



**Facultad de Psicología**

**Carrera de Psicología Clínica**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de

Licenciado/as en Psicología Clínica

**“Relación entre Ansiedad Social y Riesgo Suicida en  
Adultos del Cantón Gualaceo”**

Autoras:

**Emily Anaís Sarmiento Guaricela y Paola Alexandra**

**Quizhpi Sánchez**

Director:

**Sebastián Herrera Puente**

**Cuenca – Ecuador**

**2024**

**DEDICATORIA**

A Dios, por ser mi guía y fortaleza en cada paso de este camino, me ha dado la sabiduría, paciencia y perseverancia necesarias para alcanzar este logro.

A mi familia, por ser mi pilar fundamental. A mis padres, por su amor incondicional, apoyo constante y enseñanzas que me han forjado. A mis hermanas, por estar siempre a mi lado, brindándome ánimo, confianza, apoyo incondicional incluso cuando yo dudaba. A mis sobrinos, quienes iluminaron los momentos difíciles, recordándome siempre la importancia de la familia. A mis amigos quienes me han brindado su ayuda para superar mis miedos y confiando siempre en que esto sería posible.

Este logro es de todos nosotros.

*Emily Anaís Sarmiento Guaricela*

A Dios, por iluminar mi camino y ser mi guía constante en cada paso de este proceso.

Sin tu presencia, nada de esto sería posible.

A mis padres, por su fe inquebrantable en mí, por creer que sería capaz de alcanzar este logro y por ser mi inspiración cada día. Gracias por su apoyo y amor incondicional. A mis hermanos, por ser mi pilar y base de apoyo, por acompañarme siempre con su cariño. A Emi, por ser mi compañía y alegría, su complicidad y sus ánimos hicieron que este viaje fuera más llevadero y lleno de momentos inolvidables.

*Paola Alexandra Quizhpi Sánchez*

**AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, agradezco a Dios por guiarme y darme la fuerza necesaria para enfrentar los desafíos a lo largo de este proceso, por llenarme de sabiduría y mantener mi fe en los momentos más difíciles.

A mi mamá, por su sabiduría, paciencia y por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia.

Agradezco profundamente a mis docentes por su paciencia, dedicación y entrega. Su orientación ha sido esencial para mi crecimiento académico y personal, inspirándome a ser mejor cada día.

Esta meta es, en gran medida, el reflejo del amor y el apoyo de quienes me rodean.

*Emily Anaís Sarmiento Guaricela*

Primero, agradezco a Dios, a pesar de los momentos de incertidumbre y tristeza, su amor y fortaleza me han impulsado a seguir adelante.

A mi mamá, por estar siempre a mi lado con palabras de ánimo y por creer en mí incluso cuando yo no lo hacía. Gracias por tu sacrificio, tu apoyo incondicional y por enseñarme el valor del esfuerzo y la dedicación.

A mis docentes, gracias por ser maestros en el sentido más amplio de la palabra y por contribuir a mi crecimiento no solo como estudiante, sino como ser humano.

A quienes me inspiraron con sus historias de vida, con sus logros y sus esfuerzos, gracias por recordarme que cada paso, por más pequeño que sea, siempre nos acerca a la meta.

*Paola Alexandra Quizhpi Sánchez*

## RESUMEN

Varios trabajos han demostrado que la Ansiedad Social podría estar significativamente relacionada con tendencias suicidas, debido al aislamiento y la desesperanza que experimentan las personas con déficit de habilidades sociales. El objetivo del presente trabajo fue determinar si existe una relación entre el Trastorno de Ansiedad Social y el Riesgo Suicida en adultos, para este propósito se evaluó una población de 897 personas del cantón Gualaceo. Se utilizaron herramientas como el MINI (apartado G, módulo específico la detección de Fobia Social) y la Escala de Desesperanza de Beck. Los resultados mostraron que el 6.9% de los encuestados padecen ansiedad social, mientras que el 50.6% presentaron algún nivel de riesgo suicida. Además, se observó una correlación significativa entre la Ansiedad Social y niveles más altos de Desesperanza, lo que sugirió un mayor riesgo de suicidio en este grupo. Estos resultados destacan la necesidad de intervenciones preventivas para mitigar el Riesgo Suicida en personas con Ansiedad Social.

**Palabras Clave:** Ansiedad Social, Riesgo Suicida, Desesperanza, MINI, adultos, Gualaceo

## **ABSTRACT**

Several studies have shown that Social Anxiety could be significantly related to suicidal tendencies, due to the isolation and hopelessness experienced by people with social skills deficits. The objective of this study was to determine whether there is a relationship between Social Anxiety Disorder and Suicide Risk in adults. For this purpose, a population of 897 people from Gualaceo-Ecuador was evaluated. Tools such as the MINI (section G, specific module for the detection of Social Phobia) and the Beck Hopelessness Scale were used. The results showed that 6.9% of respondents suffer from social anxiety, while 50.6% presented some level of suicidal risk. In addition, a significant correlation was observed between Social Anxiety and higher levels of Hopelessness, which suggested a higher risk of suicide in this group. These results highlight the need for preventive interventions to mitigate Suicide Risk in people with Social Anxiety.

**Key Words:** Social Anxiety, Suicide Risk, hopelessness, MINI, adults, Gualaceo-Ecuador

## Tabla de Contenido

DEDICATORIA .....	II
AGRADECIMIENTO .....	III
RESUMEN .....	IV
ABSTRACT .....	V
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO 1 .....	3
1.1 Concepto de Ansiedad Social.....	3
1.2 Criterios Diagnósticos según el DSM – 5 y CIE-11 .....	5
1.3 Epidemiología de la Ansiedad Social.....	7
1.4 Etiología de la Ansiedad Social.....	8
1.5 Consecuencias de la Ansiedad Social .....	9
1.6 Evaluación y Diagnóstico de la Ansiedad Social .....	10
1.7 Tratamiento y Manejo de la Ansiedad Social .....	11
1.8 Definición y Conceptualización del Riesgo Suicida .....	12
1.9 Etiología del Riesgo Suicida .....	12
1.10 Factores de Riesgo y Protección.....	13
1.11 Modelos Teóricos del Comportamiento Suicida .....	14
1.12 Prevención del Riesgo Suicida .....	15
1.13 Manifestaciones y Consecuencias del Riesgo Suicida .....	15
1.14 Prevalencia del Riesgo Suicida .....	16
1.15 Relación entre Ansiedad Social y Riesgo Suicida.....	17
CAPÍTULO 2 .....	18
2.1 Metodología.....	18
· <i>Tipo de Investigación</i> .....	18
· <i>Participantes</i> .....	18
· <i>Instrumentos</i> .....	19
· <i>Análisis de datos</i> .....	21
· <i>Procedimiento</i> .....	22
CAPÍTULO 3 .....	23
3.1 Resultados .....	23
DISCUSIÓN .....	28
CONCLUSIÓN.....	30

RECOMENDACIONES .....	32
REFERENCIAS.....	33
ANEXOS .....	41

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Análisis descriptivo de las variables estado civil, migración y tratamiento médico .....	32
Tabla 2. Análisis descriptivo de las variables etnia y género.....	33
Tabla 3. Análisis descriptivo de la variable prevalencia de Trastorno de Ansiedad Social.....	34
Tabla 4. Análisis descriptivo de las variables prevalencia de la Escala de Desesperanza de Beck y niveles de riesgo suicida .....	35
Tabla 5. Análisis de la correlación entre la variable de Trastorno de Ansiedad Social y Riesgo Suicida .....	36
Tabla 6. Tabla de Contingencia entre Trastorno de Ansiedad Social y Escala de desesperanza de Beck.....	36

## INTRODUCCIÓN

La ansiedad social es un trastorno mental que afecta significativamente la forma en la que una persona interactúa con su entorno social. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2022), este trastorno se caracteriza por un miedo intenso y persistente a ser juzgado, evaluado o ridiculizado en situaciones sociales. Dicho temor puede influir negativamente en diversas áreas del desarrollo del individuo, tales como las relaciones familiares, laborales y sociales, dificultando su bienestar general.

