensamientos y emociones.

Sesión 4: Aplicación de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, enfocada en la autorregulación emocional.

Sesión 5: Metáfora del autobús, orientada a la toma de decisiones y al reconocimiento del poder de agencia personal.

Sesión 6: Método autógeno de Schultz para inducir un estado de relajación profunda mediante autosugestión.

Sesiones 7 y 8: Jornada final con práctica de meditación guiada y la metáfora de las arenas movedizas, promoviendo la aceptación emocional como estrategia de afrontamiento.

Al cierre del programa, se reaplicó la escala AMAS-C y se administró la entrevista semiestructurada para obtener una evaluación final del impacto percibido de la intervención.

El detalle de cada sesión, que incluye los objetivos, técnicas empleadas y duración estimada, se presenta en la Tabla 1, la cual ha sido sintetizada a partir de un trabajo previo en preparación (Espinoza y Leal, 2024).

Tabla 1
Esquema de la propuesta de intervención.

Sesión	Técnica/Actividad Principal	Objetivo general	Duración
1	Técnica del cartero + aplicación IPA y BDI-II	Generar confianza inicial y ampliar evaluación diagnóstica	60 min
2	Ilumina tu vida	Reconocer emociones predominantes en etapas vitales	60 min
3	Metáfora del jardín + graficación	Identificar pensamientos automáticos y detonantes de ansiedad	60–80 min
4	Relajación muscular progresiva (Jacobson)	Reducir tensión física y fomentar autorregulación emocional	60–80 min
5	Metáfora del autobús	Reflexionar sobre decisiones, pensamientos y experiencias de vida	60 min
6	Método autógeno de Schultz	Inducir relajación profunda mediante autosugestión	60 min
7-8	Meditación guiada + metáfora de arenas movedizas	Promover aceptación emocional y consolidar aprendizajes	80 min

Tabla 2
Cronograma de actividades

Cronograma de actividades		
Fecha	Hora	Actividad
12 febrero 2025	12.30 pm a 13:30 pm Aula 5	La técnica del cartero Aplicación de instrumentos (BDI II e IPA) Plenaria
20 febrero 2025	08.00 am a 09:00 am Aula 4A	Técnica ilumina tu vida Plenaria
24 febrero 2025	08.00 am a 09:00 am Aula 7ª	Metáfora del jardín. Graficación del jardín.

04 marzo 2025	11:00 am a 12:00 pm Aula 6	Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson. Plenaria
12 marzo 2025	08.00 am a 09:00 am Aula 7A	Metáfora del autobús Plenaria
21 marzo 2025	12.30 pm a 13:30 pm Aula 3 B	Método autógeno de Schultz Plenaria
24 marzo 2025	08.00 am a 09:00 am Aula 7A	Metáfora de las arenas movedizas Plenaria
01 abril 2025	11.00 am a 12:00 pm Aula 6	Meditación guiada Plenaria

Se garantizó la confidencialidad de los datos y de la información compartida por los participantes desde el inicio y durante todo el proceso de intervención. Las experiencias expresadas a lo largo de las sesiones fueron tratadas con el máximo respeto, conforme a los principios de responsabilidad profesional.

Asimismo, se solicitó el consentimiento informado previo a la aplicación de los instrumentos y al inicio formal del programa, asegurando que cada participante comprendiera los objetivos, alcances y condiciones del estudio.

Dado que esta intervención se desarrolló como parte de un proyecto académico interno, sin fines lucrativos ni experimentales, no fue necesario someter el protocolo a evaluación por parte de un comité de ética institucional. No obstante, se siguieron los lineamientos éticos establecidos por la Declaración de Helsinki y el Código Ético del Psicólogo.

El análisis de los datos se realizó de manera descriptiva, conforme a los lineamientos establecidos en los manuales de los instrumentos aplicados (AMAS-C, BDI-II e IPA). Estos documentos proporcionaron los rangos y categorías interpretativas necesarias para identificar niveles clínicos y subclínicos de ansiedad, síntomas depresivos y distorsiones cognitivas relevantes.

