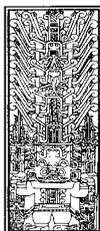


UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIDAD DE INVESTIGACION, INNOVACION Y EMPRENDIMIENTO



INFORME FINAL 2022

**Ansiedad ante la muerte, soledad, depresión y su
relación con la ideación suicida de adultos
peruanos durante la pandemia de la COVID-19,
2022**

Investigador Responsable : Carlos Bacilio De La Cruz Valdiviano
ID ORCID: 0000-0002-8181-7957

Miembro : Aldo Bazán Ramírez
ID ORCID: 0000-0001-6260-5097

Miembro : Carmela R. Henostroza Mota
ID ORCID: 0000-0003-3762-3247

Colaboradores : Shannon Karen Matienzo Valerio
ID ORCID: 0000-0001-6706-4576
Katherine Cristina Peña Vilchez
ID ORCID: 0000-0002-5913-8739

Grupo : Psicología básica y aplicada

Línea de investigación : 44. Salud Mental

Lima – Perú

2022

Ansiedad ante la muerte, soledad, depresión y su relación con la ideación suicida de adultos peruanos durante la pandemia de la COVID-19, 2022

Death anxiety, loneliness, depression and their relationship with suicidal ideation in Peruvian adults during the COVID-19 pandemic, 2022.

Resumen

Se tuvo por objetivo determinar la influencia de las variables ansiedad ante la muerte (AM), soledad (S) y depresión (D) sobre la ideación suicida (IS) en adultos peruanos durante la pandemia de la COVID-19, 2022. La muestra estuvo conformada por 1342 sujetos de Lima y regiones del Perú (más del 78% de Lima y Callao), seleccionado con el tipo de muestreo no probabilístico intencionado. Diseño predictivo, básica no experimental con medición transversal mediante uso de cuestionarios previamente validados, con uso de modelamiento de ecuaciones estructurales, análisis factorial confirmatorio y de regresión estructural. Los resultados permiten determinar el efecto diferencial de las variables AM, S y D, sobre la IS. Los dos modelos obtenidos mediante modelamiento de ecuaciones estructurales destacan una relación predictiva significativa de D de manera directa sobre la IS, mientras que, la S es el segundo factor que mejor predice la ideación suicida en relaciones directas, asimismo, la S también influye de manera indirecta sobre IS, mediada por la D. Asimismo, se comprobó que ser sexo femenino, grupo de edad menores a 30, habitar en provincia están asociadas significativamente ($p < 0.05$) y tienen efecto diferencial sobre S, AM y D. La misma tendencia evidencia ser soltero, instrucción analfabeto o superior universitario inconcluso y no practicar deporte, no practicar deporte y dormir menos de 4 horas, y finalmente, no se comprobó que haber tenido COVID-19 influya en la ideación suicida.

Palabras clave: Ansiedad ante la muerte, soledad, depresión, ideación suicida, adultos, COVID-19.

Abstract

The objective of this study was to determine the influence of the variables death anxiety (DA), loneliness (L) and depression (D) on suicidal ideation (SI) in Peruvian adults during the COVID-19, 2022 pandemic. The sample consisted of 1342 subjects from Lima and regions of Peru (more than 78% from Lima and Callao), selected with non-probabilistic purposive sampling. Predictive, basic non-experimental design with cross-sectional measurement using previously validated questionnaires, with the use of structural equation modeling, confirmatory factor analysis and structural regression. The results allow us to determine the differential effect of the variables AM, S and D on SI. The two models obtained by structural equation modeling highlight a significant predictive relationship of D directly on SI, while S is the second factor that best predicts suicidal ideation in direct relationships. Likewise, it was found that being female, age group under 30, living in the province are significantly associated ($p < 0.05$) and have a differential effect on S, AM and D. The same tendency is evidenced by being single, illiterate or unfinished university education and not practicing sports, not practicing sports and sleeping less than 4 hours, and finally, it was not found that having had COVID-19 influences suicidal ideation.

Key words: Death anxiety, loneliness, depression, suicidal ideation, adults, COVID-19.

INTRODUCCION

En la actualidad el problema de la pandemia originada por el coronavirus SARS-CoV-2, que genera la enfermedad COVID-19 sigue siendo vigente en sus diferentes rebrotes en varios países, y, las medidas sanitarias que se han venido tomando, si bien sirven y han servido para amenguar la problemática, han traído consecuencias en aspectos psicoafectivo y social de la población, específicamente pretendemos analizar la ansiedad ante la muerte, el sentimiento de soledad, síntomas depresivos y su repercusión en la ideación suicida asociados a este contexto de medidas preventivas, que han implicado cambios de hábitos y retos en los recursos adaptativos de las personas de todas las edades.

Cada año se suicidan alrededor de 700 000 personas y el 77% de estos se produce en los países de ingresos bajos y medianos (Organización Mundial de la Salud-OMS, 2021). Asimismo, el suicidio, alcanzó a ser la segunda causa de muerte en el mundo, entre la población adolescente y adultos jóvenes de entre 15 a 29 años, por ello, es considerado por la OMS como un problema de salud pública. Previo a cada suicidio consumado se encuentran muchas tentativas de suicidio, y, detrás de estas están presentes la ideación suicida asociado comúnmente a una planificación a priori.

Es preocupante que la tasa de mortalidad por suicidio es creciente en la población general, frente a ello, uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (OMS, 2021), el propósito es que, de aquí a 2030, se reduzca en un tercio el riesgo de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles a través de la prevención y tratamiento, así como promover la salud y el bienestar mentales. Al respecto también algunos países como España han implementado el Teléfono de la Esperanza (TE), el cual es la principal línea telefónica de ayuda, mediante este medio se pueden identificar la ideación suicida en las personas que llaman y se les proporciona una intervención rápida en situaciones de crisis de acuerdo con el riesgo de suicidio presentado.

Por otro lado, en el Perú, la frecuencia de suicidio consumado ha ido en aumento: 2 018 (577), 2 019 (638) y 2 020 (614), es decir un promedio de 2 suicidios diarios en cada año (Sistema Informático Nacional de Defunciones, 2020). En este sentido, la detección temprana y la evaluación de la ideación suicida con los factores asociados es esencial para la prevención del suicidio y es recomendable contar con instrumentos confiables para la interpretación e inferencias fundamentadas de las puntuaciones obtenidas.

Antecedentes a **nivel internacional**, se puede destacar a Yañez et al. (2021) quienes estimaron el efecto diferencial de la sintomatología ansiosa-depresiva y la impulsividad en pensamientos suicidas en adolescentes en función del tipo de apoyo parental materno y paterno, en 440 estudiantes chilenos de secundaria. Se halló los efectos principales y de interacción de las variables estudiadas sobre la ideación suicida de los adolescentes. Las mujeres evidenciaron mayores sintomatología depresiva, ansiosa, impulsividad e ideación suicida comparado con hombres. El apoyo materno moderó el efecto de la sintomatología depresiva/ansiosa y la impulsividad sobre la ideación suicida.

Gómez et al. (2019) analizaron los factores de riesgo y predictores de la conducta suicida en 1408 estudiantes universitarios. Se encontró un factor de riesgo suicida del 23,2%. El análisis de regresión binaria muestra que la depresión (OR= 1,2), impulsividad (OR= 1,04), desesperanza (OR= 1,1), intento de suicidio (OR= 31,5), enfermedad mental e intento de suicidio en la familia (OR= 2,2; OR= 2,1) explican entre el 41% y el 62% de la varianza del riesgo suicida. Mediante el análisis de modelado de ecuaciones estructurales se establecieron tres modelos explicativos que muestran que la enfermedad mental e intento de suicidio en la familia (modelo 1), impulsividad (modelo 2) y antecedentes de intento de suicidio por parte del estudiante (modelo 3) son variables mediadoras del riesgo suicida.

Llibre et al. (2021) investigaron el impacto de la soledad en la salud mental (trastornos del sueño, ansiedad y depresión) en el escenario actual de la enfermedad del

coronavirus 2019 (COVID-19) en adultos cubanos. Estudio es de tipo observacional. Los participantes fueron 585 edades 65 años y pertenecientes a un estudio longitudinal de la enfermedad de Alzheimer y el deterioro por los años. Durante la fase 3 de la pandemia se llevaron a cabo las entrevistas en la provincia de La Habana. Con la administración del Estado mental geriátrico (GMS) se midió la soledad, la depresión, la ansiedad y los problemas del sueño. Se evidenció alta frecuencia de soledad 29,7%, depresión 37,9%, ansiedad 20,9% e insomnio 28,9%. La soledad aumentó las probabilidades de depresión, OR = 5,37 (IC del 95 %, 3,66 a 7,89), ansiedad, OR = 3,60 (IC del 95 %, 2,38 a 5,46), insomnio OR = 2,88 (IC del 95 %, 1,97 a 4,22), la asociación se mantuvo significativa en el análisis multivariado. Conclusión: las medidas de restricción y el aislamiento social en pandemia COVID-19 indican secuelas negativas en el bienestar y la salud mental en los participantes.

González-Tovar y Garza-Sánchez (2021) estudiaron la Escala de Soledad ESTE con el objetivo de establecer su estructura interna. Proviene de España y es apto para la población de la tercera edad de la localidad de Coahuila Saltillo, México. El diseño fue psicométrico. La estructura interna y las propiedades de medición de la escala se encontraron en 396 personas mayores (55,8% mujeres y 44,2% hombres) mediante análisis factorial exploratorio (AFE), análisis paralelo (PA) y análisis factorial confirmatorio (AFC). De 60 a 95 años ($M = 69.81$, $DT = 6.96$), fueron atendidos en el Centro Nacional del Envejecimiento (CEAM) consejería ambulatoria y en el programa de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Coahuila, México. Se evidencia en el AFE un proceso de cuatro factores que explica el 53,45% de la varianza, y la varianza total explicada en el análisis paralelo fue del 57,3%. Los que explicaron con fuerza indican: soledad social (24.31 %), soledad familiar (12.13 %) y crisis existencial (10.18 %). La soledad conyugal fue el de menor explicación (6.81 %). Se observa alta fiabilidad ($\omega = .920$). Se refleja índices de bondad de ajustes adecuados en el Análisis Confirmatorio.

Salvo y Castro (2013) analizaron el valor predictivo de la soledad, la impulsividad y el consumo de alcohol en la conducta suicida de los adolescentes. Enfoque cuantitativo, transversal y de correlación. Se utilizaron la Escala de Suicidio, la Escala de Soledad de UCLA-III, la Escala de Impulsividad de Barratt 11ª Edición (BIS-11) y el

Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT). Se administró a 763 estudiantes de secundaria (49% varones) de 14 a 19 años residentes en Chilán, Chile. Se halló que 19% de los participantes había deseado suicidarse y el 34,3% tenía pensamientos suicidas. La impulsividad, la soledad y el consumo de alcohol están directamente asociados con la conducta suicida. La conducta suicida fueron explicados en un 31% por los predictores. Fue la soledad el factor de riesgo más importante, seguido del sexo femenino, la impulsividad y la Identificación de problemas por consumo de Alcohol (AUDIT).

Otros autores revisaron estudios acerca de la ansiedad ante la muerte en función al sexo (Pollak, 1979), hallando que las mujeres revelaron mayores indicadores en comparación con el sexo masculino, estos resultados posteriormente fueron corroborados por otros autores donde la mayoría han utilizado la Escala de Ansiedad ante la Muerte (Death Anxiety Scale: DAS) de Templer (1970) como instrumento de evaluación en estudiantes universitarios. Obtuvieron diferencias significativas de puntuaciones DAS entre hombres y mujeres algunos investigadores como Chiappetta, Floyd y McSeveney (1977); Davis, Martin, Wilee y Voorhees (1978) y Sadowski, Davis y Loftus-Vergari (1979).

Moreno & Risco (2018) analizaron según el modelo desarrollado por Templer (1970), 1172 estudiantes en diferentes universidades españolas, de edades comprendidas entre 17 y 28 años. El diseño del estudio fue transversal y descriptivo correlacional. Se aplicaron los instrumentos de medida DAS (Death Anxiety Scale) y DDS-R (Death Depression Scale). Los resultados mostraron diferencias significativas asociadas a sexo y edad en ansiedad y depresión ante la muerte, siguiendo un patrón decreciente en función de la edad y mostrando mayor prevalencia en mujeres.

Pérez et al. (2013) registraron la presencia de ideación suicida y de las variables relacionadas en una muestra no aleatoria de 500 estudiantes de la Universidad Tecnológica de Tlaxcala mediante la aplicación del instrumento para detección de la ideación suicida en jóvenes, diseñado en el programa de investigación de la FES-Iztacala, para la obtención del modelo de relación por sexo, mediante el análisis de regresión logística binaria. Los resultados muestran la ideación suicida tiende a presentarse en un porcentaje menor al 10%, principalmente acompañada de

desesperanza y estado emocional negativo, con señalamiento de mayor riesgo de desarrollo de comportamiento suicida en hombres que en mujeres.

Urdiales-Claros y Sánchez-Álvarez (2021) comprobaron el impacto psicológico de la COVID-19 tras un año de pandemia en 1558 personas residentes en España (edades 16 -77 años), con un cuestionario online evaluaron el impacto psicológico a través del *Inventario de frecuencia de ideación suicida* (FSII) y el *Inventario de depresión de Beck* (BDI). Hallaron que la pandemia de la COVID-19 ha traído consigo un incremento significativo de sintomatología depresiva e ideación suicida, con niveles superiores en mujeres, personas desempleadas y estudiantes. La muerte por la COVID-19 de una persona cercana, el cambio de vivienda, haber pasado la enfermedad con síntomas graves o el teletrabajo se relacionó con una peor sintomatología depresiva e ideación suicida.

En Rusia, Medvedeva et al. (2021) estudiaron los cambios en los síntomas depresivos y de ideación suicida en circunstancias de la pandemia de COVID-19 con 908 personas; el pensamiento suicida y la depresión correlacionaron de manera positiva y significativa, sin embargo también se encontró que la depresión puede ser sensible al surgimiento del virus en el ámbito, la crispación de la enfermedad entre pares, el temor a enfermar y morir, y que al mismo tiempo está relacionada con demandas más declaradas de ayuda emocional, social e instrumental, por lo que el efecto de estas variables sobre la ideación suicida no debe ser entendida de manera lineal o literal.