Por otro lado, el suicidio representa una de las principales causas de muerte a nivel mundial, afectando a cerca de 703.000 personas anualmente, sin distinción de grupos etarios. Según la Organización Mundial de la Salud (2021), el suicidio fue la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años en el 2019. Además, se estima que el 77% de los suicidios ocurridos ese año tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos, lo cual subraya la influencia del nivel socioeconómico en este fenómeno. Ecuador no es la excepción a esta realidad, por lo que resulta pertinente investigar la relación entre trastornos mentales, como la ansiedad social, y el riesgo suicida en la población adulta.

Debido a esto, la investigación contiene conceptos relacionados a la Ansiedad Social desde su definición, criterios diagnósticos, epidemiología, etiología, consecuencias, diagnóstico y tratamiento, de la misma manera, en cuanto al Riesgo Suicida se presenta conceptualización de este padecimiento, etiología, factores de riesgo y protección, prevalencia, manifestaciones y consecuencias, para cumplir con los objetivos planteados se establece la relación que existe entre los padecimientos

mencionados mediante la aplicación de diferentes reactivos a una muestra de la población adulta de Gualaceo y de este modo, relacionar dichos resultados para comprobar los objetivos propuestos.

El presente estudio tiene como pregunta de investigación ¿la prevalencia del trastorno de ansiedad social tiene relación con el riesgo suicida en adultos del cantón Gualaceo?, para lo cual se plantea como objetivo general determinar si existe una relación estadísticamente significativa entre la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Social y el Riesgo Suicida en adultos del cantón Gualaceo, Ecuador. Así como, se proponen tres objetivos específicos: determinar la prevalencia de ansiedad social, evaluar el riesgo suicida, y establecer la correlación entre ambos.

Este trabajo aporta al entendimiento de cómo los trastornos mentales pueden incidir en el riesgo de suicidio en poblaciones vulnerables, en particular, en contextos de bajo ingreso como el de Gualaceo. La investigación busca generar conocimiento útil para el desarrollo de políticas de prevención y programas de intervención dirigidos a mitigar estos problemas de salud pública.

## CAPÍTULO 1

### 1.1 Concepto de Ansiedad Social

El término ansiedad proviene del latín “anxietas” que significa estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo (Real Academia Española, 2014). Este padecimiento muestra síntomas psíquicos, sensación de ahogo y peligro inminente, se presenta una reacción de sobresalto, mayor intento de buscar soluciones eficaces para afrontar la amenaza (Sierra et al., 2003). En la mayoría de casos la ansiedad se desarrolla en contextos de presión, demandas y estrés fluctuante de la vida cotidiana (Clark y Beck., 2012).

La Ansiedad Social es una “experiencia humana común caracterizada por un miedo intenso a la evaluación de los otros en situaciones sociales donde existe una motivación personal para dar una buena impresión, ser aceptado, valorado o reconocido” (Ortiz, et al., 2019), como entidad nosológica, caracterizada por la evaluación negativa en interacción o exposición en público generando miedo y vergüenza, implica presión en el rol y el comportamiento del individuo (American Psychiatric Association, 2022)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, fabricado por American Psychiatric Association (2013), refiere el miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores, con una duración de mínimo de 6 meses (Tortella, 2014).

Según Caballo et al. (2014) estas situaciones podrían incluir comer, beber, escribir, firmar, utilizar aseos públicos o simplemente que le miren. La preocupación del paciente está dirigida a evitar ser expuesto en situaciones de ansiedad que conlleven señales físicas como ruborización, temblores, desmayos, entre otras señales físicas, que podrían conducir a una evaluación negativa dentro de su entorno (Belloch, et al., 2020).

Este trastorno es reconocido a partir del DSM III, en el que se desarrolla una descripción de los indicadores de la ansiedad social en cuatro categorías de comportamiento, como actuación en público, ir a baños públicos, comer frente a otros y escribir ante los demás, dicho padecimiento se desarrolla en las relaciones sociales, en donde la persona corrientemente intenta satisfacer con sus acciones las expectativas de los demás, referidas por el miedo constante al rechazo del entorno (González, 2022). En cuanto a su exposición clínica, el Trastorno de Ansiedad Social muestra la evitación como mecanismo de defensa principal para relacionarse con otros lo que provoca una incapacidad de interacción con otros individuos, siendo la actitud de evitación un factor principal para mantención de este trastorno (Caballo, et al., 2014).

Es importante así también, conocer cuál es la relación que se encuentra entre ansiedad y miedo, debido a que la ansiedad ha sido vista como una estructura patológica de miedo, caracterizada por la asociación imprecisa o errónea de los estímulos amenazantes, la activación fisiológica ante estímulos inocuos, y su carácter excesivo que interfieren con la conducta adaptativa (Díaz, et al. 2019), en las que se pueden reconocer pensamientos de peligro, sensaciones de aprehensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras, por lo que se ha podido evidenciar que distintos autores utilizan estos términos de manera indistinta. (Campbell, 1986).

Otros autores como Clark y Beck (2012), definieron al miedo como un estado neurofisiológico automático primitivo de alarma que conlleva la valoración cognitiva de una amenaza para la seguridad física o psíquica de un individuo. Además de, reconocerse como una emoción básica del ser humano, siendo producida como respuesta adaptativa sana a una amenaza percibida o peligro para la propia seguridad física o psíquica, considerada una forma de advertencia a los sujetos de una amenaza inminente y necesidad de defensas, que permite la protección del individuo.

En el caso de la ansiedad, inicialmente se presenta como una evaluación de riesgo, además de un estado de alerta tenso, inhibición comportamental y, si es posible, evitación de la situación, en cambio, cuando el peligro está presente y muy próximo, el conjunto de respuestas y sensaciones predominantes se denomina miedo las respuestas comportamentales pueden variar con la distancia del estímulo amenazador. (Becerra et al., 2007).

Continuando con lo expuesto, es necesario que exista un desencadenador del estado de ansiedad, de este modo el individuo necesita escoger entre dos situaciones simultáneas e incompatibles, pudiendo observarse como un conflicto de tipo aproximación-evitación, en el mismo que se involucra una situación atrayente y otra opción aversiva (Becerra, et al., 2007).

## **1.2 Criterios Diagnósticos según el DSM – 5 y CIE-11**

Según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, dentro de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición (2022), refiere que para diagnosticar un trastorno de ansiedad social (fobia social), es necesario que el paciente cumpla con los siguientes criterios:

**A.** Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p.ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

**Nota:** En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con adultos.

**B.** El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

**C.** Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

**Nota:** En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

**D.** Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

**E.** El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

**F.** El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

**G.** El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**H.** El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

**I.** El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden explicar mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.

**J.** Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con esta o ser excesivos.

**Especificar si:** Sólo actuación: si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

Mientras que en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su onceava edición (2022), menciona que el trastorno de ansiedad social se caracteriza por miedo o ansiedad marcados y excesivos que ocurren constantemente en una o más situaciones sociales, como interacciones sociales (por ejemplo, tener una conversación), hacer algo mientras se siente observado (por ejemplo, comer o beber en presencia de otros), o actuar frente a otros (por ejemplo, dar un discurso). Al individuo le preocupa que actuará de una manera, o mostrará síntomas de ansiedad, que serán evaluados negativamente por otros. Las situaciones sociales relevantes se evitan constantemente o se soportan con miedo o ansiedad intensos. Los síntomas persisten durante al menos varios meses y son lo suficientemente graves como para provocar una angustia significativa o un deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes.

### **1.3 Epidemiología de la Ansiedad Social**

Según la Organización Mundial de la Salud en el año 2019, un total de 301 millones de personas que han sido diagnosticadas de un trastorno de ansiedad, con un

nivel de afectación mayor en mujeres que en hombres, por otro lado, el Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud en el año 2021, ha registrado alrededor de 213 millones de casos de trastorno de ansiedad en adultos, manteniendo una prevalencia en mujeres adultas de 133 millones y en hombres de 80 millones.