Para el caso del AMAS-C, se utilizaron las puntuaciones T correspondientes a sus subescalas: Inquietud/ Hipersensibilidad (IHS), Ansiedad Fisiológica (FIS), Ansiedad ante los Exámenes (EX), Ansiedad Total (TOT) y la escala de Mentira.

En el BDI-II, los resultados se interpretaron según los rangos de severidad propuestos por los autores: mínima (0–13), leve (14–19), moderada (20–28) y severa (29–63).

En cuanto al IPA, las distorsiones cognitivas fueron clasificadas según su frecuencia e intensidad en las categorías de clínicamente significativa (CS), tendencia alta (TA) y baja presencia (BP) o ausente, conforme a los criterios normativos establecidos por los autores.

Análisis de resultados

Los resultados presentados en este estudio se derivan del análisis de los datos obtenidos mediante el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA), los cuales complementaron los hallazgos del estudio previo basado en la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos - Forma C (AMAS-C).

En esta fase, el proceso concluyó con la reaplicación impresa del AMAS-C como prueba postest y con una entrevista semiestructurada. El objetivo fue evaluar los cambios en los niveles de ansiedad y explorar la experiencia subjetiva de los participantes. A continuación, se detallan los principales hallazgos obtenidos.

Tabla 3
Resultados obtenidos en el BDI II

Puntuaciones totales	Rango	Total de mujeres	Total de hombres	Total mujeres y hombres
0 – 13	Mínimo	1	0	1
14 – 19	Leve	0	0	0
20 – 28	Moderado	0	0	0
29 - 63	Severo	1	3	4

Tabla 4
Resultados obtenidos en el BDI II de los participantes que
continuaron en la intervención

Puntuaciones totales	Rango	Total de mujeres	Total de hombres	Total mujeres y hombres
0 – 13	Mínimo	1	0	P02NY
14 – 19	Leve	0	0	0
20 – 28	Moderado	0	0	0
29 - 63	Severo	1	1	P03AN y P01NA

Según los resultados presentados en la Tabla 3, el 80% de los participantes que iniciaron la intervención se ubicaron en el rango de depresión severa, conforme a los criterios establecidos por el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). De este total, el 60% eran hombres y el 20% mujeres.

Respecto al grupo que concluyó el proceso de intervención, los datos mostrados en la Tabla 4 revelan que dos de los tres participantes —el único hombre y una de las dos mujeres— continuaron presentando indicadores de depresión severa, mientras que la tercera participante se posicionó dentro del rango de depresión mínima.

Tabla 5
Resultados del IPA

Pensamiento	Total de mujeres			Total de hombres			Total mujeres y hombres		
	BP	TA	CS	BP	TA	CS	BP	TA	CS
Filtraje	1	1		2		1	3	1	1
Pensamiento polarizado	1	1		1	1		2	2	
Sobregeneralización	1	1		3			4	1	
Interpretación del pensamiento	1	1		1	1	1	2	2	1
Visión catastrófica		2		2		1	2	2	1

Personalización	1	1	1	2	2	2	1
Falacias de control	1	1	2	1	3	1	1
Falacia de la justicia	2			1	1	2	1
Razonamiento emocional	2		1	2	2	1	2
La falacia de cambio	1	1		1	1	2	
Etiquetaje	1	1	2	1	3	2	
Culpabilidad	1	1	1	2	2	3	
Debería	1	1	2		1	3	1
Tener razón	1		2		3		
La falacia de recompensa divina		2		3		2	3

Tabla 6

Resultados del IPA en participantes que continuaron en la intervención

Pensamiento	Total de mujeres			Total de hombres			Total mujeres y hombres		
	BP	TA	CS	BP	TA	CS	BP	TA	CS
Filtraje	1	1		1			2	1	
Pensamiento polarizado	1	1		1			2	1	
Sobregeneralización	1	1		1			2	1	
Interpretación del pensamiento	1	1			1		1	2	
Visión catastrófica		2		1			1	2	
Personalización	1	1			1		1	2	
Falacias de control	1	1		1			1	2	
Falacia de la justicia	2				1		2	1	
Razonamiento emocional	2				1		2	1	
La falacia de cambio	1	1					1	1	
Etiquetaje	1	1		1			2	1	
Culpabilidad	1	1			1		1	2	
Debería	1	1		1			2	1	
Tener razón	1						1		
La falacia de recompensa divina		2			1			2	1