O'Connor et al. (2021) estudiaron el proceso de la salud mental y el bienestar en adultos del Reino Unido, dentro de las seis semanas de confinamiento por la pandemia. Se reportó que la ideación suicida aumentó con el paso del tiempo, pero los síntomas de ansiedad y los niveles de derrota y confinamiento disminuyeron en el transcurso de las oleadas; sin embargo, los niveles de síntomas depresivos no cambiaron significativamente. En torno a la soledad, los niveles no cambiaron significativamente durante las oleadas. El bienestar positivo aumentó. Los resultados reflejaron que, las mujeres jóvenes (18-29 años) que proceden de contextos más desvalidos socialmente y la personas que presentan salud mental no adecuada preexistente, presentaron bajos índices de salud mental en el transcurso de la pandemia.

Olié et al. (2021), en Francia, compararon a pacientes con episodio depresivo mayor con dos años de antigüedad (PP) con un grupo control sano (HC), en síntomas psicológicos (depresión, ansiedad, insomnio, ideación suicida, estrés traumático, ira) y las condiciones de vida durante el primer confinamiento nacional francés. y establecer predictores de angustia psicológica significativa en PP. Se encontraron niveles muy bajos de los síntomas psicológicos en el grupo control (HC) en contraste con el grupo de pacientes depresivos (PP), asimismo, se encontró que la soledad y el aburrimiento fueron identificados como factores predictores de la depresión, la ansiedad e insomnio, por otro lado, la actividad física diaria evidenció ser un factor protector para desarrollar estos problemas psicológicos.

Urdiales-Claros y Sánchez-Álvarez (2021) realizaron un estudio con personas residentes en España de 16 a 77 años mediante aplicación en línea de cuestionarios, y encontraron que, un incremento significativo de la sintomatología depresiva y de ideación suicida, en niveles altos en mujeres, personas desempleados y estudiantes. Asimismo, la muerte por COVID-19 de una persona cercana, haber estado enfermo con COVID con síntomas graves o realizar teletrabajo, se relacionó con peor sintomatología depresiva e ideación suicida.

Con base en una muestra de estudiantes chilenos de secundaria, Yañez et al. (2021) estimaron el efecto diferencial de la sintomatología ansiosa-depresiva y la impulsividad, en pensamientos suicidas de adolescentes, en función del tipo de apoyo parental materno y paterno. Se halló los efectos principales y de interacción de las variables estudiadas sobre la ideación suicida de los adolescentes; las mujeres evidenciaron mayor sintomatología depresiva, ansiosa, impulsividad e ideación suicida comparado con hombres. El apoyo materno moderó el efecto de la sintomatología depresiva/ansiosa y la impulsividad sobre la ideación suicida.

Cheng et al. (2022) estudiaron las relaciones entre impulsividad, ansiedad (estado/rasgo) e ideación suicida en personas con trastorno depresivo mayor (TDM) en un escenario de pandemia de COVID-19 en China; mediante el procedimiento de estudio de casos y controles con emparejamiento, tomaron un grupo de idea de suicidio alto, un grupo de idea suicidio bajo y un grupo sano (control). Se observó que no hubo

diferencias en el estado de ansiedad entre los grupos; en personas con TDM se encontró una relación significativa entre ideación suicida e impulsividad, y en el grupo (sanos), la relación no fue significativa. También se encontró que, en los pacientes con trastorno depresivo mayor, el rasgo de ansiedad podría mediar de forma significativa, la relación de impulsividad e ideación suicida.

Sousa et al. (2022) abordaron un estudio sobre los factores asociados a la ideación suicida en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una institución federal de Educación Superior del Sudeste de Brasil, durante a la pandemia en el año 2021. Se observa en los estudiantes, que la prevalencia de ideación suicida fue de 26,33%. Sólo los síntomas depresivos se asocian con la ideación suicida, según el modelo de regresión logística final. Un aspecto resaltar fue, que el presentar síntomas depresivos incrementó la probabilidad de reflejar ideación suicida.

Antecedentes a nivel nacional,

Marín y Jorka (2018) en Perú, realizaron un estudio descriptivo-correlacional con 354 estudiantes del nivel secundaria de una institución educativa de Junín, cuyos resultados encontraron factores más relevantes para la ocurrencia del suicidio tales como los problemas familiares, el acoso escolar, la situación económica, conductas y antecedentes familiares de suicidio, las dificultades de aprendizaje y bajo rendimiento.

Chávez y Martos (2021) determinaron la susceptibilidad de los adultos mayores a expresar indicadores de ansiedad durante la enfermedad COVID-19. Fue un estudio de revisión bibliográfica, cuyo resultados fue: el COVID 19 genera ansiedad en las personas mayores, destacándose preocupaciones: familiares, vida social, salud, economía, soledad y aumento de la ansiedad ante enfermedades crónicas.

Matienzo (2021) analizó la soledad y la ansiedad ante la muerte en adultos mayores de Lima, utilizando el diseño correlacional simple en 101 ancianos, hombres y mujeres, y el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Para la ansiedad ante

la muerte se administró una adaptación del cuestionario de Graus (2016) “Donald Templer’s Death Anxiety Scale” y la soledad se midió mediante una adaptación de la “De Jong Loneiness Scale Gierveld” de García (2020). Se halló el 55,4% soledad moderada, el 31,7% soledad severa y muy severa y el 24,8% ansiedad ante la muerte. Existe una correlación positiva ($\rho = .332$), significativa ($p < .05$), y un tamaño del efecto de $r^2 = .11$. Por lo tanto, cuanto mayor es la ansiedad por la muerte, mayor es la soledad.

En Chincha Alta- Ica, Ezeta (2019) relacionó los sentimientos de soledad y los estilos y estrategias de afrontamiento. Los participantes fueron 159 adolescentes de secundaria de Chincha Alta (70.4% varones y 29.6% mujeres) con 16 a 18 años. Se comparó según género, con pareja y número de personas con quienes vivan. Los instrumentos de medición fueron la Escala de Soledad de De Jong-Gierveld y la versión Abreviada de la Escala de Afrontamiento adolescente de Richaud de Minzi. Los instrumentos evidenciaron confiabilidad y validez en torno a la muestra, mientras que la estrategia “No acción” indican correlaciones bajas. Los sentimientos de soledad en los participantes son moderados (64.16) y los grados severos representan información significativa (16.98%) y muy severos (6.29%) de soledad y las estrategias de afrontamiento que suelen ser más usadas fueron las centradas en los problemas. Los sentimientos de soledad de los participantes (0.511) está relacionado en forma directa con el estilo de afrontamiento no productivo. La comparación denota la existencia de diferencias en los niveles de soledad y el número de personas con las que vive en casa. Se observa que la actividad física es preferida por los hombres para evadir y las mujeres usan prioritariamente estilos no productivos y la reestructuración cognitiva. El afrontamiento por medio de la diversión lo usan los que tienen pareja, y los que afrontan inculpándose, con descargas emocionales y somatización son los que no tuvieron pareja.

Sánchez y Shica (2018) relacionaron la depresión y ansiedad ante la muerte en 302 participantes adultos mayores de sexo masculino y femenino, de 60 años en adelante, que vivieron algún tipo de violencia en algún momento de su vida en la localidad de Trujillo. Además del tamizaje para descartar violencia, se aplicaron la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). Se

encontró $r = .65$ entre las variables depresión geriátrica y ansiedad ante la muerte. Asimismo, en las dimensiones: miedo al dolor, miedo al final inminente de la vida y miedo a la muerte, la depresión indicó una correlación directa de alto grado $r > .50$. Entonces existe correlación alta y directa.

Marco Teórico-conceptual: Teorías acerca de la Ideación Suicida:

- Teoría de la comprensión clásica de Durkheim (1987), la ideación suicida se inicia con percepciones positivas o negativas sobre la muerte, y son de cuatro tipos: altruista (propio de los dependientes), egoísta (los que se sienten excluidos por la sociedad), anónimo (no sienten el apoyo de sus grupos: familia, amigos, etc.), y fatalista (sienten una excesiva carga o presión).

Durkheim, encontró factores determinantes para que surja la ideación suicida; entre ellos se encuentra la falta de apoyo familiar, el estado civil (personas solteras), la dependencia emocional, la violencia, etc.

- Teoría de desesperanza acerca del suicidio de Beck (1967), la ideación suicida se produce cuando los sujetos les otorgan un valor especial a los problemas, creando sentimientos de inutilidad, del mismo modo, se observa un presente desastroso y un futuro catastrófico, lo que hace creer que el suicidio es la salida a los problemas. La teoría de Beck, se basa en pacientes depresivos en quienes identificó factores precisos para el origen de la ideación suicida lo que se caracteriza por la presencia de pensamientos negativos automáticos.

-**Teoría de los dos factores de ansiedad ante la muerte** elaborado por Templer (Neimeyer, 1997), que comprende primero: la salud psicológica global (depresión y ansiedad), y segundo: experiencias relacionadas con la muerte.

- **Modelo cognitivo de soledad:** La escala a utilizarse en esta investigación se fundamenta en el modelo cognitivo de la soledad de De Jong Gierveld (1987), que sostiene cuanto mayor es la discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las que efectivamente se tienen, mayor es la experiencia de soledad.

- **Modelo de diagnóstico clínico de la depresión:** Para llegar al diagnóstico de Episodio depresivo o distimia es necesario entrevistar al paciente y comprobar que cumple los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Uribe, 1996) ó Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV, 1998).

Definiciones conceptuales:

Ansiedad ante la muerte: De acuerdo a Templer (1970) es la reacción emocional como consecuencia de la percepción de la persona en cuanto a amenazas o peligros contra su vida, pudiendo ser estos reales o imaginarios, que pueden ser causadas por motivos internos o ambientales, entre estos suceden los pensamientos sobre la muerte propia y la ajena.

Soledad: De Jong Gierveld (1987) sostiene que la soledad es una experiencia subjetiva y desagradable como consecuencia de la autopercepción de la persona sobre sus relaciones sociales. Cuanto mayor es la discrepancia entre la expectativa de relaciones sociales y las que realmente se tienen, mayor es la vivencia de soledad.

Depresión: es un trastorno de salud mental que se caracteriza por tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras. Además, puede alterar el sueño y el apetito, y es frecuente su asociación con cansancio y falta de concentración. La depresión es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo, e incide considerablemente en la carga de morbilidad (OMS, 2021).

Ideación suicida ó pensamiento suicida: en general recibe esta denominación, al conjunto de pensamientos referidos a un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte (Ministerio de Salud, 2008).

1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el efecto de las variables ansiedad ante la muerte, sentimiento de soledad y síntomas depresivos, sobre la ideación suicida de adultos peruanos durante la tercera ola de la pandemia por COVID-19?

1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Para fundamentar la justificación e importancia de este estudio, lo hemos dividido en los siguientes aspectos:

A nivel teórico: Se busca enriquecer el conocimiento científico de los peruanos, en función a las variables mencionadas en este contexto de pandemia, que, a su vez, presentan fundamentos teóricos que permitirán respaldar los hallazgos.

Conveniencia: Se ubica en el ámbito de la salud pública y la salud mental, específicamente en torno a la ideación suicida en contexto de pandemia y las variables que se asocian. En base a ello, interesa explorar el panorama actual como se vienen ejecutando las acciones preventivas que permitirá conocer las limitaciones y aciertos de dichas estrategias apuntando hacia la mejora.

Relevancia social: La presente investigación se realiza en la población de adultos entre 18 a 70 años, que en Perú, conforman la mayoría poblacional (Instituto nacional

de Estadística e Informática-INEI, 2018) que lideraran el camino hacia el desarrollo de cada país.

Valor metodológico: Implica un análisis riguroso de las variables de estudio en función a las variables sociodemográficas, se propone someter a prueba un modelo de regresión estructural considerando cuatro variables latentes (factor latente) y sus variables manifiestas (indicadores). El factor latente a predecir es la ideación suicida, y los factores latentes predictores son: la ansiedad ante la muerte, la soledad y los síntomas depresivos.

Aporte práctico: Este tema se debe a que se considera relevante relacionado en la sociedad actual, más aún, en contexto de pandemia. Esta investigación brindará resultados importantes sobre la población de investigación para que las autoridades competentes los utilicen en la toma de decisiones, a fin de formular programas de seguimiento y planes de atención, promoción, prevención e intervención; no solo involucrar a los profesionales de la salud, sino también a los promotores y ciudadanos mismos, en el reto de prevenir y reducir el riesgo de suicidio, con el fin de lograr un equilibrio biopsicosocial.

1.4 OBJETIVOS:

General:

Por todo lo mencionado, se fija el objetivo principal:

Determinar la influencia de las variables ansiedad ante la muerte, sentimiento de soledad, y síntomas depresivos, sobre la ideación suicida en adultos peruanos durante la pandemia de la COVID-19, 2022

Objetivos específicos:

O1: Identificar la proporción de personas con ansiedad ante la muerte, soledad y síntomas depresivos e ideación suicida según niveles.

O2: Comparar ansiedad ante la muerte, soledad, síntomas depresivos e ideación suicida según variables sociodemográficas sexo, edad, lugar de nacimiento

O3: Comparar ansiedad ante la muerte, soledad, síntomas depresivos e ideación suicida según variables sociodemográficas estado civil, instrucción y situación laboral.

O4: Comparar ansiedad ante la muerte, soledad, síntomas depresivos e ideación suicida según variables sociodemográficas práctica deportiva, horas de sueño y antecedente de enfermedad COVID-19.

O5: Determinar la contribución relativa de ansiedad ante la muerte, sentimiento de soledad y síntomas depresivos en la predicción de la ideación suicida.

Hipótesis:**Hipótesis general:**

La *ideación suicida* en adultos peruanos durante la tercera ola de la pandemia por COVID-19, es predicho significativamente y de manera diferencial directa e indirectamente, por las variables *ansiedad ante la muerte*, *sentimiento de soledad* y los *síntomas depresivos*.