Según el Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (2021), en América Latina Andina, conformada por Ecuador, Bolivia y Perú se registran un aproximado de 3 millones de pacientes adultos que padecen un Trastorno de Ansiedad, con un total de 1,996,488.01 en mujeres y un total de 1,115,074.93 casos en hombres registrados. De dicha totalidad aproximadamente 760 mil son casos que se registran en Ecuador hasta el año 2021, con un total de 488 mil casos en mujeres y 272 mil en hombres, siendo más prevalente en las mujeres. En cuanto al Trastorno de Ansiedad Social, no se han podido evidenciar cifras exactas y confiables del total de casos, en Ecuador, más concretamente en Gualaceo, lo que refuerza la importancia de la presente investigación.

#### **1.4 Etiología de la Ansiedad Social**

En cuanto a los factores genéticos asociados al trastorno de Ansiedad Social, se ha podido evidenciar, que mantiene un porcentaje de heredabilidad del 51% (Hettema, et al., 2001), no obstante, esta susceptibilidad genética no mantiene un patrón específico (Dueñas, L. 2019), sino que, pertenece a una categoría de trastornos multifactoriales que interactúan con factores ambientales, que provocan la presencia de estos trastornos, por otro lado, se puede evidenciar como los niveles elevados de dopamina en la corteza prefrontal se relacionan con estados de ansiedad, que dan como resultado niveles mayores de inhibición conductual e intensidad en reacción fisiológicas referentes a la ansiedad y sobresalto (Stein, et al., 2006). En cuanto a los factores biológicos implicados son el tipo de temperamento denominado inhibición conductual,

caracterizado por un umbral inferior de activación conductual, además de la labilidad emocional del sistema nervioso autónomo y la sensibilidad a la ansiedad (Caballo, et al., 2018). Dentro de los factores de vulnerabilidad psicológica, se encuentra la educación recibida de padres y cuidadores, el contexto cultural de la persona, habilidades inadecuadas de afrontamiento y estilos de pensamiento, esquemas y patrones de comportamiento inadecuados (Caballo, et al., 2018), mismos que se encuentra ligada estrechamente con estas experiencias vividas a lo largo de sus primeras etapas de desarrollo, pues es la forma en la que el individuo evalúa su entorno.

La ansiedad puede surgir desde el miedo a la adaptación de un nuevo entorno, el estrés psicosocial y presiones académicas y laborales, lo que podría ser un factor que provoque ideación y riesgo suicida (Asfaw, et al., 2020). En esta línea es menos probable que las personas con alta ansiedad social puedan establecer relaciones significativas, lo que lleva a una pertenencia frustrada bajo la insatisfacción, ausencia de cuidado recíproco y percepción de pocas conexiones sociales (Davidson, et al., 2011).

### **1.5 Consecuencias de la Ansiedad Social**

Dentro de la diversidad de consecuencias que presenta la Ansiedad Social se pueden recalcar las tasas elevadas de abandono escolar, disminución del rendimiento laboral, deficiencias en el área socioeconómico y calidad de vida, impidiendo actividades de ocio y afectando de manera sustancial en las relaciones personales de la persona, se muestra un deterioro significativo en varones asociado a la soltería o divorcio y no tener hijos. En la mayoría de casos los pacientes no recurren a buscar ayuda, hasta 15 o 20 años de padecer los síntomas, siendo de importancia recordar que la falta de empleo es un predictor de persistencia del trastorno de ansiedad social (American Psychiatric Association, 2022).

El Trastorno de Ansiedad Social puede presentar comorbilidad con los siguientes trastornos, Depresión Mayor siendo el trastorno de ánimo más prevalente, además se evidencia que tras cierta duración del Trastorno de Ansiedad Social surgen síntomas y signos relacionados con la depresión siendo 2.5 más habitual que en la población general, así también Trastorno Bipolar de tipo I y de tipo II, se observa una sintomatología de mayor intensidad y duración en períodos eutímicos más breves, lo que incrementa el riesgo de suicidio y la prevalencia de otros trastornos de ansiedad. Esta relación presenta hiperactivación del sistema nervioso simpático y tendencia a evitar estímulos asociados a dicha activación. (Muñoz y Alpízar, 2016).

### **1.6 Evaluación y Diagnóstico de la Ansiedad Social**

En la actualidad existen varios mecanismos para evaluar el trastorno de ansiedad, siendo la entrevista psicológica el principal y más efectivo, al ayudar al profesional de salud para detectar síntomas y signos que se encuentran ligados a dicho padecimiento, adicional a ello, se pueden encontrar variedad de reactivos para identificar este trastorno, entre los cuales se pueden destacar el MINI una entrevista breve y estructurada que permite evaluar los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad social en el apartado G; la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz y Davidson creado en 1973, es un cuestionario de 24 ítems que evalúa el miedo y la evitación en situaciones sociales; Inventario de Fobia Social desarrollado por Connor, et al. en el año 2000, es un cuestionario de 16 ítems que evalúa los síntomas del Trastorno de Ansiedad Social y el Cuestionario de Cribado de Ansiedad Social (SAS-Q), creado por Wittchen, Lépine y Cols en 1998, cuenta con 5 ítems que evalúan la presencia de los síntomas del trastorno (Salazar, et al., 2015).

## 1.7 Tratamiento y Manejo de la Ansiedad Social

Existen diversos métodos de tratamientos para el Trastorno de Ansiedad Social, contando con opciones desde los distintos modelos psicológicos centrados en psicoterapia, así como, modelos médicos que cuentan con el uso de fármacos, o el trabajo conjunto entre la psicoterapia y la intervención farmacológica (Baeza, 2007). Por lo general, el Trastorno de Ansiedad Social se trata con psicoterapia cognitivo-conductual, excepto en personas con un déficit de habilidades sociales (Sevilla y Pastor, 2003). En estos casos, se considera que el primer paso en el tratamiento debe ser la adquisición de dichas habilidades, ya que no se puede enseñar a alguien a sentirse cómodo en situaciones sociales si no sabe cómo comportarse en ellas (Sevilla y Pastor, 1997). En esta rama psicológica cognitivo conductual se creó un tratamiento de psicoterapia desarrollado por David Clark en el año 1997, partiendo desde dicha base Juan Sevillá y Carmen Pastor en 1999, fabrican un modelo de terapia cognitiva especializada en el Trastorno de Ansiedad Social teniendo como objetivo principal del tratamiento conseguir que desaparezcan las pruebas de seguridad, con la finalidad de notar que sus miedos son infundados o desmedidos (Sevillá y Pastor, 2003), de igual forma, con la utilización de ciertos psicofármacos como: antidepresivos, betabloqueadores y ansiolíticos han presentado niveles altos de eficacia, sin embargo, se observan mejores resultados cuando se combinan los dos métodos de tratamiento (NIH, 2022).

Por otra parte, la psicoterapia grupal ofrece diversos beneficios que van más allá del contacto social. A diferencia de lo que se podría pensar, la ansiedad no es un factor que limite la participación en este tipo de terapia, sino que puede servir como un impulso para el crecimiento personal. A través de la psicoterapia grupal, los individuos reciben herramientas que les permitan reinsertarse en su vida social de manera efectiva.

En este espacio, los pacientes tienen la oportunidad de explorar su libertad de pensamiento y desarrollar nuevas formas de actuar. La interacción con otros miembros del grupo, quienes también enfrentan desafíos similares, les permite aprender unos de otros y encontrar apoyo mutuo (Campo y Muriel, 2005).

### **1.8 Definición y Conceptualización del Riesgo Suicida**

En latín se usó la terminología *homo caedere* para denominar el acto de matar a otra persona, sin embargo, en el año 1642, Thomas Browne emplea el término *sui caedere* para referirse a la acción de asesinarse a uno mismo, surgiendo así la palabra suicidio. (Galván, 2022). El concepto más actualizado sobre el suicidio corresponde a la Organización Mundial de la Salud (2021) se entiende como el acto deliberado de quitarse la vida, sin embargo, con el tiempo han surgido distintas perspectivas sobre el sentido que recae en este suceso, dependiendo del contexto en el que se encuentre; existen diversas definiciones sobre los estados previos a la consumación del acto suicida, tales como, ideación suicida que hace referencia a deseos y pensamiento suicidas, la intención suicida como la determinación, en grado variable, de cometer un acto suicida y el riesgo suicida al grado variable de cometer un acto suicida (Ministerio de Salud Pública, 2021).