Los resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA), presentados en la Tabla 5, indican que las distorsiones cognitivas más frecuentes entre los participantes fueron el razonamiento emocional, el pensamiento polarizado, la falacia de recompensa divina, el filtraje y la interpretación del pensamiento.

El razonamiento emocional, que implica asumir que las emociones reflejan con precisión la realidad objetiva (por ejemplo, “me siento inútil, por lo tanto, lo soy”), se identificó como clínicamente significativo en el 40% de los participantes y con tendencia alta en un 20%.

El pensamiento polarizado, caracterizado por una visión dicotómica de la realidad en términos absolutos —todo es

completamente bueno o completamente malo—, se observó en un 40% de los casos dentro de la categoría de tendencia alta.

La falacia de recompensa divina, entendida como la creencia de que todo esfuerzo personal debería necesariamente ser recompensado de forma justa, también mostró una alta frecuencia, aunque sin alcanzar la categoría de clínicamente significativa.

En cuanto al filtraje, definido como la tendencia a centrarse exclusivamente en los aspectos negativos de una situación, desestimando los positivos, se detectó en un 20% de los casos como clínicamente significativo y en otro 20% con tendencia alta.

La interpretación del pensamiento, que se refiere a atribuir intenciones o pensamientos a los demás sin evidencia clara, estuvo presente en el 20% de los casos en categoría clínicamente significativa y en el 40% como tendencia alta.

Otras distorsiones cognitivas como la sobregeneralización, la culpabilidad y el uso reiterado de formulaciones del tipo “debería” también fueron identificadas, aunque en menor proporción. Estas forman parte del perfil cognitivo general del grupo, aportando elementos relevantes sobre los patrones de pensamiento que acompañan a los estados de ansiedad.

En relación con los estudiantes que completaron la intervención, la Tabla 7 presenta los principales pensamientos automáticos identificados en cada caso, clasificados según su frecuencia e intensidad en las categorías de tendencia alta (TA) y clínicamente significativa (CS).

Tabla 7

Descripción de distorsiones cognitivas identificadas con el IPA en participantes que concluyeron la intervención.

Código de participante	Pensamiento automático y su descripción	Intensidad
P01NA	TA	
	Interpretación del pensamiento: Cree saber lo que otros piensan o sienten sin evidencia.	4
	Falacias de control: Se percibe como víctima del destino o responsable del bienestar de todos.	4
	Falacia de cambio: Espera que otros cambien si ella insiste lo suficiente.	4
	Etiquetaje: Usa juicios globales y negativos para definirse a sí misma.	4
	Culpabilidad: Culpa a otros por su malestar o se responsabiliza de los problemas ajenos.	4
	Debería: Tiene normas rígidas sobre cómo deben actuar ella y los demás, y se culpa si no las cumple.	4
	Filtraje: Solo enfoca lo negativo, ignorando lo positivo.	5
	Pensamiento polarizado: ve todo en extremos, sin términos medios.	5
	Sobregeneralización: Generaliza un evento negativo como si fuera una regla constante.	5

P02NY	Personalización: Cree que todo lo que otros hacen está 5 relacionado con ella; se compara constantemente.	
	Falacia de recompensa divina: Cree que su esfuerzo debe ser 5 recompensado; se frustra cuando no sucede.	
	TA Visión catastrófica: Anticipa desenlaces negativos sin 4 evidencia; usa pensamientos tipo “¿y si...?”.	
P03AN	CS Falacia de recompensa divina: Cree que su esfuerzo debe ser 6 recompensado y se frustra si no ocurre.	
	TA Interpretación del pensamiento: Cree saber lo que otros 4 piensan de ella sin evidencia.	
	Falacia de la justicia: Se resiente porque su idea de justicia no 4 es compartida por los demás.	
	Razonamiento emocional: Asume que lo que siente es 4 necesariamente verdad.	
	Culpabilidad: Culpa a otros por su malestar o se culpa por todo 5 lo que ocurre.	
	Personalización: Cree que todo gira en torno a ella; se compara 6 frecuentemente con los demás.	
	CS Falacia de recompensa divina: Espera que su sacrificio sea 7 recompensado; se frustra si no sucede.	