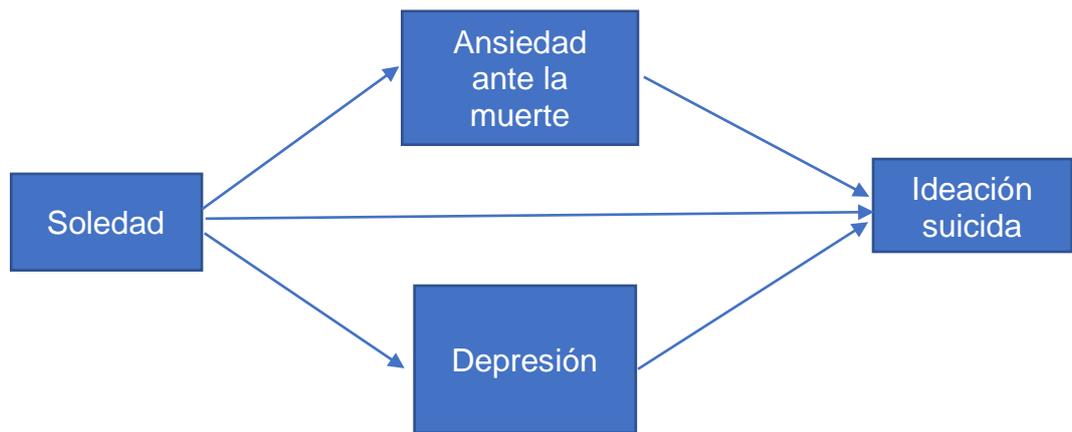


Figura 1. Modelo hipotético de relación estructural entre la soledad, la ansiedad ante la muerte, la depresión y la ideación suicida.

Hipótesis específicas:

H1: La ansiedad ante la muerte, soledad, síntomas depresivos e ideación suicida se da en mayor proporción y de manera significativa en el sexo femenino, lugar de nacimiento provincia y edades relativamente menores.

H2: La ansiedad ante la muerte, soledad, síntomas depresivos e ideación suicida se da en mayor proporción y de manera significativa en estado civil soltero, instrucción analfabeta o estudio inconclusos, situación laboral desempleado.

H3: La ansiedad ante la muerte, soledad, síntomas depresivos e ideación suicida se da en mayor proporción y de manera significativa en los que no practican deporte, duermen menos de 4 horas y antecedentes de enfermedad COVID-19.

H4: Existe influencia relativa significativa de ansiedad ante la muerte, sentimiento de soledad y síntomas depresivos en la predicción de la ideación suicida.

II. MÉTODO

a) **Ambito espacial y temporal del estudio**

La población de estudio está conformada por los adultos del Perú desde los 18 años a 79, considerado la población en edad electoral, de ambos sexos, que asciende a 19,614,428 según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2017 (INEI, 2018), el estudio se llevará a cabo en el presente año 2022.

b) **Población, muestreo y muestra**

Población:

De esta población de 19,614,428, Lima es el departamento más poblado con 6,773,588, seguido por el departamento de Piura 1,202,226 y La Libertad 1,181,594.

Muestreo: El tipo de muestreo para esta investigación es el no probabilístico intencional. Es no probabilístico porque no todos los sujetos tienen la posibilidad de formar parte de la muestra, y es intencional ya que las unidades de análisis, en este caso los adultos, serán elegidos con base a razonamientos o juicios preestablecidos por el investigador (Arias, 2012). En las muestras no probabilísticas, la elección de las unidades no depende de la probabilidad, sino de razones relacionadas con las características y contexto de la investigación (decisiones del investigador) (Hernández y Mendoza, 2018).

Los criterios de inclusión fueron:

- (a) dirigidos a adultos (18 a 70 años) residentes en territorio peruano.
- (b) aquellos que acepten el consentimiento informado.
- (c) quienes hayan completado las respuestas de los instrumentos.

Los criterios de exclusión fueron:

- (a) Menores de 18 años
- (b) Peruanos que no residan en el Perú.
- (c) Que no acepten el consentimiento informado o hayan presentado incompleto sus respuestas.

Muestra: La muestra es una parte de la población, específicamente, lo constituirá los sujetos seleccionados en base los criterios de inclusión y exclusión planteados, que asciende una cantidad aproximada de 1,400 sujetos. De acuerdo con Comrey & Lee (1992) una muestra como mínimo es de tamaño 100, considerada como pobre, y aquella cuyo tamaño es mayor o igual a 1000 es considerada excelente.

Tabla 1
Distribución de la muestra según variables sociodemográficas

Variables sociodemográficas		Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje
Edades	18-30	536	39,9%	423	31,5%
	31-40	60	4,5%	61	4,5%
	41 a más	92	6,9%	170	12,7%
Lugar de nacimiento	Lima	423	61,5%	406	62,1%
	Provincia	265	38,5%	248	37,9%
	Lima y Callao	542	78,78%	522	79,81%
Lugar de residencia	Junín	42	6,11%	25	3,82%
	Lambayeque	22	3,20%	11	1,68%
	Cusco	12	1,74%	9	1,38%
	Cerro de Pasco	3	0,44%	16	2,45%
	Otros departamentos	67	9,73%	71	10,86%
Estado civil	Soltero	562	81,7%	466	71,3%
	Casado	71	10,3%	86	13,1%
	Conviviente	41	6,0%	61	9,3%
	Divorciado	12	1,7%	35	5,4%
	Viudo(a)	2	0,3%	6	0,9%
Instrucción	Estudiante primario	12	1,74%	7	1,07%
	Estudiante secundario	155	22,53%	135	20,64%
	Superior técnico	92	13,37%	103	15,75%
	Sup. univ. no concluido	292	42,44%	236	36,09%
	Sup. univ. concluido	134	19,48%	170	25,99%
Situación laboral	Analfabeto	3	0,44%	3	0,46%
	Desempleado	305	44,3%	265	40,5%
	Jubilado	8	1,2%	13	2,0%
	Trabajo eventual	192	27,9%	186	28,4%
Deporte	Trabajo fijo	183	26,6%	190	29,1%
	si	419	60,9%	230	35,2%
	no	269	39,1%	424	64,8%
Horas de sueño	4 horas o menos	69	10,03%	82	12,54%
	7 horas o menos	496	72,09%	473	72,33%
	9 horas o menos	123	17,88%	99	15,13%
COVID-19	si	290	42,2%	317	48,5%
	no	398	57,8%	337	51,5%
Total	1342			100,0%	

En la tabla 1 se observa la distribución de la muestra de acuerdo a las variables sociodemográficas. En edad destaca en el sexo masculino (86.6%) entre edades de 18 a 30 años. En cuanto a lugar de nacimiento predomina los de Lima (62.1%) en sexo femenino, mientras que en lugar de residencia mayoritariamente son de Lima y Callao (78.8% y 79.81%). En estado civil soltero (81.7%) en sexo masculino. Están desempleados sobre todo los varones (44.3%), asimismo, estos (60.9%) tienen mayor práctica deportiva y no han enfermado de COVID (57.8%).

c) Tipo y diseño de investigación

Investigación de tipo predictivo, básica no experimental con medición transversal mediante uso de cuestionarios previamente validados, con uso de modelamiento de ecuaciones estructurales; análisis factorial confirmatorio y análisis de regresión estructural.

d) Unidad de análisis

Adultos entre 18 a 80 años de edad residentes en Perú.

e) Técnicas de recolección de datos:

- **Ficha sociodemográfica:** Que abarca información importante acerca de edad, sexo, si es quechua hablante (Si hablo/solo entiendo/no), ocupación, situación laboral (trabajo fijo, trabajo eventual, desempleado, jubilado), práctica deportiva (si/no), horas de sueño diarios (4 horas o menos / 7 horas o menos / 9 horas o menos), estado civil (casado, soltero, viudo, divorciado o separado), instrucción (Primaria completa/Primaria incompleta, Secundaria completa/Secundaria incompleta, Superior técnico, Superior universitario, No fui al colegio), lugar de nacimiento (Lima/Provincia), Lugar de residencia, De niño respecto de padres (usted vivió: solo con padre / solo con madre / padre y madre/ puericultorio / en la calle).

- **Instrumentos:**

Instrumento 1: Escala de ansiedad ante la muerte (DAS), de Donald Templer (1970), procedencia : EEUU, administración : Individual o colectivo, tiempo : 10 a 15 minutos, estructuración : 3 dimensiones - 15 ítems, aplicación : adultos, adaptación al Perú: Melissa Graus Florián (2016) (ver Ficha Técnica en el Anexo).

Propiedades psicométricas en la muestra de estudio

Validez: La correlación dimensión – test total de elementos corregida fue de .608 en la dimensión miedo a la agonía, 0.728 en la dimensión miedo a que la vida llegue a su fin y 0.787 en la dimensión miedo a la muerte, consideradas aceptables (Kline, 1986). Todas estas correlaciones fueron positivas fuertes (Hernández-Sampieri et al., 2014) y significativas ($p < 0.01$). El índice de adecuación muestral de Kaiser Meyer Olkin se calculó en 0.91 y en la prueba de esfericidad de Bartlett, el estadístico resultó ser significativo ($p < .05$) lo que indicó que era pertinente aplicar un análisis factorial exploratorio (véase anexo 6).

Confiabilidad: El Coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach fue calculado en .792, para todo el instrumento y en sus dimensiones: .845 en la dimensión miedo a la agonía, .768 en la dimensión miedo a que la vida llegue a su fin y .894 en la dimensión miedo a la muerte, todos considerados aceptables, lo que nos dice que la Escala de Ansiedad ante la muerte de Templer puede ser considerada una medida confiable para esta muestra. (véase anexo 6).

Tabla 2

Coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de la Escala de ansiedad ante la muerte (DAS) (n=1342)

Dimensiones	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
miedo a que la vida llegue a su fin	.728
miedo a la agonía	.608
miedo a la muerte	.787

Instrumento 2: Escala de Soledad de De Jong Gierveld y Theo van Tilburg (1999), procedencia : Países Bajos, Amsterdam, administración : Individual o colectivo, duración: 10 a 15 minutos. Estructuración : 2 dimensiones - 11 ítems para adultos Adaptación al Perú por Flor García Castillo (2020) (ver Ficha Técnica en el Anexo).

Propiedades psicométricas en la muestra de estudio

Validez: La correlación ítem – test total de elementos corregida (Tabla 3) oscila de .441 a .639 consideradas aceptables (Kline, 1986). Por otro lado, el índice de adecuación muestral de Kaiser Meyer Olkin se calculó en 0.845 y el test de esfericidad de Bartlett arrojó un valor del estadístico significativo ($p < .05$) lo que evidencia adecuación muestral y la posibilidad de aplicar un análisis factorial exploratorio (véase anexo 6).

Confiabilidad: El coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach fue calculado en 0.848, para todo el instrumento y en sus ítems oscilan de .827 a .840 considerados aceptables, lo que refleja que la Escala de Soledad de De Jong Gierveld se puede considerar como medida confiable (véase anexo 6).

Tabla 3

Coefficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de la Escala de soledad (n=1342)

Items	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido	Items	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
S1	,470	,840	S7	,538	,835
S2	,537	,835	S8	,498	,838
S3	,639	,827	S9	,474	,840
S4	,550	,834	S10	,630	,828
S5	,441	,843	S11	,542	,835
S6	,537	,835			

Instrumento 3: Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2): Evalúa los síntomas depresivos durante las últimas dos semanas mediante dos ítems: 1) sentirse desanimado(a), deprimido(a) o sin esperanzas y 2) poco interés o placer en hacer las cosas.(6) Para responder a cada ítem, se presentan cuatro opciones de respuesta con puntuaciones que varían de 0 a 3 (0 = para nada, 1 = varios días, 2 = más de la mitad

los días y 3 = casi todos los días). El puntaje total se encuentra en el rango de 0 a 6, donde puntajes altos indican mayores síntomas depresivos. (ver Ficha Técnica en el Anexo).

Propiedades psicométricas en la muestra de estudio

Validez: La correlación item – test total de elementos corregida es de .670 para ambos items consideradas aceptables (Kline, 1986). Por otro lado, el índice de adecuación muestral de Kaiser Meyer Olkin se calculó en .500 y el test de esfericidad de Bartlett arrojó un valor del estadístico significativo ($p < .05$) lo que evidencia adecuación muestral y la posibilidad de aplicar un análisis factorial exploratorio (véase anexo 6).

Confiabilidad: El coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach fue calculado en .803, para todo el instrumento lo que refleja que la PHQ-2 se puede considerar como medida confiable (véase anexo 6).

Instrumento 4: Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida

Versión original inglesa por Chang, E. C., & Chang, O. D. (2016), adaptado al español por Sánchez-Álvarez et al. (2020). Asu vez, adaptada a población general adulta peruana por Baños-Chaparro et al. (2021). (ver Ficha Técnica en el Anexo).

Propiedades psicométricas en la muestra de estudio

Validez: La correlación item – test total de elementos corregida (Tabla 4) oscila de .789 a .831 consideradas aceptables (Kline, 1986). Por otro lado, el índice de adecuación muestral de Kaiser Meyer Olkin se calculó en .893 y el test de esfericidad de Bartlett arrojó un valor del estadístico significativo ($p < .05$) lo que evidencia adecuación muestral y la posibilidad de aplicar un análisis factorial exploratorio (véase anexo 6).

Confiabilidad: El coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach fue calculado en .925, para todo el instrumento y en sus ítems oscilan de .789 a .831 considerados aceptables, lo que refleja que la Escala de Soledad de De Jong Gierveld se puede considerar como medida confiable (véase anexo 6).

Tabla 4

Coefficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach del Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
IS1	,789	,912
IS2	,831	,902
IS3	,792	,911
IS4	,809	,909
IS5	,828	,903

Propiedades psicométricas y validez interna de los instrumentos utilizados en este estudio

En la Tabla 5 se muestran los indicadores de fiabilidad y de la estructura dimensional para tres escalas (Ansiedad ante la muerte, Soledad, Depresión e Ideación suicida) obtenidos con el programa Factor mediante el procedimiento para la determinación de número de dimensiones implementando el Análisis Paralelo (Timmerman, & Lorenzo-Seva, 2011), para matrices de correlaciones polychóricas con datos ordinales y el método de extracción factorial Unweighted Least Squares (ULS), rotación PROMIN (Lorenzo-Seva, 1999) y Varimax robusto. Asimismo, en esta tabla se incluye índices de consistencia interna para la escala de Depresión el cual tiene solo dos ítems, obtenido mediante análisis con IBM SPSS v. 26.