### **1.9 Etiología del Riesgo Suicida**

Para Christine Mountier (2023) el suicidio es un fenómeno de salud complejo que es el resultado de la interacción de diversos factores genéticos, ambientales, psicológicos y conductuales. Los estudios recientes de autopsia psicológica revelan de manera consistente que aquellas personas que fallecieron por suicidio enfrentaron múltiples factores de riesgo. Es particularmente notable que las personas con

enfermedades psiquiátricas tienen una mayor frecuencia de muerte por suicidio en comparación con individuos de la misma edad y género que no tienen estas condiciones.

### **1.10 Factores de Riesgo y Protección**

Agregando a lo anterior, las variables psicosociales que se relacionan directamente con el riesgo suicida son depresión, ansiedad y el consumo de alcohol e inversamente el apoyo social (Nicho, et al., 2023). Para comprender de una mejor manera la dificultad del comportamiento suicida, partimos de una identificación de los factores que aumentan el riesgo y protección de los mismo, para la Organización Panamericana de la Salud (2022) los factores de riesgo clave abarcan desde los sistemas sanitarios y la sociedad hasta los niveles comunitario, relacional e individual, aunque la relación entre el suicidio y los trastornos mentales está bien establecida, muchos suicidios también pueden producirse de forma impulsiva en momentos de crisis, como una pérdida económica. En cuanto a los factores de protección se vincula particularmente con la esperanza, el sentido de la vida y el apoyo interpersonal (Landa, et al., 2022).

Entre los factores de riesgo del suicidio más destacados se encuentra la poca tolerancia a la frustración, la desesperanza e impotencia, el concepto pobre de sí mismo y la necesidad de control externo (Andrade, et al., 2013). Así como, trastornos de orden psicológico o psiquiátrico, el aislamiento social y enfermedades crónicas (Castañeda, N., 2016), siendo influencia significativa dentro de este padecimiento, por lo cual es necesario conocer el tratamiento de mayor eficacia para el riesgo suicida, siendo este el tratamiento farmacológico en combinación con psicoterapia y redes de apoyo (Nicho, et al., 2023).

### **1.11 Modelos Teóricos del Comportamiento Suicida**

A lo largo de los estudios realizados para comprender el comportamiento suicida se han encontrado diversas perspectivas sobre cómo abordar y valorar los distintos elementos que intervienen en la multicausalidad del fenómeno suicida, ya sean estos de índole biológica, genética, psicológica, social o económica.

El modelo basado en el estrés-diátesis por Mann, Waternaux, Hass y Malone (1999), establece la existencia de una transmisión familiar que da como resultado una mayor predisposición a externalizar la agresividad y mostrar comportamientos suicidas, es decir, que el riesgo de suicidio no está determinado únicamente por la posible herencia de alguna enfermedad psiquiátrica, sino también, por la tendencia a experimentar una mayor ideación suicida. Además, este modelo destaca la influencia de la impulsividad en las personas con esta predisposición genética, ya que pueden ser más propensas a actuar de forma impulsiva y, en consecuencia, tener mayor probabilidad de cometer un acto suicida.

Por otro lado, tenemos la Teoría Interpersonal Psicológica del Suicidio (TIPS) de Joiner (2005), plantea que las variables interpersonales, como la baja pertenencia social y la percepción de ser una carga para los demás, son factores que impulsan la ideación suicida. En un estudio realizado en el 2021, se amplía el conocimiento de cómo interactúan las variables del riesgo suicida con las de la TIPS, en la que se confirma de manera directa la relación de variables de percepción de ser una carga, falta de pertenencia y capacidad adquirida para el suicidio con el intento suicida, así como la desesperanza e impulsividad, todas ellas variables de riesgo suicida (Espinosa, et al.,2021).

### **1.12 Prevención del Riesgo Suicida**

Cabe destacar la importancia de los métodos de prevención dentro del riesgo suicida, partiendo desde el aumento de conciencia sobre el mismo como una condición médica tratable y curable, así también la promoción de servicios especializados para su manejo. Además, es fundamental sensibilizar y facilitar a la población espacios en los que se pueda fomentar la autoestima, creatividad y la integración familiar (Ríos, M. 2013).

### **1.13 Manifestaciones y Consecuencias del Riesgo Suicida**

Según Mayo Clinic (2022), los indicios que pueden alertar sobre el suicidio o los pensamientos suicidas incluyen los siguientes:

- Hablar sobre el suicidio con expresiones como “desearía estar muerto” o “desearía no haber nacido”.
- Conseguir los medios para quitarse la vida.
- Aislarse de los demás y preferir estar solo.
- Experimentar cambios de humor, como pasar de la euforia a la desazón profunda en poco tiempo.
- Mostrar una preocupación excesiva por la muerte, el morir o la violencia.
- Sentirse atrapado o sin esperanza debido a una situación.
- Incrementar el consumo de drogas o alcohol.
- Alterar la rutina diaria, incluidos los hábitos de alimentación y sueño.
- Realizar actividades riesgosas o autodestructivas.

- Regalar pertenencias o poner en orden los asuntos personales sin una razón lógica.
- Despedirse de las personas como si no se las fuera a ver de nuevo.
- Mostrar cambios de personalidad o sentirse extremadamente ansioso o agitado, especialmente cuando se presentan algunos de los signos de advertencia mencionados anteriormente.

Es importante tomar en cuenta que los signos de advertencia no siempre son evidentes y pueden variar de una persona a otra, debido a que, algunas personas pueden expresar de forma clara y abierta sus intenciones mientras que otras pueden mantener sus pensamientos y sentimientos suicidas en secreto.

#### **1.14 Prevalencia del Riesgo Suicida**

Las tasas de suicidio son más altas en la Sierra y en la Amazonía, donde la mayor parte de la población es indígena, que en la Costa y la Región Insular (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2022). Estas diferencias regionales en las tasas de suicidio pueden estar relacionadas con diversos factores socioeconómicos, culturales y de acceso a servicios de salud mental. La presente investigación se lleva a cabo dentro de la región Sierra, específicamente en Gualaceo, un cantón oriental de la provincia de Azuay, en Ecuador (Municipalidad de Gualaceo, s/f).

Con una población total de 43.188 habitantes, de los cuales 19.421 son hombres y 23.767 son mujeres, Gualaceo presenta una estructura demográfica que refleja la tendencia general de mayor número de mujeres en la comunidad (INEC, 2024). Además, la población adulta de 18 a 64 años representa el 54.3% de la comunidad, lo que indica una base considerable de adultos que pueden estar enfrentando diversas

presiones socioeconómicas y personales que pueden contribuir al riesgo de suicidio. La dinámica de la población en Gualaceo también sugiere la necesidad de enfoques específicos en salud mental que consideren las características únicas de sus residentes, incluyendo factores culturales, económicos y sociales que podrían influir en la incidencia de la ansiedad social y el riesgo suicida.

### **1.15 Relación entre Ansiedad Social y Riesgo Suicida**

La Ansiedad Social podría estar significativamente relacionada con tendencias suicidas, debido al aislamiento y la desesperanza que experimentan las personas con déficit de habilidades sociales. La falta de conexión social o de sentido de pertenencia eleva los niveles de riesgo suicida (Seo et al., 2022). Se ha encontrado que los síntomas de ansiedad social se asocian positivamente con la pertenencia frustrada y la percepción de ser una carga, lo que genera una sensación de alienación hacia los demás, tanto de forma independiente como aditiva (Buckner, Lemke, Jeffries y Shah, 2016). Esto sugiere también que la combinación de dichos factores incrementa sustancialmente la probabilidad del riesgo de desarrollar ideación suicida (Arditte et al., 2016). Adicionalmente, se ha identificado que los adultos con ansiedad social tienen un 73% más de probabilidad de vivir solos, lo cual muestra otro factor de incremento en el riesgo de ideación suicida (Teo, Lerrigo y Rogers, 2013).