Nota. Las descripciones de los pensamientos automáticos y sus categorías no son transcripciones textuales del manual, sino adaptaciones simplificadas elaboradas a partir del contenido interpretativo del Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Luján, 1991), con fines de claridad y comprensión en el contexto de este estudio.

Con el objetivo de evaluar los cambios obtenidos tras la intervención, se reaplicó de forma impresa la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos - Forma C (AMAS-C) a los tres participantes que completaron el proceso. Los resultados detallados por subescala se presentan en la Tabla 8, en la que se comparan las puntuaciones obtenidas en el pretest y el postest. Asimismo, la Tabla 9 muestra un resumen comparativo de los puntajes totales por participante en ambos momentos de evaluación.

Tabla 8
Resultados PRETEST y POSTEST AMAS –C

Resultados del pretest		
Subescala	Código de participante y puntuación T	Categoría descriptiva y significado potencial de las puntuaciones
Inquietud/ hipersensibilidad (IHS)	P01NA (67T)	Clinicamente significativa.
	P02NY (67T) y	Preocupación persistente y rasgos obsesivos.
	P03AN (71T)	
Ansiedad fisiológica (FIS)	P01NA (71T) y	Extrema. Alta tensión física y posible insomnio.
	P03AN (76T)	
Ansiedad ante los exámenes (EXAMEN)	P02NY (53T)	Esperada. Manifestaciones físicas dentro de lo esperado.
	P03AN (76T)	Extrema. La alta ansiedad en evaluaciones afecta el rendimiento.
Preocupaciones sociales/estrés (SOC)	P01NA (73T) y	Clinicamente significativa. Preocupación constante por evaluaciones y calificaciones.
	P02NY (70T)	
	P01NA (81T)	Extrema. Alta sensibilidad al estrés y escaso apoyo social.
	P02NY (69T)	Clinicamente significativa. Alto estrés cotidiano y social.

Mentira	P03AN (58T)	Elevación leve. Preocupación cotidiana sin disfunción.
	P01NA (63T) y P03AN (63T)	Elevación leve (válido). Rigidez e ingenuidad moderadas.
Ansiedad total (TOT)	P02NY (54T)	Esperada. Respuestas válidas y realistas.
	P01NA (79T) y P03AN (77T)	Extrema. Ansiedad grave con afectación cognitiva y emocional.
	P02NY (69T)	Clinicamente significativa. Ansiedad con tensión física y rigidez mental.
Resultados del postest		
Inquietud/ hipersensibilidad (IHS)	P01NA (50T), P02NY (50T) y P03AN (46T)	Esperada. Nivel típico de inquietud.
	P01NA (62T) y P03AN (58T)	Elevación leve. Tenso, pero funcional.
Ansiedad fisiológica (FIS)	P02NY (44T)	Baja. Afrontamiento eficaz, posible negación.
	P01NA (62T) y P02NY (62T)	Elevación leve. Ansiedad útil sin impacto negativo.
Preocupaciones sociales/estrés (SOC)	P03AN (48T)	Esperada. Ansiedad esperada en contextos evaluativos
	P01NA (75T)	Extrema. Sensibilidad social alta y bajo apoyo.
	P02NY (52T) y P03AN (46T)	Esperada. Preocupación interpersonal normal.
Mentira	P01NA (54T) y P03AN (54T)	Esperada (Válido). Respuesta válida y confiable.
	P02NY (35T)	Baja (cuestionable). Posible exageración o malentendimiento en las respuestas.
Ansiedad total (TOT)	P01NA (64T)	Elevación leve. Adaptado, con ligera inseguridad emocional.
	P02NY (54T) y P03AN (49T)	Esperada. Sin indicadores clínicos de ansiedad.