Tabla 5

Resultados de análisis factorial exploratorio y de consistencia interna de las escalas

Bartlett's statistic	Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test	Goodness of Fit Index (GFI)	Skewness corrected for small sample	Kurtosis	Dimensiones *	Standardized Cronbach's alpha	McDonald's Omega
Escala de ansiedad muerte							
6503.7 (df = 105; P = 0.000010)	0.92059 (very good)	1.00	Coef. 24.474 Df. 680 P. 1.0000	Coef. 362.204 P. Significant at 0.05	Miedo Agonía	0.912709	0.913329
					Miedo Fin vida		
					Miedo Muerte		
Escala de soledad							
= 6093.9 (df = 55; P =)	0.84508 (good)	0.99	Coef. 4.615 P. 1.0000	Coef. 160.798 P. Significant at 0.05	Soledad social	0.892089	0.893293
					Soledad emocional		

0.000010)							
Escala de ideación suicida							
5114.2 (df = 10; P = 0.000000)	0.89337 (good)	1.00	Coef. 19.265 P. 1.0000	Coef. 100.408 P Significant at 0.05	Unidimensional	0.959786	0.959835
Escala de depresión "Meyer Olkin se calculó en .500 y el test de esfericidad de Bartlett arrojó un valor del estadístico significativo ($p < .05$) lo que evidencia adecuación muestral y la posibilidad de aplicar un análisis factorial exploratorio..."							
					Unidimensional	.803	

Nota de pie. Se establecieron por default el número de dimensiones por cada escala según la disposición original del instrumento. La rotulación de las dimensiones se hizo por proximidad entre los ítems y su correspondencia con el constructo de la dimensión que se buscaba medir desde el inicio.

Asimismo, se realizaron análisis confirmatorio y validez de constructos para dos de las escalas utilizadas. Para la escala Ansiedad ante la muerte con tres dimensiones y Soledad con dos dimensiones fueron estimados análisis factorial confirmatorio con el programa EQS 6.4. Para el primer caso se obtuvo óptima validez convergente y divergente de constructo, confirmándose tres dimensiones de Ansiedad: Miedo Agonía, Miedo Fin de vida y Miedo a la muerte. La bondad de ajuste del modelo AFC obtenido respecto del modelo hipotetizado fue buena (Chi Sq.=400.48; $p=0.00$; CFI=0.95; RMSEA=0.05). Para el caso de la escala de Soledad no se obtuvo un modelo adecuado de validez de divergencia entre constructos (dimensión Soledad emocional y Soledad social) y el programa sugirió para modificación del modelo a prueba y mejora de los índices de bondad de ajuste, que dos de los ítems carguen simultáneamente en las dos dimensiones. Si bien esta poca divergencia entre constructos que afecta a la bondad de ajuste del modelo sometido a prueba con dos dimensiones se decidió considerar por separado estas dimensiones, ya que el índice de covariación entre ambos constructos es bajo, = 0.43.

f) Procedimiento

El estudio se llevó a cabo en cinco fases: 1) Elaboración del proyecto de investigación para su evaluación correspondiente, en este proceso del proyecto se seleccionó e implementó los instrumentos idóneos; 2) se verificó la condición de acceso libre y en su defecto se gestionó la autorización de los autores del instrumento para aplicarlos con fines de investigación; 3) en el contexto actual donde continua la pandemia se culminó la encuesta vía virtual a través de un formulario Google basado en los instrumentos; se contactaron a los participantes, estos fueron en primer lugar conocidos y familiares, luego a los contactos de los que iban participando, así sucesivamente; 4) se procedió con la recolección de datos en base a los sujetos que consintieron ser participantes, a quienes se les explicó en las instrucciones previamente la finalidad del estudio, el consentimiento informado, las consignas para contestar los cuestionarios, la confidencialidad y anonimato, según la reglamentación que ampara su identidad y sus respuestas a través del enlace que se les envió; 5) cuando se alcanzó la cantidad de muestra optima, entre junio y julio 2022, se cerró el formulario y se dio inicio con el procesamiento estadístico.

g) Análisis de datos

Inicialmente se hizo la descripción sociodemográfica de la muestra, seguida de un análisis de consistencia interna de los instrumentos y sus propiedades psicométricas de cada uno. Acorde con los objetivos, se realizaron análisis descriptivos para observar las frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión de los niveles de ideación suicida y de las variables propuestas. Se verificó el ajuste a la distribución normal de los datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, para establecer el análisis con la prueba estadística de correlación y de comparación apropiadas.

Para la caracterización psicométrica de los cuatro instrumentos, previo al análisis de regresión entre variables predictoras y la ideación suicida (variable a predecir) se viene utilizando el programa Factor para realizar análisis factorial exploratorio con datos ordinales. Asimismo, se realizarán análisis factorial confirmatorio utilizando el programa EQS 6.4 de ecuaciones estructurales.

También se analizó de forma bivariada su relación con cada una de las variables consideradas en el estudio. Por último, se ejecutó un modelo de Regresión Lineal

Múltiple a través del método por pasos con el objetivo de identificar los factores que explican y predicen la ocurrencia de la ideación suicida en los sujetos de estudio. El análisis de los datos fue calculado con el programa estadístico SPSS v. 26 (IBM Corporation, 2017). Finalmente, para someter a prueba el modelo de regresión estructural de factores latentes y sus variables manifiestas, se utilizó el programa estadístico EQS 6.4

Tabla 6

Pruebas de ajuste a la normalidad de las variables de estudio

Variables de estudio	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Ansiedad ante la Muerte	,184	1342	,000	,864	1342	,000
Soledad	,059	1342	,000	,979	1342	,000
Síntomas depresivos	,252	1342	,000	,804	1342	,000
Ideación suicida	,256	1342	,000	,727	1342	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

En la Tabla 6 se observa que todas las variables presentan una distribución que no se ajusta a la normalidad al no ser significativa ($p < .05$) tanto con la prueba de Kolmogorov-Smirnov como con la de Shapiro-Wilk. Por lo tanto, la pruebas paramétricas serán las más apropiadas para el análisis correspondiente de acuerdo a los objetivos formulados.

III. RESULTADOS

3.1 Análisis descriptivo

Tabla 7

Distribución de la muestra según niveles de ansiedad ante la muerte, soledad, depresión e ideación suicida

Variables	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad ante la muerte	Leve	400	29,8
	Moderado	580	43,2
	Alto	362	27,0
Soledad	No solitario	45	3,4
	Solitario moderado	862	64,2
	Solitario severo	285	21,2
Depresión	Solitario muy severo	150	11,2
	Leve o ausencia depresión	1136	84,6
Ideación suicida	Posible depresión mayor	206	15,4
	Leve o ausente	791	58,9
	Moderado	219	16,3
	Grave	332	24,7
Total		1342	100,0

En la Tabla 7 se aprecian los niveles de *Ansiedad ante la muerte (AM)* destacando el nivel moderado (43.2%), seguidos de Leve (29.8%) y Alto (27%). Asimismo, los niveles de *Soledad (S)* destacando el nivel moderado (64.2%), seguidos de Solitario severo (21.2%) y Solitario muy severo (11.2%). En cuanto a *Depresión (D)* predominan el nivel Leve o ausencia de depresión (84.6%), seguido de Posible depresión mayor (15.4%). Mientras que, los niveles de ideación suicida a analizarse en el presente trabajo de investigación, acorde con los objetivos

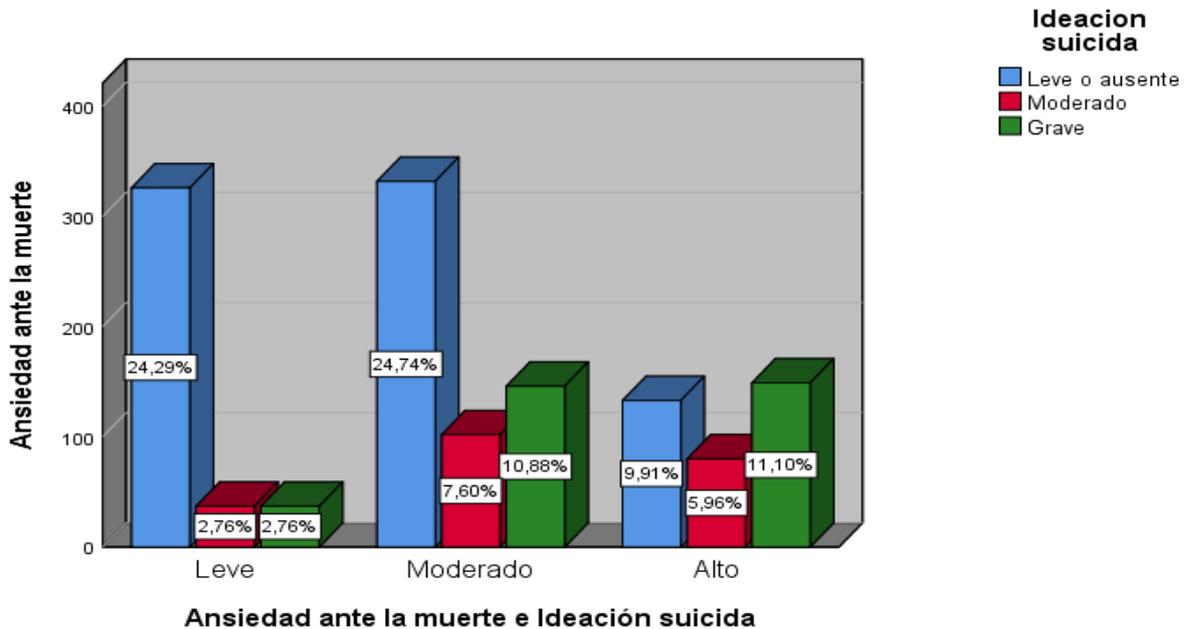
propuestos. Entre los niveles moderado y grave alcanzan un 41% de riesgo suicida en la muestra de estudio.

Tabla 8

Distribución de la muestra según niveles de Ansiedad ante la muerte e Ideación Suicida (n=1342)

		Ideación suicida			Total
		Leve o ausente	Moderado	Grave	
Ansiedad ante la muerte	Leve	326	37	37	400
		24,3%	2,8%	2,8%	29,8%
		Moderado	332	102	146
	24,7%		7,6%	10,9%	43,2%
	Alto		133	80	149
		9,9%	6,0%	11,1%	27,0%
		791	219	332	1342
		58,9%	16,3%	24,7%	100,0%

Figura 1. Distribución de la muestra según niveles de Ansiedad ante la muerte e Ideación Suicida



En la Tabla 8 y Figura 1 se evidencia distribución entre los niveles de ansiedad ante la muerte (AM) e ideación suicida (IS). Los niveles moderado y alto de AM (34,6%)

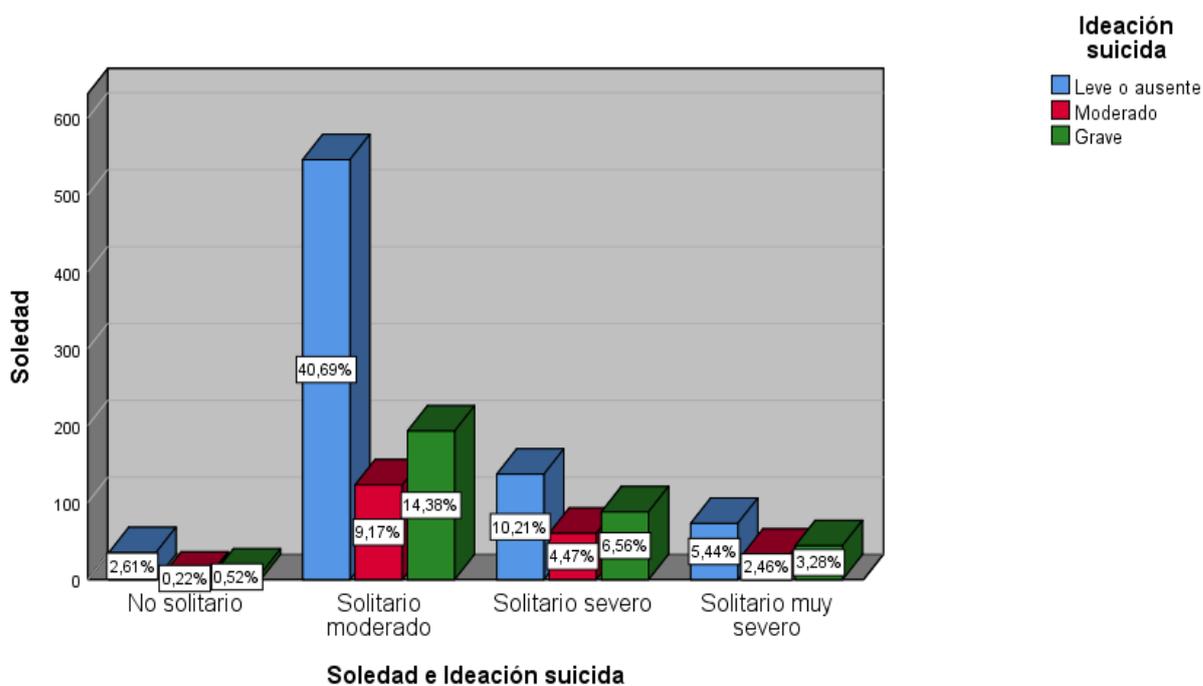
se ubica en el nivel leve o ausente de IS en la muestra de estudio. Es decir, proporcionalmente a mayores niveles de AM se hallan menores niveles de IS.