## CAPÍTULO 2

### 2.1 Metodología

- ***Tipo de Investigación:***

La presente investigación es de tipo cuantitativo, de corte transversal, con alcance relacional.

- ***Participantes:***

Población y muestra

El universo está conformado por 38.587 habitantes.

La muestra será polietápica. Del total de la población se procederá a obtener una muestra aleatoria la que será distribuida porcentualmente por conglomerados de acuerdo al número de habitantes de cada comuna; se estratificará de acuerdo a la edad, para lo cual se consideraron cuatro estratos 10 - 19, 20 – 39, 40 – 59 y de 60 y más; a continuación, en cada grupo de edad se estratificará de acuerdo al sexo considerando para ello la distribución establecida por el INEC en el censo 2022.

Utilizando la fórmula muestral para poblaciones finitas y conocidas con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3% y una proporción esperada del 50%, el tamaño muestral es de 1038 habitantes del cantón Gualaceo.

Para la ubicación de los individuos en el área geográfica se elegirán de forma aleatoria las viviendas del Cantón; se definirán para cada una de las viviendas seleccionadas, la unidad de análisis de la cual se levantará la información, de acuerdo a los estratos edad y sexo. En caso de que la vivienda aleatorizada no contenga la unidad de análisis otorgada, se utilizará el criterio del vecino más cercano, es decir, se ubicará

una unidad de análisis en la vivienda anterior, posterior, izquierda o derecha, en ese orden. Si una de las viviendas cercanas fue aleatorizada para otra unidad de análisis, cuando le corresponda, se utilizará nuevamente el criterio del vecino cercano.

• ***Instrumentos:***

Para realizar las mediciones, se valió de una entrevista semiestructurada que nos permitió llenar una ficha sociodemográfica y obtener información relevante para la investigación.

1. Se utilizó la ficha sociodemográfica, que permitió recolectar información general sobre las siguientes variables: la edad, género, etnia, nivel de educación, endeudamiento, con quienes vive, estado civil, actividad laboral, migración, familiares que han recibido tratamiento médico de alguna enfermedad mental, ingresos, discriminación, actividad física e intensidad y estado psicológico afectado por la pandemia; dichos datos se utilizaron con el objetivo de tener una visión más profunda de la población. (Véase en anexo 1)
2. Para este estudio se utilizó el MINI que es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos del CIE-10 y DSM-V, específicamente nos fijamos en el apartado G, módulo específico en la detección de Fobia Social, mismo que cuenta con 5 (G1,G2,G3,G4 y G5) apartados y con 4 (G1a, G1b, G3a y G3b) subapartados que guían al evaluado a identificar pensamientos, impulsos o imágenes intrusivas, intentos de suprimir dichos pensamientos, impulsos o imágenes; también la reaparición de los mismos y conductas de repetición o rituales en respuesta a dichos pensamientos y cómo esto afecta a la persona de manera significativa al menos en el último mes. “Fue elaborada por Y. Lecrubier y colaboradores de la Salpêtrière en París y D. Sheehan y colaboradores de la Universidad de Florida en

Tampa en los años 1992, 1994 y 1998” (Barrios et al., 2016, p 60). El MINI es un instrumento que determina la presencia de 16 trastornos mentales con una especificidad y sensibilidad de 85% y valor predictivo positivo de 75%; para algunos trastornos evalúa episodios actuales; para otros, episodios de por vida o ambos. Es interesante mencionar en este punto que el test mide la presencia de rasgos de trastornos psicóticos, lo cual es de suma importancia para el tratamiento preventivo y precoz. (Barrios et al., 2016, pp 60-61). Por otro lado, para Barrios et al, (2016) el MINI está dividido en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría. Al comienzo de cada módulo (con excepción de los trastornos psicóticos) se presenta en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios principales del trastorno. Al final de cada 23 módulo, una o varias casillas diagnosticadas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios. (Véase en anexo 2)

3. Se emplea la Escala de Desesperanza de Beck, es una herramienta diseñada para evaluar pensamientos suicidas, esta escala mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir, además de otros elementos, a tener en cuenta como, la letalidad del método considerado, disponibilidad, sensación de control sobre la acción o deseo y presencia de disuasores (García-Portilla, et al., 2015, pp 151). Fue creado por “A.T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman en el año de 1974 (Sánchez, et al., 2020). (Véase en anexo 3)

Esta escala fue traducida del inglés al castellano por dos psicólogos peruanos que ejercen profesionalmente en USA. Esta versión fue retraducida al inglés en Lima por un traductor profesional con la colaboración del autor principal, cortejando a continuación ambas versiones en inglés para determinar su equivalencia, realizándose algunas ligeras modificaciones idiomáticas en la versión en español. Luego se administró el BHS a una muestra de 25 sujetos para evaluar la comprensión de las instrucciones y de los ítems,

después de unos pequeños reajustes la versión resultante quedó lista para su estudio psicométrico. (Tovar, et al., 2006)

El BHS se define como una escala semiestructurada que consta de 20 ítems, redactados en forma de afirmación con formato de respuesta dicotómica (verdadero/falso) (Sánchez, et al., 2020), valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos), los diferentes ítems se hallan distribuidos en 4 apartados: actitud hacia la vida y la muerte (ítems del 1 a 5), características de ideación y deseo de muerte (ítems del 6 a 11), características del intento planeado (ítems 12 a 15) y actualización de la tentativa (ítems 16 a 19). Es importante mencionar que es un instrumento de administración heteroaplicado, en cuanto a su corrección e interpretación, el SSI proporciona una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida, la puntuación total se obtiene sumando todos los ítems, oscilando entre 0 y 38, tomando en cuenta que, a mayor puntuación, mayor gravedad (Sánchez, et al., 2020). Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación y más elevado riesgo de suicidio (Rodríguez-Pulido F. y González de Rivera F. 2015).

En cuanto a su validez fue estimada de tres maneras, mediante modalidad concurrente, de validez factorial y validez diferencial, así como, la confiabilidad fue estimada mediante la consistencia interna utilizando el coeficiente de Cronbach, y el test-retest usando el coeficiente de correlación de Pearson. (Tovar, et al., 2006)

- **Análisis de datos:** Para dar respuesta a los objetivos se realizarán las siguientes pruebas:

Estadísticos descriptivos: Se utilizarán frecuencias (f) y porcentajes (%) para datos categóricos, Media (M) y desviación estándar (sd).

Pruebas de normalidad: para determinar si los datos presentan o no una distribución normal.

Coefficiente de correlación: para estudiar la posible relación entre las variables, paramétrica o no paramétrica dependiendo el supuesto de normalidad.

- ***Procedimiento:*** La presente investigación forma parte de un proyecto de vinculación. La cual se desarrolló con la autorización de la universidad.

Se procedió al levantamiento de información, posterior a la firma del consentimiento informado, la base de datos será consolidada mediante un programa estadístico, para luego realizar los análisis respectivos, en función de los objetivos planteados.

Las encuestas fueron aplicadas a 897 participantes que presentaron una media 39.9 años (DT = 16.5 años), presentando los siguientes resultados:

## CAPÍTULO 3

### 3.1 Resultados

**Tabla 1.**

*Análisis descriptivo de las variables estado civil, migración y tratamiento médico*

<b>Estado civil actual</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Casado/a	341	38.0 %
Divorciado/a	71	7.9 %
Separado/a	22	2.5 %
Soltero/a	345	38.5 %
Unión libre	79	8.8 %
Viudo/a	39	4.3 %
<b>Migración</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
No	303	33.8 %
Si	594	66.2 %
<b>Tratamiento medico</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
No	756	84.3 %
Si	141	15.7 %

La tabla 1. Muestra que la mayoría de los participantes se encontraban solteros (38.5 %) y casados (38%). Por otra parte, el 66.2 % reporta existe migración dentro de

su núcleo. Finalmente, el 84.3 % indica que no se encuentra en tratamiento debido a alguna condición médica.