Nota. Interpretaciones simplificadas con base en el manual del AMAS-C no corresponden a citas textuales, pero mantienen la esencia clínica de los significados originales.

Tabla 9
Resumen por participante AMAS-C

Participante	Ansiedad total pretest	Categoría	Ansiedad total postest	Categoría	Cambio observado
P01NA	79	Extrema	64	Elevación leve	Disminución significativa
P02NY	69	Clin. significativa	54	Esperada	Mejoría
P03AN	77	Extrema	49	Esperada	Disminución significativa

Como parte del seguimiento a los participantes que concluyeron la intervención, se aplicó una entrevista semiestructurada con el propósito de explorar sus experiencias a lo largo del proceso. Los resultados obtenidos reflejan, en general, percepciones positivas en relación con el bienestar emocional alcanzado y el impacto subjetivo de la intervención.

Tabla 10
Resumen de las entrevistas

Área explorada en la entrevista	Palabras clave o frases representativas
Inicio y contexto	P01NA: "Quería probar cómo funcionaba esto en mí." P02NY: "Me motivaron las técnicas de relajación." P03AN: "Buscaba herramientas para manejar el estrés, depresión y ansiedad."
Experiencia general	P01NA: "Grupo participativo; escuchar a los demás me ayudó." P02NY: "Me gustó la técnica de respiración." P03AN: "Compartir experiencias similares me dio seguridad."

Técnicas y actividades	P01NA: "El método autógeno me ayudó a relajarme y dormir mejor." P02NY: "La respiración fue muy funcional." P03AN: "La meditación me ayudó; la relajación muscular me costó más trabajo."
Cambios y beneficios	P01NA: "He aprendido a afrontar la ansiedad." P02NY: "Cambios leves en el manejo de situaciones." P03AN: "Ahora salgo más rápido de las crisis; tomo descansos."
Estado de ánimo y emociones (aplica esta sección solo a los estudiantes que puntuaron alto en el BDI II)	P01NA: "Me siento más tranquila; mi motivación es terminar la licenciatura." P03AN: "Estoy más tranquilo; escuchar a otros me ayudó desde el inicio."
Sugerencias y cierre	P01NA: "Resumiría mi experiencia como maravillosa." P02NY: "Intervención relajante; en una frase: moderación de la estabilidad." P03AN: "En una frase: mañana mejor que hoy y hoy mejor que ayer."

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) permitió identificar de forma clara la presencia de sintomatología depresiva en los estudiantes que participaron en la fase inicial de la intervención y, por ende, en aquellos que la concluyeron.

Este instrumento, ampliamente reconocido por su validez y confiabilidad en población adolescente y adulta joven, ofreció una evaluación complementaria que profundizó en el malestar emocional coexistente con los niveles de ansiedad detectados mediante la AMAS-C.

Por su parte, el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) aportó información relevante sobre las distorsiones cognitivas más frecuentes en los participantes, las cuales mostraron una estrecha relación con los indicadores de ansiedad y depresión previamente reportados.

Estos hallazgos refuerzan la importancia de incluir herramientas diagnósticas como el BDI-II y el IPA en los programas de intervención dirigidos a estudiantes universitarios. Su aplicación conjunta permitió identificar tanto la presencia de sintomatología depresiva como patrones de pensamiento disfuncionales, aspectos que, de no ser detectados oportunamente, podrían limitar la efectividad de las estrategias terapéuticas implementadas.

En conjunto, los resultados sugieren que la intervención ofreció oportunidades significativas de mejora y bienestar para los participantes, evidenciándose una disminución en los niveles de ansiedad en todas las subescalas del AMAS-C, así como un cambio en la forma de interpretar sus condiciones cognitivas y emocionales. Estos avances también se vieron reflejados en las entrevistas semiestructuradas, cuyo resumen se presenta en la Tabla 8.