Tabla 9

Distribución de la muestra según niveles de soledad e Ideación Suicida (n=1342)

		Ideación suicida			Total
		Leve o ausente	Moderado	Grave	
Soledad	No solitario	35 2,6%	3 0,2%	7 0,5%	45 3,4%
	Solitario moderado	546 40,7%	123 9,2%	193 14,4%	862 64,2%
	Solitario severo	137 10,2%	60 4,5%	88 6,6%	285 21,2%
	Solitario muy severo	73 5,4%	33 2,5%	44 3,3%	150 11,2%
		791 58,9%	219 16,3%	332 24,7%	1342 100,0%

Figura 2. Distribución de la muestra según niveles de soledad e Ideación Suicida



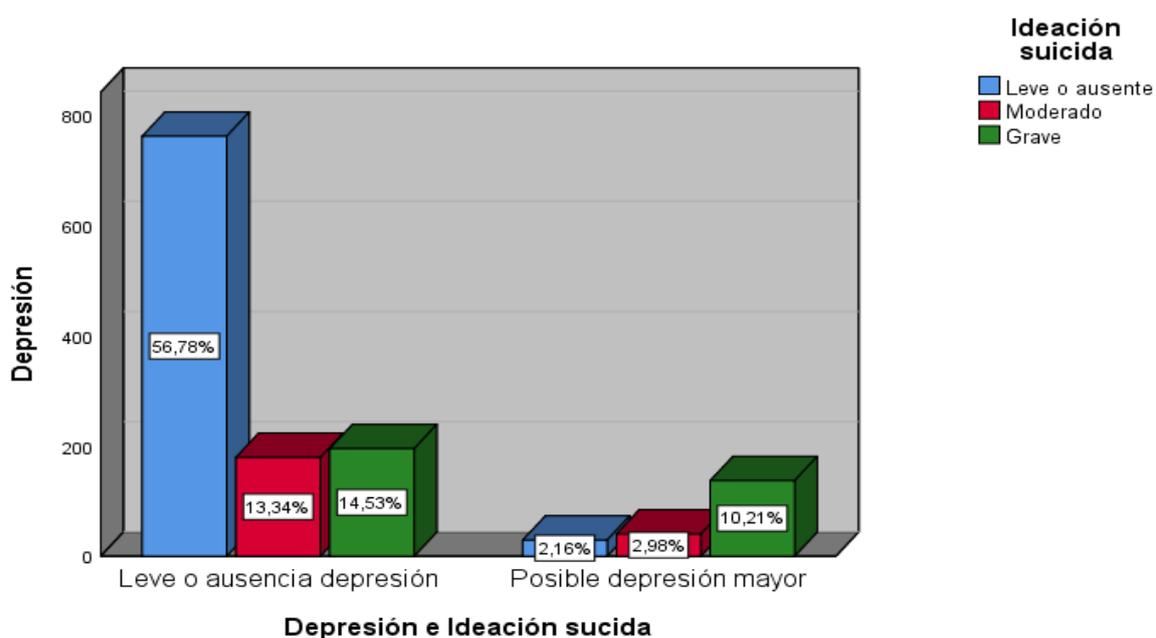
En la Tabla 9 y Figura 2 se reporta distribución entre los niveles de Soledad (S) e ideación suicida (IS). Los niveles solitario moderado y no solitario (43.3%) se ubican en el nivel leve de IS en la muestra de estudio. Es decir, proporcionalmente a menores niveles de S se hallan menores niveles de IS.

Tabla 10

Distribución de la muestra según niveles de Depresión e Ideación Suicida (n=1342)

		Ideación suicida			Total
		Leve o ausente	Moderado	Grave	
Depresión	Leve o ausencia	762	179	195	1136
		56,8%	13,3%	14,5%	84,6%
Posible depresión mayor		29	40	137	206
		2,2%	3,0%	10,2%	15,4%
		791	219	332	1342
		58,9%	16,3%	24,7%	100,0%

Figura 3. Distribución de la muestra según niveles de Depresión e Ideación Suicida



En la Tabla 10 y Figura 3 se presenta la distribución entre los niveles de Depresión (D) e ideación suicida (IS). El nivel Leve o ausencia (56.8%) se ubica en el nivel Leve o ausente de IS en la muestra de estudio. Es decir, proporcionalmente a menores niveles de D se hallan menores niveles de IS.

3.2 Análisis inferencial

Tabla 11

Comparación de los resultados de la evaluación de las variables AM, S, D e IS, según el sexo, en la muestra de estudio (n=1342).

VARIABLES	DIMENSIONES	SEXO	n	MEAN RANK	MANN-WHITNEY U	Z	ASYMP. SIG. (2-TAILED)
Ansiedad ante la muerte	Miedo Agonía MEAN (AM4,AM6,AM9, AM11, AM13, AM14)	masculino	688	621.71	190719.5	-4.855	0*
		femenino	654	723.88			
		masculino	688	647.35			
	Miedo Final de vida MEAN (AM8,AM10,AM12,AM15)	femenino	654	696.91	208357.5	-2.364	0.018*
		masculino	688	619.15			
	Miedo Muerte MEAN (AM1, AM2, AM3, AM5, AM7)	femenino	654	726.57	188959.5	-5.131	0*
masculino		688	652.95				
Soledad	Soledad emocional MEAN (S2, S3, S5, S6, S9, S10)	femenino	654	691.02	212211.5	-1.806	0.071
		masculino	688	672.91			
	Soledad Social MEAN (S1, S4, S7, S8, S11)	femenino	654	670.02	224008	-0.137	0.891
		masculino	688	630.72			
Depresión	Depresión MEAN (Dep1,Dep2)	femenino	654	714.40	196917	-4.191	0*
		masculino	688	632.65			
I. Suic.	Ideación suicida MEAN (Ide_Sui1,Ide_Sui2,Ide_Sui3,Ide_Sui4,Ide_Sui5)	femenino	654	712.37	198247.5	-4.017	0*
		masculino	688	632.65			

*p<.05

Para la primera hipótesis específica Tabla 11, referida a la comparación de la variable AM respecto al sexo, se observa diferencias en los rangos promedio favorables a las mujeres. Los valores de U de Mann Whitney y puntaje Z, permiten comprobar que existen diferencias significativas (p<.05), es decir las mujeres presentan mayor AM en las tres dimensiones. En

cuanto a las variables D e IS se dan la misma tendencia ($p < .05$) favorable al sexo femenino. No obstante, en cuanto a la variable S se puede establecer una tendencia mayor para las mujeres, sin llegar a ser significativa.

Por lo tanto, se comprueba la hipótesis específica 1 respecto al sexo femenino, son quienes revelan mayor presencia de AM, D e IS, a excepción de los valores de S.

Tabla 12

Comparación de los resultados de la evaluación de las variables AM, S, D e IS, según el lugar de nacimiento, en la muestra de estudio (n=1342).

VARIABLES	DIMENSIONES	NACIMIENTO	n	MEAN RANK	MANN-WHITNEY U	Z	ASYMP. SIG. (2-TAILED)
ANSIEDAD ANTE LA MUERTE	Miedo Agonía MEAN (AM4,AM6,AM9, AM11, AM13, AM14)	Lima	829	646,73	192,101,000	-2,994	,003*
		Provincia	513	711,53			
	Miedo Final de vida MEAN (AM8,AM10,AM12,AM15)	Lima	829	663,62	206,106,500	-,956	,339
		Provincia	513	684,23			
	Miedo Muerte MEAN (AM1, AM2, AM3, AM5, AM7)	Lima	829	646,11	191,587,000	-3,085	,002*
		Provincia	513	712,54			
SOLEDAD	Soledad emocional MEAN (S2, S3, S5, S6, S9, S10)	Lima	829	667,71	209,496,500	-,457	,647
		Provincia	513	677,62			
	Soledad Social MEAN (S1, S4, S7, S8, S11)	Lima	829	679,20	206,256,500	-,931	,352
		Provincia	513	659,06			
DEPRESIÓN	Depresión MEAN (Dep1,Dep2)	Lima	829	673,98	210,582,000	-,316	,752
		Provincia	513	667,49			
I. SUIC.	Ideación suicida MEAN (Ide_Sui1,Ide_Sui2,Ide_Sui3,Ide_Sui4,Ide_Sui5)	Lima	829	688,50	198,544,500	-2,179	,029*
		Provincia	513	644,03			

Para la primera hipótesis específica Tabla 12, referida a la comparación de la variable AM respecto a lugar de nacimiento, se observan ciertas diferencias en los rangos promedio. Los valores de U de Mann Whitney y puntaje Z, permiten comprobar que existen diferencias significativas ($p < .05$) específicamente en Miedo a la agonía y Miedo a la muerte, es decir los que nacieron en provincia presentan mayor ansiedad ante la muerte en estas dimensiones. En cuanto al resto de variables no se reportan diferencias significativas, a excepción de IS donde revela mayor intensidad en sujetos que nacieron en Lima (688,50 vs. 644,03).

Por lo tanto, solo se comprueba parcialmente la hipótesis específica 1 respecto a los sujetos nacidos en provincia, son quienes revelan mayor presencia de AM (miedo a la agonía y miedo a la muerte). Mientras que, en IS, llama la atención que son más bien los limeños quienes presentaron mayores indicadores de IS, en las otras comparaciones no se encuentran diferencias significativas.

Tabla 13

Comparación de los resultados de la evaluación de las variables AM, S, D e IS, según edades, en la muestra de estudio (n=1342).

Variables	Dimensiones	Edades	n	Mean Rank	H de Kruskal-Wallis	gl	Sig. asintótica
Ansiedad ante la muerte	Miedo Agonía MEAN (AM4,AM6,AM9, AM11, AM13, AM14)	18-30	959	685,66	4,617	2	,099
		31-50	269	639,65			
		51 a más	114	627,54			
	Miedo Final de vida MEAN (AM8,AM10,AM12,AM15)	18-30	959	725,75	67,142	2	,000*
		31-50	269	537,23			
		51 a más	114	531,94			
	Miedo Muerte MEAN (AM1, AM2, AM3, AM5, AM7)	18-30	959	682,06	3,782	2	,151
		31-50	269	659,24			
		51 a más	114	611,64			
Soledad	Soledad emocional MEAN (S2, S3, S5, S6, S9, S10)	18-30	959	716,74	46,869	2	,000*
		31-50	269	568,94			
		51 a más	114	532,96			
	Soledad Social MEAN (S1, S4, S7, S8, S11)	18-30	959	700,93	24,450	2	,000*
		31-50	269	625,94			
		51 a más	114	531,44			
Depresión	Depresión MEAN (Dep1,Dep2)	18-30	959	733,59	97,469	2	,000*
		31-50	269	525,12			
		51 a más	114	494,59			
I. Suic.	Ideación suicida MEAN (Ide_Sui1,Ide_Sui2,Ide_Sui3,Ide_Sui4,Ide_Sui5)	18-30	959	738,42	114,622	2	,000*
		31-50	269	513,97			
		51 a más	114	480,29			

Para la primera hipótesis específica Tabla 13, referida a la comparación de la variable AM respecto al grupo etario, se observa diferencias en los rangos promedio favorables a los de menores en edad. Los valores de H de Kruskal-Wallis y gl, permiten comprobar que existen diferencias significativas ($p < .05$), es decir los sujetos entre 18 a 30 años presentan mayor

ansiedad ante la muerte en la dimensión Miedo Fin de vida. En cuanto a las demás variables se dan la misma tendencia ($p < .05$) favorable los que tienen menor edad.

Por lo tanto, se comprueba la hipótesis específica 1 respecto a edades, los de relativamente menor edades son quienes revelan mayor presencia de AM, D, S e IS.

Tabla 14

Comparación de los resultados de la evaluación de las variables AM, S, D e IS, según estado civil, en la muestra de estudio (n=1342).

VARIABLES	DIMENSIONES	EDADES	n	MEAN RANK	H de Kruskal-Wallis	gl	Sig. asintótica
Ansiedad ante la muerte	Miedo Agonía MEAN (AM4,AM6,AM9, AM11, AM13, AM14)	Soltero	1028	676,13	12,118	4	,016*
		Casado	157	587,50			
		Conviviente	102	700,87			
		Divorciado	47	758,48			
		Viudo(a)	8	839,44			
	Miedo Final de vida MEAN (AM8,AM10,AM12,AM15)	Soltero	1028	706,72	45,202	4	,000*
		Casado	157	515,67			
		Conviviente	102	548,64			
		Divorciado	47	677,69			
		Viudo(a)	8	733,44			
	Miedo Muerte MEAN (AM1, AM2, AM3, AM5, AM7)	Soltero	1028	674,44	14,475	4	,006*
		Casado	157	602,94			
Conviviente		102	679,76				
Divorciado		47	757,22				
Viudo(a)		8	1029,94				
Soledad	Soledad emocional MEAN (S2, S3, S5, S6, S9, S10)	Soltero	1028	703,31	39,646	4	,000*
		Casado	157	500,55			
		Conviviente	102	620,49			
		Divorciado	47	662,00			
		Viudo(a)	8	644,63			
	Soledad Social MEAN (S1, S4, S7, S8, S11)	Soltero	1028	695,00	21,986	4	,000*
		Casado	157	556,84			
		Conviviente	102	651,71			
		Divorciado	47	625,40			
Depresión	Depresión MEAN (Dep1,Dep2)	Soltero	1028	713,49	71,573	4	,000*
		Casado	157	466,66			
		Conviviente	102	585,97			
		Divorciado	47	598,20			
		Viudo(a)	8	816,50			
I. Suic.	Ideación suicida MEAN (Ide_Sui1,Ide_Sui2,Ide_Sui3,Ide_Sui4,Ide_Sui5)	Soltero	1028	715,68	70,819	4	,000*
		Casado	157	478,41			
		Conviviente	102	578,92			
		Divorciado	47	579,10			
		Viudo(a)	8	506,69			

Para la segunda hipótesis específica Tabla 14, referida a la comparación de las variables S e IS respecto al estado civil, se observa diferencias en los rangos promedio favorables con mayor frecuencia los solteros. Los valores de H de Kruskal-Wallis y gl, permiten comprobar que existen diferencias significativas ($p < .05$), es decir los sujetos solteros presentan mayor S (social y emocional) e IS. En cuanto a las demás variables se dan diferencias significativas aunque no precisamente favorables a los solteros.

Por lo tanto, se comprueba parcialmente la hipótesis específica 2 respecto a estado civil, los solteros son quienes revelan mayor presencia de S e IS, mientras que esta tendencia no se observa en las otras variables de estudio donde destacan los viudos y divorciados.

Tabla 15

Comparación de los resultados de la evaluación de las variables AM, S, D e IS, según situación laboral, en la muestra de estudio.