**Tabla 2.**

*Análisis descriptivo de las variables etnia y género*

<b>Etnia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Blanca	19	2.1 %
Mestiza	835	93.1 %
Otra	7	0.8 %
Indígena	36	4.0 %
<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Femenino	583	65.0 %
Masculino	313	34.9 %
Otro	1	.1 %

La tabla 2. Presenta la variable étnica, se observa que la mayoría de los encuestados se identifican como mestizos (93.1 %), el segundo grupo más numeroso es el indígena con un 4.0 %, seguido por la categoría blanca, que constituye un 2.1 %, y la categoría "otra" agrupa a un 0.8 %. En lo que respecta al género, los datos revelan una mayor prevalencia de personas de género femenino, que constituyen el 65.0 % de la muestra, en contraste con el 34.9 % de participantes de género masculino. Además, se registra una representación mínima de personas que se identifican con otro género, correspondiente a un 0.1 %.

**Tabla 3.**

*Análisis descriptivo de la variable prevalencia de Trastorno de Ansiedad Social.*

<b>Trastorno de Ansiedad Social</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
No	835	93.1 %
Si	62	6.9 %

Tabla 3. Muestra que la gran mayoría de los participantes (93.1 %) no presenta síntomas asociados con el Trastorno de Ansiedad Social (TAS). Sin embargo, un 6.9 % de la muestra ha sido identificado con este trastorno, lo cual, aunque es un porcentaje relativamente bajo.

**Tabla 4.**

*Análisis descriptivo de las variables prevalencia de la Escala de Desesperanza de Beck y niveles de riesgo suicida*

<b>Frecuencia de Prevalencia y niveles de Riesgo suicida</b>		
<b>Prevalencia de Riesgo Suicida</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
No	443	49.4%
Si	454	50.6%

<b>Niveles de gravedad del Riesgo Suicida</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ninguno o mínimo</b>	443	49.4 %
<b>Leve</b>	331	36.9 %
<b>Moderado</b>	116	12.9 %
<b>Alto</b>	7	.8 %

Tabla 3. Muestra, el 50.6 % de los participantes presenta riesgo suicida, mientras que el 49.4 % no lo reporta. Respecto a los niveles de riesgo, el 49.4 % presenta riesgo ninguno o mínimo, un 36.9 % muestra riesgo leve, un 12.9 % tiene riesgo moderado y el 0.8 % de la población presenta un riesgo alto.

#### **Tabla 5.**

*Análisis de la correlación entre la variable de Trastorno de Ansiedad Social y Riesgo Suicida*

Pruebas de  $\chi^2$

	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
$\chi^2$	24.6	3	< .001
N	897		

Tabla 5. Muestra que el valor  $p (< .001)$ , existe una relación estadísticamente significativa entre las variables Trastorno de Ansiedad Social y Escala de Desesperanza. Lo que probablemente indica que las personas con problemas de Ansiedad Social presentan mayor desesperanza que implica un factor de riesgo para ideación suicida.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación revelan una relación significativa entre el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) y el riesgo suicida en la población estudiada, lo cual es consistente con estudios previos. En particular, se encontró que un 6.9% de los participantes presenta TAS, mientras que un 50.6% de los mismos muestra algún nivel de riesgo suicida. Estos hallazgos concuerdan con investigaciones como la de Buckner et al. (2016), quienes observaron que las personas con ansiedad social tienden a experimentar una mayor sensación de desesperanza y pertenencia frustrada, lo que incrementa la probabilidad de ideación suicida. Esto se refleja en el análisis de contingencia, donde se observó que los participantes con TAS tenían mayores niveles de desesperanza en comparación con aquellos sin este trastorno.

Un aspecto clave que también se confirma en la presente investigación es la comorbilidad entre el TAS y la ideación suicida. Según Espinosa et al. (2021), la percepción de ser una carga y la baja pertenencia social son factores clave que pueden agravar la ideación suicida en personas con ansiedad social. Los hallazgos de este estudio refuerzan esta teoría, dado que se encontró una correlación significativa entre TAS y niveles moderados y altos de desesperanza, lo que sugiere una interacción compleja entre estos factores de riesgo.

Uno de los resultados más llamativos de la presente investigación es la alta prevalencia de riesgo suicida con un 50.6% de los participantes. En este sentido, surge la necesidad de intervenciones específicas en esta población y desarrollo de programas de prevención. Esto es especialmente relevante en el contexto de Gualaceo, una región donde, como menciona el Ministerio de Inclusión Económica y Social (2022), las tasas

de suicidio son más altas en comparación con otras regiones de Ecuador, lo que subraya la importancia de enfoques locales en la prevención del suicidio.

Los hallazgos también revelan que, si bien la mayoría de los individuos con TAS no presentan desesperanza, casi un 14% reporta niveles moderados y altos de este factor, lo que puede contribuir al riesgo suicida. Esto sugiere que la ansiedad social no solo afecta las interacciones sociales, sino que también tiene un impacto significativo en la salud mental general, en particular en el desarrollo de pensamientos suicidas, tal como lo indica la teoría interpersonal-psicológica del suicidio de Joiner (2005), donde el aislamiento y la desesperanza juegan roles cruciales en la ideación suicida.

Es importante destacar que, aunque los resultados apoyan la relación entre TAS y riesgo suicida, los factores culturales y contextuales en Gualaceo pueden influir en estos resultados. En este sentido, los factores culturales específicos de la región, como los mencionados por Davidson et al. (2011), podrían estar influyendo en la alta prevalencia de desesperanza en esta muestra. Es recomendable que futuros estudios consideren estos factores en mayor detalle para entender mejor las dinámicas culturales que afectan la salud mental en esta región.

En cuanto a las implicaciones clínicas, estos resultados sugieren que el tratamiento del TAS debería ser una prioridad en los servicios de salud mental de Gualaceo, dado su fuerte vínculo con el riesgo suicida. Intervenciones como la terapia cognitivo-conductual, que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del TAS (Clark y Beck, 2012), junto a evaluaciones y enfoques preventivos para el suicidio, se deberían implementar para reducir este riesgo en esta población vulnerable.

## CONCLUSIÓN

Los resultados de esta investigación sobre la relación entre la ansiedad social y el riesgo suicida en los adultos del cantón Gualaceo revelan una correlación significativa entre ambas variables. Como se muestra en los análisis de contingencia, los individuos con Trastorno de Ansiedad Social (TAS) tienen mayores probabilidades de presentar niveles moderados a altos de desesperanza, lo que aumenta el riesgo de ideación suicida. Estos hallazgos confirman lo que estudios previos han señalado: la ansiedad social, al generar aislamiento y sentimientos de frustración social, contribuye al incremento de ideas suicidas. En este contexto, la muestra analizada proporciona una valiosa fuente de información para comprender la magnitud del problema en una población específica de Ecuador, destacando la necesidad de intervenciones focalizadas en la prevención y el abordaje de este fenómeno.

Por otro lado, dado que el estudio se basó en una muestra polietápica y aleatoria, es razonable suponer que los datos recolectados son representativos de la población general adulta de Gualaceo. No obstante, cabe señalar que la alta prevalencia de riesgo suicida encontrada (50.6% de la muestra) puede estar influenciada por factores socioeconómicos y culturales particulares de la región, los cuales podrían no ser generalizables a otras poblaciones. Asimismo, el uso de instrumentos como el MINI y la Escala de Desesperanza de Beck aportan una buena confiabilidad en la medición de variables críticas, aunque siempre cabe la posibilidad de sesgos en la autopercepción de los participantes, dado que los cuestionarios incluyen respuestas autorreportadas.

A pesar de la veracidad de la metodología, se identifican varias limitaciones. En primer lugar, el estudio tiene un diseño transversal, lo que impide establecer relaciones causales definitivas entre ansiedad social y riesgo suicida. No es posible afirmar si la

ansiedad social es la causa directa del riesgo suicida, o si ambos presentan factores asociados. En segundo lugar, las variaciones en el contexto social y económico, especialmente en una región con características demográficas y culturales como Gualaceo, podrían haber influido en los niveles de ansiedad y riesgo suicida detectados. Por ello, sería recomendable realizar estudios longitudinales que permitan analizar la evolución de estas variables a lo largo del tiempo y en diferentes contextos.