Discusión

Los resultados obtenidos permiten evidenciar que la propuesta de intervención tuvo un impacto positivo en la disminución de los niveles de ansiedad en los participantes, así como en el reconocimiento de pensamientos disfuncionales y en la incorporación de estrategias de afrontamiento más adaptativas.

A lo largo de las ocho sesiones, se observaron cambios significativos en la forma en que los participantes identificaban y gestionaban sus emociones, especialmente aquellas relacionadas con estados de ansiedad, preocupación constante y malestar emocional.

Los participantes mostraron avances importantes en la identificación de sus emociones y pensamientos automáticos, así como en el uso de recursos internos y externos para manejar su ansiedad. El uso de técnicas integrativas —como metáforas terapéuticas, actividades simbólicas con valor proyectivo y métodos de relajación— permitió no solo una disminución observable de los síntomas ansiosos, sino también una transformación interna en la manera en que los estudiantes enfrentan las demandas académicas y personales.

Uno de los principales logros del plan de intervención fue favorecer un proceso de introspección individual y colectiva. Los participantes no solo reconocieron sus emociones, sino que también lograron establecer una conexión más profunda con sus experiencias personales. Actividades como la metáfora del jardín o la metáfora del autobús resultaron valiosas para generar un espacio simbólico de exploración emocional. A partir de estas metáforas se desarrollaron ejercicios gráficos que permitieron acceder a contenidos internos difíciles de verbalizar directamente, promoviendo la conciencia emocional y la resignificación de vivencias pasadas.

Asimismo, las técnicas de relajación implementadas mostraron ser herramientas efectivas para la autorregulación emocional. Los participantes manifestaron que, gracias a estas prácticas, lograron reducir la tensión física asociada al estrés cotidiano y aprendieron a gestionar mejor sus crisis de ansiedad. Algunos de ellos reportaron que continuaron aplicando estas técnicas fuera del espacio terapéutico, lo que reforzó su utilidad como estrategias de autocuidado emocional.

El compromiso y la participación activa de los tres estudiantes que concluyeron el proceso fueron otro aspecto destacable. Mostraron receptividad ante las estrategias propuestas y se involucraron plenamente en las sesiones. El ambiente grupal favoreció un sentido de pertenencia y validación emocional, lo que ayudó a reducir el aislamiento asociado a la ansiedad. La identificación de experiencias comunes resultó reconfortante y fortalecedora.

Aunque los resultados son alentadores, es necesario reconocer las limitaciones del estudio, especialmente el tamaño reducido de la muestra, lo cual restringe su generalización. No obstante, los avances individuales observados respaldan el valor clínico y subjetivo de la intervención.

Las entrevistas semiestructuradas revelaron un cambio en la narrativa personal de los participantes. Expresaron sentirse más conscientes de sus emociones, más capaces de identificar pensamientos negativos y más seguros para aplicar estrategias de autorregulación emocional en su vida cotidiana.

Esta percepción de cambio confirma que los objetivos de la intervención fueron alcanzados en términos de mejora clínica, autoconocimiento y resiliencia emocional.

Los resultados obtenidos a través del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) y del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) evidenciaron una interacción significativa entre ansiedad, patrones cognitivos disfuncionales y presencia de síntomas depresivos. El 80% de los estudiantes que iniciaron la intervención presentó niveles severos de depresión, lo cual refleja un deterioro emocional importante.

El IPA identificó como distorsiones frecuentes el razonamiento emocional, el pensamiento polarizado, el filtraje y la falacia de recompensa divina. Estos patrones cognitivos, tal como señala **Beck (1976)**, actúan como factores mantenedores del malestar emocional, al reforzar creencias irracionales e interpretaciones disfuncionales de la realidad. Desde esta perspectiva, se genera un ciclo de retroalimentación entre pensamiento, emoción y conducta que perpetúa los síntomas ansiosos y depresivos.