VARIABLES	DIMENSIONES	SITUACIÓN LABORAL	n	MEAN RANK	H DE KRUSKAL-WALLIS	gl	Sig. ASINTÓTICA
Ansiedad ante la muerte	Miedo Agonía MEAN (AM4,AM6,AM9, AM11, AM13, AM14)	Trabajo fijo	373	597,04	20,283	3	,000*
		Trabajo eventual	378	712,53			
		Jubilado	21	741,26			
		Desempleado	570	690,45			
	Miedo Final de vida MEAN (AM8,AM10,AM12,AM15)	Trabajo fijo	373	533,14	67,757	3	,000*
		Trabajo eventual	378	724,15			
		Jubilado	21	659,14			
		Desempleado	570	727,58			
	Miedo Muerte MEAN (AM1, AM2, AM3, AM5, AM7)	Trabajo fijo	373	611,63	14,545	3	,002*
		Trabajo eventual	378	702,79			
		Jubilado	21	795,10			
		Desempleado	570	685,37			
Soledad	Soledad emocional MEAN (S2, S3, S5, S6, S9, S10)	Trabajo fijo	373	548,34	59,909	3	,000*
		Trabajo eventual	378	696,62			
		Jubilado	21	544,05			
		Desempleado	570	740,13			
	Soledad Social MEAN (S1, S4, S7, S8, S11)	Trabajo fijo	373	576,49	34,035	3	,000*
		Trabajo eventual	378	692,49			
		Jubilado	21	614,86			
		Desempleado	570	721,84			
Depresión	Depresión MEAN (Dep1,Dep2)	Trabajo fijo	373	530,37	90,113	3	,000*
		Trabajo eventual	378	688,61			

		Jubilado	21	546,43			
		Desempleado	570	757,11			
I. Suic.	Ideaación suicida MEAN (Ide_Sui1,Ide_Sui2,Ide_Sui3,Ide_Sui4,Ide_Sui5)	Trabajo fijo	373	544,48	77,077	3	,000*
		Trabajo eventual	378	677,85			
		Jubilado	21	565,38			
		Desempleado	570	754,32			

Para la segunda hipótesis específica Tabla 15, referida a la comparación de las variables de estudio respecto a situación laboral, se observa diferencias en los rangos promedio favorables a los desempleados y trabajo eventual. Los valores de H de Kruskal-Wallis y gl, permiten comprobar que existen diferencias significativas ($p < .05$), es decir los sujetos desempleados y con trabajo eventual presentan mayor AM, S, D e IS.

Por lo tanto, se comprueba la hipótesis específica 2 respecto al ámbito laboral, donde los desempleados y con trabajo eventual revelan mayor presencia de AM, D, S e IS.

Tabla 16

Comparación de los resultados de la evaluación de las variables AM, S, D e IS, según instrucción, en la muestra de estudio (n=1342).

VARIABLES	DIMENSIONES	Primaria	n	Mean Rank	H de Kruskal-Wallis	gl	Sig. asintótica
ANSIEDAD ANTE LA MUERTE	Miedo Agonía MEAN (AM4,AM6,AM9, AM11, AM13, AM14)	Primaria	19	518,95	13.720	5	0.017*
		Secundaria	290	646,36			
		Superior técnico	195	695,69			
		Superior univ. no concluido	528	707,43			
		Superior univ. concluido	304	629,29			
		Analfabeto	6	560,42			
	Miedo Final de vida MEAN (AM8,AM10,AM12,AM15)	Primaria	19	416,32	72.567	5	0.000*
		Secundaria	290	731,83			
		Superior técnico	195	588,15			
		Superior univ. no concluido	528	744,85			
		Superior univ. concluido	304	554,42			
	Miedo Muerte MEAN (AM1, AM2, AM3, AM5, AM7)	Primaria	19	488,13	9.604	5	0.087
		Secundaria	290	680,04			
		Superior técnico	195	692,03			
		Superior univ. no concluido	528	688,34			
Superior univ. concluido		304	631,15				
S O I		Analfabeto	6	735,33			
		Primaria	19	462,00			

I. Suic.	Soledad emocional MEAN (S2, S3, S5, S6, S9, S10)	Secundaria	290	715,86	49.775	5	0.000*
		Superior técnico	195	645,67			
		Superior univ. no concluido	528	730,83			
		Superior univ. concluido	304	556,70			
		Analfabeto	6	625,58			
	Soledad Social MEAN (S1, S4, S7, S8, S11)	Primaria	19	1007,24	62.343	5	0.000*
		Secundaria	290	725,04			
		Superior técnico	195	675,66			
		Superior univ. no concluido	528	694,13			
		Superior univ. concluido	304	548,06			
	Depresión MEAN (Dep1, Dep2)	Analfabeto	6	1148,33	76.334	5	0.000*
		Primaria	19	599,29			
		Secundaria	290	724,60			
		Superior técnico	195	636,23			
		Superior univ. no concluido	528	738,98			
Ideación suicida MEAN (Ide_Sui1, Ide_Sui2, Ide_Sui3, Ide_Sui4, Ide_Sui5)	Superior univ. concluido	304	526,65	90.438	5	0.000*	
	Analfabeto	6	880,58				
	Primaria	19	695,26				
	Secundaria	290	731,14				
	Superior técnico	195	636,09				
Superior univ. no concluido	528	740,34					
Superior univ. concluido	304	511,41					
Analfabeto	6	917,67					

Para la segunda hipótesis específica Tabla 16, referida a la comparación de las variables de estudio respecto a instrucción, se observa diferencias en los rangos promedio favorables a los analfabetos y superior universitarios no concluidos. Los valores de H de Kruskal-Wallis y gl, permiten comprobar que existen diferencias significativas ($p < .05$), es decir los sujetos mencionados presentan mayor AM, S, D e IS.

Por lo tanto, se comprueba la hipótesis específica 2 respecto al nivel de instrucción, donde los analfabetos y superior universitarios no concluidos revelan mayor presencia de AM, D, S e IS.

Tabla 17

Comparación de los resultados de la evaluación de las variables AM, S, D e IS, según práctica deportiva, en la muestra de estudio (n=1342).

VARIABLES	Dimensiones	Deporte	n	Mean Rank	Mann-Whitney U	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Ansiedad ante la muerte	Miedo Agonía MEAN (AM4,AM6,AM9, AM11, AM13, AM14)	si	649	644.41	207297	-2.493	0.013*
		no	693	696.87			
	Miedo Final de vida MEAN (AM8,AM10,AM12,AM15)	si	649	662.67	219147	-0.816	0.415
		no	693	679.77			
	Miedo Muerte MEAN (AM1, AM2, AM3, AM5, AM7)	si	649	641.57	205451.5	-2.768	0.006*
		no	693	699.53			
Soledad	Soledad emocional MEAN (S2, S3, S5, S6, S9, S10)	si	649	637.30	202685	-3.142	0.002*
		no	693	703.53			
	Soledad Social MEAN (S1, S4, S7, S8, S11)	si	649	641.28	205268	-2.782	0.005*
Depresión	Depresión MEAN (Dep1,Dep2)	si	649	646.21	198565	-3.931	0.00*
		no	693	695.18			
I. Suic.	Ideación suicida MEAN (Ide_Sui1,Ide_Sui2,Ide_Sui3,Ide_Sui4,Ide_Sui5)	si	649	630.96	208467.5	-2.467	0.014*
		no	693	709.47			

Para la tercera hipótesis específica Tabla 17, referida a la comparación de las variables de estudio respecto a la práctica deportiva, se observan ciertas diferencias en los rangos promedio favorables a los que no practican algún deporte. Los valores de U de Mann Whitney y puntaje Z, permiten comprobar que existen diferencias significativas ($p < .05$), a excepción de miedo fin de la vida, es decir los que no practican deporte presentan mayor AM, S, D e IS.

Por lo tanto, se comprueba la hipótesis respecto a práctica deportiva, donde los que no lo hacen revelan mayor presencia de AM, D, S e IS.

Tabla 18

Comparación de los resultados de la evaluación de las variables AM, S, D e IS, según horas de sueño, en la muestra de estudio (n=1342).

Variab	Dimensiones	Horas de sueño	n	Mean Rank	H de Kruskal-Wallis	gl	Sig. asintótica
Ansiedad ante la muerte	Miedo Agonía MEAN (AM4,AM6,AM9, AM11, AM13, AM14)	4 hrs. ó <	151	659,22	3,102	2	,212
		7 hrs. ó <	969	663,91			
		9 hrs. ó <	222	712,98			
	Miedo Final de vida MEAN (AM8,AM10,AM12,AM15)	4 hrs. ó <	151	716,34	2,666	2	,264
		7 hrs. ó <	969	662,69			
		9 hrs. ó <	222	679,46			
	Miedo Muerte MEAN (AM1, AM2, AM3, AM5, AM7)	4 hrs. ó <	151	725,94	5,445	2	,066
		7 hrs. ó <	969	672,14			
		9 hrs. ó <	222	631,66			
Soledad	Soledad emocional MEAN (S2, S3, S5, S6, S9, S10)	4 hrs. ó <	151	740,99	5,518	2	,063
		7 hrs. ó <	969	662,46			
		9 hrs. ó <	222	663,69			
	Soledad Social MEAN (S1, S4, S7, S8, S11)	4 hrs. ó <	151	835,29	34,479	2	,000*
		7 hrs. ó <	969	660,99			
		9 hrs. ó <	222	605,96			
Depresión	Depresión MEAN (Dep1,Dep2)	4 hrs. ó <	151	790,55	18,196	2	,000*
		7 hrs. ó <	969	658,40			
		9 hrs. ó <	222	647,68			
I. Suic.	Ideación suicida MEAN (Ide_Sui1,Ide_Sui2,Ide_Sui3,Ide_Sui4,Ide_Sui5)	4 hrs. ó <	151	773,45	13,814	2	,001*
		7 hrs. ó <	969	655,29			
		9 hrs. ó <	222	672,89			

Para la tercera hipótesis específica Tabla 18, referida a la comparación de la variable AM respecto a la cantidad de horas de sueño, se observa diferencias en los rangos promedio de manera indiferenciada a horas de sueño. Los valores H de Kruskal-Wallis y gl, permiten comprobar que existen diferencias significativas ($p < .05$), en soledad social en los sujetos con menor horas de sueño. Similar significancia ($p < .05$) se dan en D e IS.

Por lo tanto, se comprueba la hipótesis respecto a horas de sueño, donde los que duermen menos de 4 horas revelan mayor presencia de Soledad social, D e IS.

Tabla 19

Comparación de los resultados de la evaluación de las variables AM, S, D e IS, según presencia de COVID-19, en la muestra de estudio.

Variable	Dimensiones	COVID-19	n	Mean Rank	Mann-Whitney U	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Ansiedad ante la muerte	Miedo Agonía MEAN (AM4,AM6,AM9, AM11, AM13, AM14)	si	607	698.94	206415.5	-2.371	0.018*
		no	735	648.84			
	Miedo Final de vida MEAN (AM8,AM10,AM12,AM15)	si	607	671.63	222991	-0.012	0.991
		no	735	671.39			
	Miedo Muerte MEAN (AM1, AM2, AM3, AM5, AM7)	si	607	708.04	200892.5	-3.173	0.002*
		no	735	641.32			
Soledad	Soledad emocional MEAN (S2, S3, S5, S6, S9, S10)	si	607	673.23	222024.5	-0.149	0.882
		no	735	670.07			
	Soledad Social MEAN (S1, S4, S7, S8, S11)	si	607	680.89	217373	-0.812	0.417
Depresión	Depresión MEAN (Dep1,Dep2)	si	607	685.91	214328.0	-1.312	.190
		no	735	659.60			
I. Suic.	Ideación suicida MEAN (Ide_Sui1,Ide_Sui2,Ide_Sui3 ,Ide_Sui4,Ide_Sui5)	si	607	677.47	219446.5	-.547	.584
		no	735	666.57			

Para la tercera hipótesis específica Tabla 19, referida a la comparación de las variables de estudio respecto a si padeció de COVID-19 o no, se observa diferencias en los rangos promedio favorables a los que padecieron esta enfermedad. Los valores de U de Mann Whitney y puntaje Z, permiten comprobar que existen diferencias significativas ($p < .05$), en las dimensiones Miedo a la Agonía y Miedo a la muerte, es decir son las personas que se enfermaron de COVID-19 las que presentan mayor ansiedad ante la muerte en dichas dimensiones. En cuanto al resto de variables se dan la misma tendencia comparando los rangos promedios, sin embargo, no alcanzan a ser significativos.

Por lo tanto, se comprueba parcialmente la hipótesis respecto a horas de sueño, donde los que duermen menos de 4 horas revelan mayor presencia de dimensiones Miedo a la Agonía y Miedo a la muerte.

Relaciones estructurales entre Soledad, Ansiedad, depresión e ideación suicida

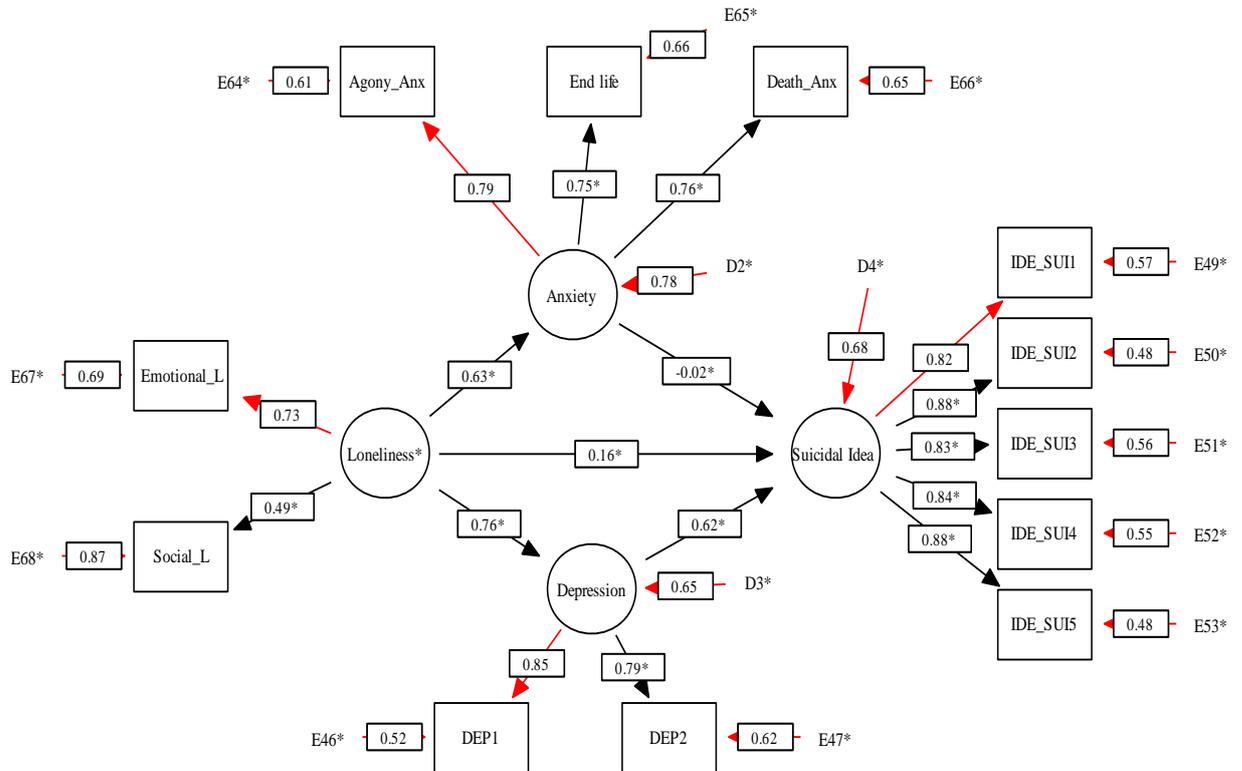
Con base en el modelo teórico propuesto en la figura 4 y con base en los resultados de los análisis factorial exploratorio y consistencia interna mostrados en la Tabla 5, se sometió a prueba un modelo reducido de regresión estructural para explicar la ideación suicida como efecto de la soledad, la ansiedad y la depresión. Se construyó un factor o variable latente para Soledad tomando como indicador factorial a puntajes directos en la dimensión Soledad Emocional y en la dimensión Soledad social. De igual manera se construyó una variable latente de Ansiedad ante la muerte con sus tres dimensiones: Miedo a la Agonía, Miedo final de la vida y Miedo a la Muerte.