Es importante considerar la singularidad del contexto en el que se llevó a cabo la investigación. Si bien los resultados pueden ser adaptables a otras poblaciones rurales de Ecuador con características similares, como los que enfrentan desafíos socioeconómicos, el estudio no puede afirmar que los resultados sean aplicables a contextos urbanos o a regiones fuera del país. La estructura demográfica de Gualaceo, donde la mayoría de la población se identifica como mestiza (93.1%) y se enfrenta a problemas de acceso a servicios de salud mental, puede haber condicionado los resultados. Por ello, la aplicación de los resultados antes mencionados a otras regiones con diferencias culturales o económicas requeriría estudios complementarios que traten dichas variables.

Finalmente, el factor temporal también debe ser considerado, debido a que el estudio se realizó durante un periodo posterior a la pandemia de COVID-19, es posible que el impacto de la crisis sanitaria haya incrementado los niveles de ansiedad y riesgo suicida entre la población.

En conclusión, este estudio aporta evidencia significativa sobre la relación entre ansiedad social y riesgo suicida en adultos de Gualaceo, pero también subraya la necesidad de estudios más amplios y longitudinales que permitan una comprensión más profunda y generalizable del problema en otros contextos.

## RECOMENDACIONES

Se identifican varios puntos que necesitan ser discutidos para futuras investigaciones. En primer lugar, aunque la muestra de 897 participantes es representativa, podría ser de mayor beneficio al tener una amplitud geográfica superior, para observar variaciones entre zonas rurales y urbanas. Además, el enfoque transversal limita la comprensión de la evolución temporal de los síntomas de ansiedad social y su relación con el riesgo suicida. Sería necesario continuar con investigaciones en el futuro que comparen los resultados obtenidos con muestras en diferentes contextos temporales, para evaluar si los niveles de ansiedad social y riesgo suicida se mantienen constantes o si fueron influenciados por circunstancias extraordinarias con un diseño longitudinal que sería útil para obtener el desarrollo de estos síntomas a lo largo del tiempo, permitiendo identificar momentos importantes en los que las intervenciones.

Además, en base a la aplicación de reactivos, sería recomendable incluir otros métodos de evaluación como entrevistas clínicas profundas para obtener una visión más holística del estado mental de los participantes.

Finalmente, el contexto cultural de Gualaceo, podría estar influyendo en los niveles de ansiedad social y desesperanza. Sería útil realizar estudios comparativos con otras regiones de Ecuador para explorar cómo las diferencias culturales y socioeconómicas pueden impactar en los resultados, lo que permitiría la creación de intervenciones más personalizadas. Asimismo, se sugiere fomentar el desarrollo de la evaluación y creación de programas preventivos en salud mental, especialmente enfocados en la reducción del estigma asociado a la búsqueda de ayuda psicológica en la región.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association [APA]. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Andrade, J. Téllez, C. & Giraldo, L. (2013). La autopsia psicológica en Colombia: Exploración psicobiográfica del suicidio. *Revista Internacional de Psicología*, 12(2). ISSN 1818-1023.
- Arditte, K. Morabito, D. Shaw, A. & Timpano, K. (2016). Interpersonal risk for suicide in social anxiety: The roles of shame and depression. *Psychiatry Research*.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.017>
- Asfaw, H. Niguse, Y. Zegeye, Y. Fekadu, G. y Alemayehu, Y. (2020). Prevalence and associated factors of suicidal ideation and attempt among undergraduate medical students of Haramaya University, Ethiopia. A cross sectional study. *PloS One*, 15(8).  
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0236398>
- Baeza, C. (2007). Tratamientos Eficaces para el Trastorno de Ansiedad Social. *Cuadernos de Neuropsicología*, 1(2).  
[https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-41232007000200004](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232007000200004)
- Baños, J. (2022). Modelo explicativo de depresión y ansiedad como predictores de ideación suicida en adultos peruanos. *MediSur*, 20(4).  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2022000400675](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2022000400675)
- Becerra, A., Madalena, A., Leonardo, C. y Dias H. (2007). Ansiedad y Miedo: Su Valor Adaptativo y Maladaptaciones. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Bogotá. 39

(1). [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342007000100006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342007000100006)

Belloch, A., Ramos, F. y Sandín, B. (2020). Manual de psicopatología. McGraw-Hill Interamericana Editores México.

Buckner, J., Lemke, A., Jeffries, E. y Shah, S. (2016). Social Anxiety and Suicidal Ideation: Test of the Utility of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide. *Journal of Anxiety Disorders*. 45. 60-63. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.11.010>

Caballo, V., Carrobbles, J. y Salazar, I. (2014). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. *Pirámide Madrid*. 183-217.

Caballo, V., Salazar, I. y Garrido, L. (2018). Programa de intervención multidimensional para la ANSIEDAD SOCIAL (IMAS). Pirámide Madrid.

Campo, M. y Muriel, E. (2005). Propuesta de Psicoterapia Grupal en Ansiedad Social: De la Disfunción Desadaptativa a la Ansiedad que nos Une. *Psiquiatría*. <https://psiquiatria.com/trastornos-de-ansiedad/propuesta-de-psicoterapia-grupal-en-la-ansiedad-social-de-la-disfuncion-desadaptativa-a-la-ansiedad-que-nos-une>

Castañeda, N. (2016). Prevención psicológica y neuropsicológica de factores de riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 19(36), 336-346. <http://doi.org/10.17081/psico.19.36.1302>

Clark, D. (1997). Panic disorder and social phobia. Science and practice of cognitive therapy. Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780192627254.003.0006>

Clark, D. y Beck, A. (2012). Terapia Cognitivo Conductual para Trastornos de Ansiedad. *Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer*.

- Clasificación Internacional de Enfermedades. (2024). CIE - 11 Para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad. *Organización Mundial de la Salud*. 11. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es#2062286624>
- Davidson, C., Wingate, L., Grant, D., Judah, M. y Mills, A. (2011). Interpersonal suicide risk and ideation: The Influence of Depression and Social Anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 30 (8), 842 - 855. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178115303346?via%3Dihub>
- Díaz, I. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. Universidad de Buenos Aires. *Summa Psicológica UST*. 16 (1), 42 - 50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7009167>
- Dueñas Amaya, L. J. (2019). Factores de predisposición genéticos y epigenéticos de los trastornos de ansiedad. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 12 (2), 61 - 68. <https://orcid.org/0000-0002-7095-9829>
- Espinosa, P., Pérez, M., Baca, E. y Provincia, M. (2021). Systematic Review of the Indirect Relationships of Thwarted Belongingness and Perceived Burdensomeness in Suicide. *Clinical and Health Journal of Empirical Research in Psychology*, 32 (1), 29 - 36. [Systematic Review of the Indirect Relationships of Thwarted Belongingness and Perceived Burdensomeness in Suicide | Revista de psicología \(copmadrid.org\)](https://doi.org/10.1016/j.cj.2021.01.001)
- Galván, L. (2022). Suicidio. *Psique y Cultura*. <https://psiqueycultura.org/suicidio/>
- García-Portilla, M., Bascarán, M., Sáiz, P., Parellada, M. y Bousoño, M. (2015). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. *CYESAN*, 7, 151. [https://www.researchgate.net/publication/333929205\\_Banco\\_de\\_instrumentos\\_basicos\\_para\\_la\\_practica\\_de\\_la\\_Psiquiatria\\_clinica\\_6\\_edicion](https://www.researchgate.net/publication/333929205_Banco_de_instrumentos_basicos_para_la_practica_de_la_Psiquiatria_clinica_6_edicion)

- González, P. (2022). Trastorno de ansiedad social: Pasado y presente. Fundación Aiglé.  
<http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/1314/TPF-Gonz%C3%A1lez%20Patricio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hettema, J., Neale, M. y Kendler, K. (2001). Una Revisión y Metanálisis de la Epidemiología Genética de los Trastornos de Ansiedad. *American Journal of Psychiatry.*, 158 (10), 1586 - 1578. <https://psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.158.10.1568>
- Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud. (2021). Carga Global de Enfermedades. Universidad de Washington. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/?params=gbd-api-2019-permalink/716f37e05d94046d6a06c1194a8eb0c9>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024). Perfil demográfico. Gualaceo, Ecuador. <https://censoecuador.ecudatanalytics.com/>
- Landa-Blanco, M., Urtecho-Osorto, O. R., & Aguilar-Chávez, M. M. Á. (2022). Factores psicológicos asociados al riesgo suicida en estudiantes universitarios de Honduras. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 40(1), 1-17.  
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.8537>
- Mann, J., Waternaux, C., Haas, G. y Malone, K. (1999). Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *The American Journal of Psychiatry*, 156 (2). [Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients | American Journal of Psychiatry \(psychiatryonline.org\)](https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.253)
- Mayo Clinic. (2022). Suicidio y Pensamientos suicidas- Síntomas y causas. *Mayo Clínic*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/suicide/symptoms-causes/syc-20378048>

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2022). Guía metodológica para la prevención del suicidio. Subsecretaría de Protección Especial.