Estos resultados coinciden con investigaciones previas que señalan cómo estilos de pensamiento disfuncional —especialmente aquellos relacionados con la autoexigencia, la sobregeneralización y el catastrofismo— son comunes en estudiantes que enfrentan altos niveles de presión académica y personal (**González et al., 2019**). Esto refuerza la necesidad de atender la ansiedad como parte de una estructura emocional y cognitiva más amplia y no como un fenómeno aislado.

Al reaplicar el AMAS-C como prueba posttest, se observó mejoría en todas las subescalas para los tres participantes, con disminución en los puntajes T y reubicación en categorías menos severas. En términos generales, los niveles de ansiedad pasaron de extremos y clínicamente significativos a elevación leve o esperada.

Aunque no se aplicaron pruebas estadísticas inferenciales debido al tamaño de la muestra, los cambios observados en las puntuaciones T entre el pretest y el posttest indican una tendencia consistente hacia la disminución de la ansiedad en todas las subescalas del AMAS-C. Esta evolución sugiere una respuesta positiva a la intervención. Una futura réplica del estudio con mayor número de participantes permitiría aplicar pruebas de significancia estadística (como t de Student para muestras relacionadas) que respalden con mayor solidez los efectos observados.

La evaluación cualitativa mostró mejoras percibidas en conciencia emocional, regulación de pensamientos y manejo del estrés. Los participantes valoraron positivamente las técnicas implementadas, mencionando como especialmente útiles la relajación muscular progresiva, la respiración guiada y las actividades que facilitaron la introspección emocional.

Estos hallazgos respaldan la efectividad de intervenciones breves con enfoque integrativo, adaptadas a las características de la población universitaria. La combinación de elementos emocionales, conductuales, cognitivos y simbólicos permitió un abordaje integral y flexible de la ansiedad, generando cambios sostenibles en los participantes.

El diseño de la intervención confirmó los postulados del modelo integrativo de **Corsi (2005)**, el cual contempla distintos niveles de experiencia: cognitivo, conductual, afectivo y fisiológico. Cada uno fue trabajado a lo largo de las sesiones mediante técnicas de relajación, metáforas y actividades que promovieron la conexión mente-cuerpo.

Aunque en este artículo se presentan de forma sintética las técnicas empleadas, su elección se fundamentó en un análisis más amplio que integra criterios de pertinencia teórica, aplicabilidad práctica y evidencia empírica. Este análisis fue desarrollado con mayor profundidad en un manuscrito complementario actualmente en preparación (**Espinoza y Leal, 2024**), el cual contextualiza y justifica la integración de las técnicas dentro del modelo terapéutico propuesto.

Finalmente, entre las principales limitaciones del estudio se encuentra el número reducido de participantes, lo cual limita la posibilidad de generalizar los resultados. Además, los instrumentos IPA y BDI-II no pudieron ser reaplicados tras la intervención, ya que sus manuales establecen un intervalo mínimo de seis meses entre aplicaciones. Esta condición restringió la recolección de evidencia cuantitativa sobre los posibles cambios en depresión y distorsiones cognitivas. Sin embargo, los datos cualitativos aportaron una visión rica y subjetiva de los efectos positivos de la intervención.

Para futuras investigaciones, se recomienda contemplar un diseño longitudinal que permita evaluar los efectos a largo plazo. Incluir muestras más amplias y aplicar evaluaciones posttest con todos los instrumentos utilizados inicialmente ofrecerá una visión más completa sobre la efectividad de las estrategias terapéuticas y su sostenibilidad en el tiempo.

Estas mejoras metodológicas no solo fortalecerían la validez empírica de futuras investigaciones, sino que también permitirían construir intervenciones más robustas y adaptadas a las realidades emocionales de los estudiantes universitarios. Asimismo, se sugiere ampliar los instrumentos de medición e incluir variables como “estilos de afrontamiento” o “habilidades socioemocionales”, a fin de identificar factores personales que incidan en la respuesta a la intervención y en el manejo de la ansiedad.

Conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo implementar una propuesta de intervención dirigida a estudiantes universitarios previamente identificados con niveles extremos y clínicamente significativos de ansiedad.