En la Figura 4 se presenta el modelo resultante de regresión estructural, el cual alcanzó una buena bondad de ajuste ($\hat{p} \leq 0.05$; CFI = 0.96 y RMSEA = 0.07). En la Figura 2 se puede observar que el estado de depresión es el mejor predictor de la ideación suicida (coeficiente de regresión = 0.62). El factor soledad predijo altamente y de forma significativa al factor depresión (coeficiente de regresión = 0.76) y al factor Ansiedad ante la muerte (coeficiente de regresión = 0.63), y en menor medida, pero significativamente al factor ideación suicida (coeficiente de regresión = 0.16). Se observa también que la ansiedad ante la muerte no tuvo un efecto significativo sobre la ideación suicida.

Figura 4

Regresión estructural de la ideación suicida como efecto de ansiedad, soledad y depresión

Figure X: EQS 6 modelo ee mixtos mr _ paper.eds Chi Sq.=395.41 P=0.00 CFI=0.96 RMSEA=0.07

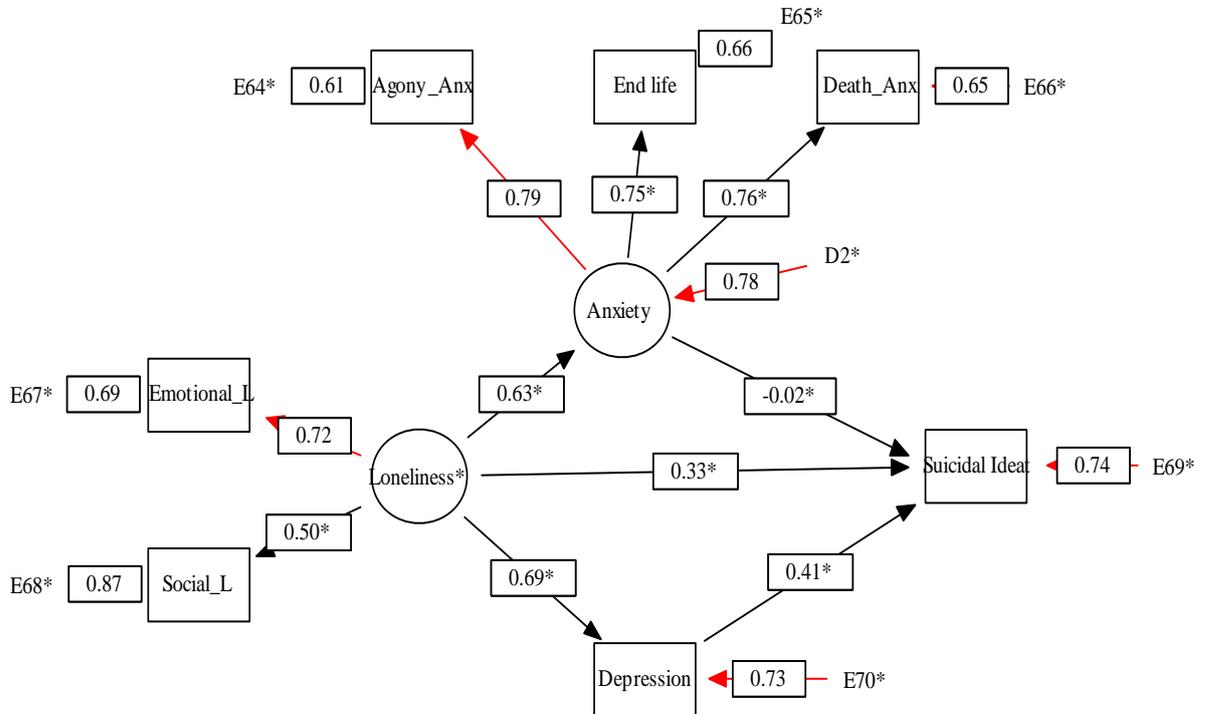


También se probó un modelo complementario que incluyó en lugar de factor latente, dos variables manifiestas compuestas, una de ideación suicida y otra de depresión. En ambos casos, se tomaron índices de promedio como variable manifiesta. El peso predictor de la ansiedad ante la muerte sobre ideación suicida es el mismo que el hallado en el modelo de la figura 4. Si bien es cierto que la depresión es el mejor predictor de la ideación suicida, el coeficiente de predicción (0.41) es inferior al coeficiente de predicción mostrado en la figura 4, pero, el peso predictivo del factor Soledad se incrementó notablemente (de 0.16 en la figura 4 a 0.33 en la figura 5). Asimismo, la soledad sigue prediciendo de manera alta y significativa a la ansiedad y a la depresión, aunque con valores de coeficiente de regresión ligeramente inferiores a los encontrados en la Figura 4. El aspecto más relevante de este segundo modelo obtenido es la importancia del incremento del valor predictor de soledad sobre ideación suicida.

Figura 5

Modelo complementario de regresión estructural para explicar la ideación suicida

Figure X: EQS 6 modelo mixto mr.eds Chi Sq.=159.75 P=0.00 CFI=0.95 RMSEA=0.10



DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio permiten determinar el efecto diferencial de las variables ansiedad ante la muerte, sentimiento de soledad y los síntomas depresivos, sobre la ideación suicida en adultos peruanos durante la tercera ola de la pandemia por COVID-19. Los dos modelos obtenidos mediante modelamiento de ecuaciones estructurales muestran una relación predictiva significativa de la sintomatología depresiva de manera directa sobre la ideación suicida.

Este primer hallazgo coincide con los obtenidos en otras investigaciones, por ejemplo, que los trastornos del estado de ánimo se encuentran altamente asociados al suicidio, sobre todo en pacientes con depresión mayor (Angst et al., 1999), y que la depresión predice la ideación suicida (Gómez et al., 2019). Nuestros datos coinciden con hallazgos sobre la relación directa entre depresión y la conducta suicida (Hernández-Bello et al., 2020); que la presencia de depresión clínicamente significativa está relacionada con la presencia de ideación suicida (Crisol-Deza et al., 2022), y que los síntomas depresivos incrementan la probabilidad de reflejar ideación suicida (Sousa et al., 2022). También nuestros datos coinciden con los encontrados en pacientes depresivos en Francia, de niveles altos de ansiedad, insomnio, ideación suicida y estrés traumático (Olié et al., 2021).

Algunos estudios de relación entre la ansiedad ante la muerte y el suicidio reportan que no se observa diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad ante la muerte respecto a los controles, lo cual no implica que una persona que refleja un miedo hacia la muerte no realizará un intento de suicidio con alta letalidad (Goldney, 1982); en la misma línea, Tarter et al. (1974) encuentra una correlación negativa débil pero significativa entre los datos del intento suicida y la ansiedad ante la muerte; asimismo, Cotton (1996-1997) reporta la existencia tanto en los hombres y mujeres, una relación significativa negativa entre ansiedad ante la muerte y el nivel de compromiso con respuestas potencialmente letales.

Por otra parte, los resultados de esta investigación reflejaron el papel fundamental de la soledad para explicar tanto la ideación suicida, como su efecto sobre la depresión y sobre la ansiedad. Los datos revelados en este trabajo coinciden con los hallazgos previos sobre el efecto predictivo de la soledad sobre pensamientos y conductas suicidas (Salvo y Castro, 2013). Asimismo, se han reportado datos de que la soledad aumentó la probabilidad de depresión, ansiedad e insomnio durante el periodo del COVID-19 en adultos cubanos (Llibre et al., 2021).

En el contexto de la pandemia, muchas personas han pasado el confinamiento solos o alejados de sus familias; O' Connor et al. (2021) encontró que la ideación suicida creció con el paso del tiempo de confinamiento.

Si bien en este estudio se encontraron evidencias del efecto de la soledad sobre la ideación suicida, no se encontró un efecto significativo de la Ansiedad ante la muerte sobre la ideación suicida. Este hallazgo es contrario a los datos de otros investigadores quienes sí reportaron relaciones significativas entre ansiedad ante la muerte e ideas y pensamientos suicidas (Hernández-Bello et al., 2020). Sin embargo, también se ha encontrado relación no significativa entre la ansiedad ante la muerte y conducta suicida (Goldney, 1982), esto no implica que una persona que refleja un miedo hacia la muerte no realizará un intento de suicidio (Goldney, 1982).

Asimismo, los dos modelos estructurales obtenidos en este estudio muestran un efecto muy leve pero negativo (-0.02), tanto sobre el factor latente Ideación suicida (constructo), como sobre la variable compuesta de ideación suicida (índice). Si bien esta relación predictiva no es significativa, el hallazgo de Tarter et al. (1974) mostró una correlación negativa débil pero significativa entre los datos del intento suicida y la ansiedad ante la muerte; asimismo, Cotton (1996-1997) reportó una relación significativa negativa entre ansiedad ante la muerte y conductas e ideas relacionadas con el suicidio. A partir de nuestros datos y los otros hallazgos aquí expuestos, se puede señalar que, una alta ansiedad, especialmente ansiedad por miedo a la muerte, podría evitar tener conductas y pensamientos suicidas, es decir, que es esperable una relación no significativa o una relación negativa, entre los índices en ansiedad e ideación suicida.

Un aspecto para reflexionar es si el confinamiento está asociado con un incremento de pensamientos e ideas suicidas. Los datos reportados por O' Connor et al. (2021) sugieren que los síntomas de ansiedad y los niveles de derrotismo por confinamiento, disminuyeron conforme pasaba el tiempo del confinamiento. Asimismo, se ha señalado que, la pandemia generó resultados positivos para la salud mental, y que tristeza/desesperación, y la ideación suicida disminuyeron con el transcurrir de la pandemia (Yu and Choe, 2021).

Otro aspecto importante derivado del presente resultado, es que, en todas las variables asociadas, como sexo, edad, estado civil, lugar de nacimiento, nivel de instrucción, situación laboral, práctica deportiva, horas de sueño, influyen de forma diferencial y de manera significativa sobre la Ideación Suicida. Es así como ser del sexo femenino (Pollak, 1979; Chiappetta et al., 1977; Davis et al., 1978; Sadowski et al., 1979, Moreno & Risco, 2018; Yañez et al., 2021) , grupo de edad entre 18-30 (Moreno & Risco, 2018), ser soltero, haber nacido en provincia comparado con Lima capital, ser analfabeto o no haber culminado estudios superiores universitarios, el ser desempleado o con trabajo eventual (Urdiales-Claros y Sánchez-Álvarez , 2021; Marín y Jorka, 2018), el no practicar deporte, y sueño menores a 4 horas, influyen de forma diferencial y de manera significativa sobre la Ideación Suicida. Por lo tanto, en estas variables mencionadas es más probable que presente mayores indicadores de ideación suicida.

Otro aspecto que surge del presente estudio es que no se encontraron diferencias significativas en los indicios de ideación suicida debido a haberse enfermado o no por COVID-19, es decir el haberse enfermado por COVID-19 no tienen efectos sobre tener ideas suicidas como hallaron algunos autores (Medvedeva et al., 2021). Pero, el haberse enfermado por COVID-19 sí influye en la ansiedad miedo agonía, y ansiedad miedo hacia la muerte. Este aspecto es importante, dado que el haber estado en riesgo de perder la vida por causa del COVID-19, puede generarle ansiedad, tanto de miedo a la enfermedad o agonía, como de miedo a la muerte. Al respecto Medvedeva et al. (2021) analizaron los cambios en los síntomas de ideación suicida y depresión durante la pandemia de Covid-19, revelando correlación positiva con pensamientos suicidas. La severidad de la depresión se correlaciona positivamente con la aparición del virus, el temor a enfermarse y morir, sin embargo, la intensidad de la ideación suicida no se asoció con tales factores.

Limitaciones: Se basa en un estudio trasversal y no en un diseño longitudinal, el cual no permite medir en el transcurso del tiempo y así obtener datos más relevantes. El tipo de muestreo no probabilístico impide una generalización más contundente. La muestra evaluada fueron casos de ideación suicida, y no los casos de intento.

CONCLUSIONES

C1: La sintomatología depresiva es el mejor predictor de la ideación suicida en adultos peruanos, mientras que, la soledad es el segundo factor que mejor predice la ideación suicida en relaciones directas, asimismo, la soledad también influye de manera indirecta sobre ideación suicida, mediada por la depresión.

C2: Se comprobó que ser sexo femenino, grupo de edad menores a 30, habitar en provincia están asociadas significativamente ($p < 0.05$) y tienen efecto diferencial sobre Estados de Soledad, Ansiedad ante la muerte y Depresión.