[https://servicios.inclusion.gob.ec/Lotaip\\_Mies/phocadownload/10\\_oct\\_2023/literal\\_21\\_politicas-publicas-o-informacion-grupo-especifico/GU%C3%8DA%20PREVENIR%20SUICIDIO%20por%20pG.pdf](https://servicios.inclusion.gob.ec/Lotaip_Mies/phocadownload/10_oct_2023/literal_21_politicas-publicas-o-informacion-grupo-especifico/GU%C3%8DA%20PREVENIR%20SUICIDIO%20por%20pG.pdf)

Ministerio de Salud Pública. (2021). Lineamientos Operativos para la Atención a Personas con Intención y/o Intentos suicidas en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ecuador. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-intencion-e-intentos-de-suicidio.pdf>

Muñoz, J. y Alpízar, D. (2016) Prevalencia y Comorbilidad del Trastorno por Ansiedad Social. *Revista Cúpula*, (30)1, 40 - 47.

<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v30n1/art04.pdf>

National Institute of Mental Health. (2022). Trastorno de ansiedad social: Más allá de la simple timidez. Estados Unidos.

<https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-social-mas-alla-de-la-simple-timidez/trastorno-de-ansiedad-social-mas-alla-de-la-simple-timidez.pdf>

Nicho, T, Melendrez, D. y Olivas, L. (2023). Factores predisponentes de riesgo suicida en adultos: una revisión sistemática. *Revista de Investigación psicológica*. 26 (1), 187 – 211. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v26i1.24206>

Organización Panamericana de la Salud (2022). Prevención del suicidio. Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>

Organización Mundial de la Salud (17 de junio de 2019). Suicidio. Centro de Prensa.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud (2023). Trastorno de Ansiedad. Centro de Prensa.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Ortiz, C., García, F., Farfallini, L. y Fernández, H. (2019). Conceptualización y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad: Guías Clínicas. *Fundación Aiglé. Editorial AKADIA. 1*, 123.

Pichot, P. (1999). The semantics of anxiety. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental. 14* (1), 22 - 28 [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1077\(199908\)14:1+<S22::AID-HUP114>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1077(199908)14:1+<S22::AID-HUP114>3.0.CO;2-V)

Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. <https://dle.rae.es/ansiedad>

Rios, M. (2013). El Manejo del Paciente Suicida. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud. 10* (1-2). <https://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/32875>

Rodríguez-Pulido, F. y González de Rivera, F. (2015). Ficha técnica del Instrumento de Escala de Ideación Suicida. *Banco de instrumentos y metodologías en Salud Mental. https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=106*

Salazar, I., Caballo, V., Benito, A. y Equipo de Investigación CISO-A Colombia. (2015). Validez de constructo y finalidad del “Cuestionario de ansiedad social para adultos”. *Revista Latinoamericana de Psicología. 48* (2). [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342016000200003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342016000200003)

- Sánchez, J., Pablo, F. Y Atorresi, H. (2020). Escala de Desesperanza de Beck analizada con teoría de respuesta al ítem. *Revista de Psicología (UNLP)*.  
[https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/168768/CONICET\\_Digital\\_Nro.1f289abd-b2d2-46d5-8d30-37360f2dce47\\_B.pdf?sequence=2&isAllowed=y#:~:text=La%20medici%C3%B3n%20psicom%C3%A9trica%20de%20la,Lester%20y%20Trexler%20\(1974\).](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/168768/CONICET_Digital_Nro.1f289abd-b2d2-46d5-8d30-37360f2dce47_B.pdf?sequence=2&isAllowed=y#:~:text=La%20medici%C3%B3n%20psicom%C3%A9trica%20de%20la,Lester%20y%20Trexler%20(1974).)
- Seo, E., Yang, H., y Yoon, H. (2022). Ego-resiliency moderates the risk of depression and social anxiety symptoms on suicidal ideation in medical students. *BMC*. <https://annals-general-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12991-022-00399-x>
- Sevillá, J. y Pastor, C. (1997). Cómo decidir el plan de intervención. *Información Psicológica*, 65, 26-30. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/776/707>
- Sevillá, J. y Pastor, C. (2003). Cómo Tratar con Éxito la Fobia Social. *Psicología Conductual*, 11 (3), 699 - 712. [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/15.Sevilla\\_11-3oa-1.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/15.Sevilla_11-3oa-1.pdf)
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Periódicos de Psicología (PE PSIC)*. 3 (1).  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482003000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002)
- Sistema Nacional de Educación. (2023). Protocolo de Actuación frente a Situaciones de Suicidio e Intentos Autolíticos detectadas en el Sistema Nacional de Educación. Ecuador. <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2023/11/situaciones-de-suicidios.pdf>

Stein, D., Newman, T., Savitz, J. y Ramesar, R. (2014). Warriors Versus Warriors: The Role of COMT Gene Variants. *CNS Spectrums*. 11 (10), 745 - 748.

<https://doi.org/10.1017/S1092852900014863>

Teo, AR, Lerrigo, R., & Rogers, MAM (2013). El papel del aislamiento social en la ansiedad social Trastorno: una revisión sistemática y metanálisis. *Revista de trastornos de ansiedad*, 27(4), 353-364.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0887618513000571>

Tortella, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM 5. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. Revista Iberoamericana de Psicosomática.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>

Tovar, J., Rodríguez, L., Ponce, C., Frisancho, A. y Enríquez, J. (2006). Escala de Desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y Características Psicométricas. *Revista IIPSI*. 9 (1), 69 -

79. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4029/3209>

## ANEXOS

## ANEXO 1: Ficha Sociodemográfica

## INFORMACIÓN GENERAL

Parroquia .....

Comuna/ sector .....

## 1.- Etnia (Marque con un X lo que corresponde)

1  Indígena      2  Mestiza      3  Blanca      4  Otra

## 2.- Género (Marque con un X lo que corresponde)

1  Masculino      2  Femenino      3  Otros

## 3.- Edad: \_\_\_\_\_ años cumplidos (Solo números)

## 4.- Estado civil actual: (Marque con un X lo que corresponde)

1  Soltero/a      4  Separado/a (de hecho)  
2  Unión libre      5  Divorciado/a (legalmente)  
3  Casado/a      6  Viudo/a

## 5.- ¿Alguien de su familia a migrado? (Marque con un X lo que corresponde)

Sí       No En el caso que la respuesta sea Sí, elija si esta es interna o externaInterna  (Dentro del Ecuador)      Externa  (Fuera del país)

## 6.- Algún miembro de la familia ha recibido tratamiento médico por alguna enfermedad mental

Sí       No

## ANEXO 2: MINI, apartado G, Módulo de Fobia Social

### 1.1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

12

#### G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estuvieran observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluye cosas como hablar en público, comer en público o con otros, escribir mientras alguien le mira o estar en situaciones sociales.	NO	SÍ	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	NO	SÍ	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	NO	SÍ	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	NO	SÍ	4

**FOBIA SOCIAL**  
(trastorno de ansiedad social)  
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## ANEXO 3: Escala de Desesperanza de Beck

### 7.3.1. Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	V	F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	V	F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	V	F
7. Mi futuro me parece oscuro	V	F
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	V	F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
15. Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
18. El futuro me parece vago e incierto	V	F
19. Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F