Los resultados obtenidos evidenciaron una mejora tanto general como específica en los niveles de ansiedad, así como una percepción más favorable del propio estado psicológico. Además, se observó un fortalecimiento en el uso de recursos de afrontamiento por parte de los participantes ante situaciones estresantes o ansiógenas, lo que sugiere que la intervención les proporcionó estrategias efectivas para manejar su sintomatología ansiosa.

Este estudio demuestra que un enfoque integrativo, sustentado en un repertorio diverso de técnicas terapéuticas — como la respiración consciente, la relajación muscular progresiva, el método autógeno de Schultz, la meditación guiada, el uso de metáforas, actividades simbólicas con valor proyectivo y espacios de expresión libre— resulta efectivo para el abordaje de la ansiedad en estudiantes universitarios.

Si bien el tamaño reducido de la muestra constituye una limitación que impide generalizar los hallazgos, los cambios observados en los participantes que concluyeron la intervención son significativos.

Estos hallazgos destacan el valor subjetivo y cualitativo del proceso terapéutico, al evidenciar mejoras concretas en la forma en que los estudiantes gestionan su ansiedad y se relacionan con sus experiencias emocionales.

La presente investigación sienta las bases para futuros estudios que incluyan muestras más amplias y contemplen un diseño longitudinal. Se sugiere iniciar el trabajo preventivo desde los primeros semestres de la formación universitaria, con evaluaciones de seguimiento que permitan observar la evolución de los niveles de ansiedad y valorar la efectividad sostenida de las intervenciones.

En síntesis, la propuesta de intervención desarrollada en este estudio logró mejoras significativas en los estudiantes participantes, tanto en términos de disminución de la ansiedad como en el reconocimiento de creencias irracionales asociadas al malestar emocional y el fortalecimiento de recursos personales de afrontamiento.

A pesar de sus limitaciones, este estudio evidencia el potencial terapéutico de las técnicas empleadas en el marco de un enfoque integrativo.

Sus hallazgos ofrecen una base sólida para futuras investigaciones en contextos educativos y clínicos, con el propósito de contribuir al bienestar emocional y a la salud mental de la población universitaria.

Referencias

Gutiérrez, M., & Hernández, P. (2011). El impacto de la ansiedad en el rendimiento académico de los estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología y Educación*, 11(1), 72–83. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07802011000100005

Espíritu Correa, Y. L. (2018). Propiedades psicométricas de la escala de Ansiedad-Rasgo en universitarios de la ciudad de Chimbote [tesis para obtener el título de profesional de licenciada en psicología]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/26297/espiritu_cy.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Martínez-Otero Pérez, V. (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/descarga/articulo/4911675.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2024). Salud mental del adolescente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Psiquiatria.com. (s.f.). Revisión histórica del modelo biopsicosocial. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/revision-historica-del-modelo-biopsicosocial>

Rodríguez, M., & Pérez, C. (2015). La ansiedad y su impacto en el rendimiento académico de los estudiantes universitarios. *Revista Ciencias de la Educación*, [volumen], [páginas si disponibles]. <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133915922007.pdf>

Sánchez, R., & López, C. (2020). Ansiedad y depresión en estudiantes universitarios: Relación con rendimiento académico. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/342962914_Ansiedad_y_depresion_en_estudiantes_universitarios_relacion_con_rendimiento_academico

Sergio. (2013, octubre 22). ¿Qué nos enseña el modelo de vulnerabilidad-estrés? Esquizofrenia y terapia familiar. https://esquizofreniayterapiafamiliar.blogspot.com/2013/10/que-nos-ensena-el-modelo-de_22.html

Velasco, C. G. (2021, marzo 9). Tríada cognitiva de Beck: el modelo teórico más famoso sobre la depresión. *Canal Educación y Sociedad*. <https://www.inesem.es/revistadigital/educacion-sociedad/triada-cognitiva-de-beck/>

Zambrano, J. (2019). Estrategias para mejorar el rendimiento académico en estudiantes universitarios [Tesis de licenciatura, Universidad de Azuay]. <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3461/1/10160.pdf>