C3: Se comprobó que ser soltero, instrucción analfabeto o superior universitario inconcluso y no practicar deporte influyen de forma diferencial y de manera significativa en la Ideación Suicida. Estas variables asociadas tienen efecto diferencial sobre Estados de Soledad, Ansiedad ante la muerte y Depresión.

C4: Se comprobó que no practicar deporte y dormir menos de 4 horas influyen de forma diferencial y de manera significativa en la Ideación Suicida. Estas variables asociadas tienen efecto diferencial sobre Estados de Soledad, Ansiedad ante la muerte y Depresión. Por otro lado, no se comprobó que haber tenido COVID-19 influya en la ideación suicida.

RECOMENDACIONES

1. Las futuras investigaciones afines deben implementar diseño longitudinal, el cual permitirá medir en el transcurso del tiempo y así obtener datos más relevantes.
2. Se sugiere utilizar tipo de muestreo probabilístico para que sea más factible una generalización más contundente.
3. La muestra a evaluar deberán ser los casos de intento suicida, población clínica y ámbitos rurales.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1998). DSM IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. In *DSM IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pp. 907-p).
- Baños-Chaparro J, Ynquillay-Lima P, Lamas-Delgado F, Fuster-Guillen FG (2021). Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida: evidencias psicométricas en adultos peruanos. *Revista Información Científica* [Internet], 100(4), 1-12.
<http://www.revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3507>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper & Row
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A First Course in Factor Analysis* (segunda).
https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=RSsVAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=P1&ots=I5H7jii9yd&sig=qAh58tcAqgJouRiQOG1QDcZ8T2w&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Chang, E. C., & Chang, O. D. (2016). Development of the frequency of suicidal ideation inventory: Evidence for validity and reliability of a brief measure of suicidal ideation frequency in a college student population. *Cognitive Therapy and Research*, 40, 549-556. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10608-016-9758-0>
- Chávez, J. y Martos, O. (2021). *Ansiedad en adultos mayores ante enfermedad de covid-19*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Cajamarca].
<http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1524>
- Chiappetta, W., Floyd, H.H. y McSeveney, D.R. (1977). Sex differences in coping with death anxiety. *Psychological Reports*, 39, 945-946.

- Cheng, X., Zhang, Y., Zhao, D., Yuan, T. F., & Qiu, J. (2022). Trait Anxiety Mediates Impulsivity and Suicidal Ideation in Depression During COVID-19 Pandemic. *Frontiers in psychiatry, 13*, 892442. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.892442>
- De Jong Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*(1), 119-128.
- De Jong Gierveld, J., & van Tilburg T (1999). Living arrangements of older adults in the Netherlands and Italy: Coresidence values and behaviour and their consequences for loneliness. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 14*, 1-24.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide. Étude de sociologie*. Félix Alcan
- Davis, S.F., Martin, D.A., Wilee, C.T. y Voorhees, J.W. (1978). Relationship of fear of death and level of self-esteem in college students. *Psychological Reports, 42*, 419-422.
- Ezeta, G. (2019). *Sentimientos de soledad y afrontamiento en adolescentes de quinto de secundaria de Chincha Alta-Ica*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Federico Villarreal]. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4188>
- Gómez Tabares, A. S., Núñez, C., Caballo, V. E., Agudelo Osorio, M. P., & Grisales Aguirre, A. M. (2019). Predictores psicológicos del riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 27*(3). pp. 391-413
- González-Tovar, J. y Garza-Sánchez R. (2021). La medición de soledad en personas adultas mayores: estructura interna de la escala ESTE en una muestra del norte de México. *Interdisciplinaria, 38* (3), 169-184.
<https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.3.10>
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas: cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill educación.
<http://repositorio.uasb.edu.bo/handle/54000/1292>

Instituto nacional de Estadística e Informática (2018). *Censo nacional de población y Vivienda 2017*.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf

Llibre J., Noriega, L., Guerra-Hernández, M., Zayas, T., Llibre Guerra, J., Alonso, R. y Gutiérrez, R. (2021). Soledad y su asociación con depresión, ansiedad y trastornos del sueño en personas mayores cubanas durante la pandemia por COVID-19. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 11 (3), e1005.

<http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/1005>

Ministerio de salud (2008). *Guía de práctica clínica en conducta suicida*

[Internet] <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2906.PDF>

Marín, P., & Jorka, J. (2018). Programa de Prevención de Conducta Suicida (PRECONSUI) y Autoestima en los adolescentes de la “Institución Educativa Estatal Mariscal Castilla” Distrito de El Tambo-Huancayo, 2013 [tesis doctoral] Universidad Privada Norbert Wiener.

Matienzo, S. (2021). *Ansiedad ante la muerte y soledad en adultos mayores de Lima Metropolitana*. [Tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/72852>

Medvedeva, T., Enikolopov, S., Bobko, O., & Vorontsova, O. (2021). Depressive symptoms and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic in Russia. *European Psychiatry*, 64(S1), pp. S662. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1758>

Moreno García, M. V., & Risco Lázaro, A. (2018). Diferencias en ansiedad y depresión ante la muerte según edad y sexo en una muestra de universitarios españoles. *Cauriensia: revista anual de Ciencias Eclesiásticas*, (13), 259-276.

Neimeyer, R. (1997). *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. Paidós Iberica.
<https://www.casadellibro.com/libro-metodos-de-evaluacion-de-la-ansiedad-ante-la-muerte/9788449304347/574411>

Organización Mundial de la Salud (2021). *Suicidio*.

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

O'Connor, R. C., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Melson, A. J., Niedzwiedz, C. L., O'Carroll, R. E., O'Connor, D. B., Platt, S., Scowcroft, E., Watson, B., Zortea, T., Ferguson, E., & Robb, K. A. (2021). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 218(6), 326–333. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.212>

Olié, E., Dubois, J., Benramdane, M., Guillaume S. & Courtet P. (2021). Psychological state of a sample of patients with mood disorders during the first French COVID-19 lockdown. *Scientific Reports* 11, 23711. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03037-w>

Pollak, J.M. (1979). Correlates of death anxiety: A review of empirical studies. *Omega: Journal of Death and Dying*, 10, 97-121.

Pérez, J. C. R., Osnaya, M. C., & Fonseca, M. D. P. E. (2013). Ideación suicida en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Tlaxcala y variables asociadas. *Alternativas en psicología*, 17(28), 20-32.

Salvo, L. y Castro, A. (2013). Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. *Revista médica de Chile*, 141(4), 428-434. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000400002>

Sanchez, R. y Shica, A. (2018). *Depresión y Ansiedad ante la Muerte en Adultos Mayores Violentados de la Ciudad de Trujillo*. [Tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/30346>

Sánchez-Álvarez, N., Rey, L., Extremera, N., Chang, E. C., & Chang, O. D. (2020).

Frequency of Suicide Ideation Inventory: Psychometric Properties of the Spanish Version. *Psicothema*, 32(2), 253-260. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.344>

Sadowski, C.J., Davis, S.F. y Loftus-Vergari, M.C. (1979). Locus of control and death anxiety: A reexamination. *Omega: Journal of Death and Dying*, 10, 203-210.

Sistema Informático Nacional de Defunciones (2020). *Defunciones registradas* [Internet]. http://www.minsa.gob.pe/reunis/data/defunciones_registradas.asp

Sousa GS, Ramos BMD, Tonaco LAB, Reinaldo MAS, Pereira MO, Botti NCL (2022). Factors associated with suicide ideation of healthcare university students. *Revista Brasileira de Enfermagem*.v.75, n. Suppl. 3. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0982>.

Templer D. I. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177, available via: <http://dx.doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>

Uribe, M. O. (1996). Clasificación Internacional de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud. Décima Versión CIE-10. *Salud Mental*, 19(Supl 2), 11-18.

Urdiales-Claros, R., & Sánchez-Álvarez, N. (2021). Sintomatología depresiva e ideación suicida como consecuencia de la pandemia de COVID-19. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 14(2), 134–144. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.12901>

Yáñez, C. M., Bustos, P. M., Castromán, J. L., Vega, C. V., Medina, C. O., & Vásquez, H. G. C. (2021). Apoyo parental, psicopatología e ideación suicida. *Psychology, Society & Education*, 13(2), 103-115.

Anexos

Ficha sociodemográfica

Edad:

Sexo:

Aparte del español: ¿es quechua hablante?:

Si hablo

Solo entiendo

No

Ocupación

Situación laboral: Trabajo fijo, trabajo eventual, desempleado, jubilado.

Práctica deportiva: Si / No

Horas de sueño diarios : 4 horas o menos

7 horas o menos

9 horas o menos

Estado civil: casado, soltero, viudo, divorciado (o separado)

Instrucción: Primaria completa

Primaria incompleta

Secundaria completa

Secundaria incompleta

Superior técnico

Superior universitario

No fui al colegio.

Lugar de nacimiento: Lima

Provincia: _____ (¿donde?)

Reside actualmente en que departamento?:.....

De niño respecto de padres, usted vivió:

solo con padre

solo con Madre

padre y madre

puericultorio
en la calle.

Ficha técnica de los instrumentos

Ficha técnica 1

Nombre : Escala de Ansiedad ante la muerte (DAS)

Autores : Donald Templer

Procedencia : EEUU – 1970

Administración : Individual o colectivo

Tiempo : 10 a 15 min.

Estructuración : 3 dimensiones - 15 ítems

Aplicación : Adultos

Adaptación al Perú: Melissa Graus Florián - 2016

Reseña histórica:

En el 2002 fue adaptada y traducida al español por Tomás Sábado y Gómez-Benito, en el 2010 fue adaptada al español mexicano por Rivera y Montero, y en el año 2016 fue adaptada en la ciudad de Trujillo – Perú por Graus. Este instrumento evalúa la ansiedad ante la muerte en tres dimensiones: miedo a la agonía o enfermedad (estrés y el dolor asociado a la incapacidad, la enfermedad y la muerte; ítems: 4, 6, 7, 9 y 11), miedo a que la vida llegue a su fin (preocupación cognitiva por el morir y la muerte; ítems: 2, 8, 10, 12, 13, 14 y 15) y miedo a la muerte (ansiedad anticipada y reactiva ante las alteraciones físicas provocadas por la muerte; ítems: 1, 3 y 5). Su aplicación puede ser individual o colectiva, con una duración de 10 a 15 minutos.

Consigna de aplicación:

- Por favor lea cada afirmación; piense en cómo se siente usted la mayor parte del tiempo, e indique con qué frecuencia se siente así.

Calificación e interpretación

Cuenta con 4 respuestas dentro de la escala Likert, tales como nunca o casi nunca, algunas veces, la mayor parte del tiempo y todo el tiempo, con puntuaciones del 1

al 4, siendo el puntaje más bajo de 15, que significa una mínima ansiedad y el puntaje más alto de 60 que es la ansiedad máxima.

Propiedades psicométricas originales del instrumento

Se analizó la validez del cuestionario con una muestra de estudiantes universitarios, obteniendo las correlaciones ítem - test, cuyos valores fueron entre .207 y .574, es decir, la escala mide lo que dice medir verificando así su validez. En cuanto a la confiabilidad, esta se evaluó a través del Alfa de Cronbach con una muestra formada por 503 personas, obteniendo como resultado un coeficiente de .804, siendo favorable, así mismo en cuanto a las dimensiones, los coeficientes obtenidos de Alfa de Cronbach, se encuentran un rango de 0.66 - 0.695, lo que demuestra que la escala es confiable.

Propiedades psicométricas peruanas

Graus en el 2016, adaptó el instrumento y lo aplicó en diversas instituciones pertenecientes al programa del adulto mayor, en Trujillo, obtuvo una muestra de 402 personas adultas mayores de sesenta años, donde se evidenció que la validez por medio de la correlación ítem-total corregido, resultando correlaciones entre .20 y .75, y a través del alfa de Cronbach revisaron la confiabilidad, cuyo valor fue elevado, igual a .93 para toda la escala y valores entre .85 y .86 para las dimensiones (Graus, 2016).

Propiedades psicométricas del piloto

Validez

La correlación dimensión – test de Pearson fue de .922 en la dimensión miedo a la agonía, 0.891 en la dimensión miedo a que la vida llegue a su fin y 0.879 en la dimensión miedo a la muerte, consideradas aceptables (Kline, 1986). Todas estas correlaciones fueron positivas fuertes (Hernández-Sampieri et al., 2014) y significativas ($p < 0.001$). 25

El índice de adecuación muestral de Kaiser Meyer Olkin se calculó en 0.90 y en la prueba de esfericidad de Bartlett, el estadístico resultó ser significativo lo que indicó que era pertinente aplicar un análisis factorial exploratorio (véase anexo 6).

Confiabilidad

El Coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach fue calculado en .914, para todo el instrumento y en sus dimensiones: 0.845 en la dimensión miedo a la agonía, 0.768 en la dimensión miedo a que la vida llegue a su fin y 0.894 en la dimensión miedo a la muerte, todos considerados aceptables, lo que nos dice que la Escala de Ansiedad ante la muerte de Templer puede ser considerada una medida confiable para esta muestra. (véase anexo 6).

Escala de ansiedad ante la muerte - DAS

Templer (1970)

Adaptado al Perú Graus (2016)

Por favor lea cada afirmación; piense en cómo se siente usted la mayor parte del tiempo, e indique con qué frecuencia se siente así.

Afirmación	1 Nunca o Casi Nunca	2 Alguna s veces	3 La mayor parte del tiempo	4 Todo el tiempo
1. Tengo mucho miedo de morirme.				
2. Pienso en la muerte.				
3. Me pone nervioso que la gente hable de la muerte.				
4. Me asusta mucho pensar que tuvieran que operarme.				
5. Tengo miedo de morir.				
6. Siento miedo de la posibilidad de tener cáncer.				
7. Me molestan ciertos pensamientos sobre la muerte.				
8. A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo.				
9. Me da miedo tener una muerte dolorosa.				
10. Me preocupa mucho el tema de la otra vida.				
11. Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón.				
12. Pienso que la vida es muy corta.				
13. Me asusta oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial.				
14. Me horroriza ver un cadáver.				
15. Pienso que tengo motivos para temer el futuro.				

Ficha técnica 2

Nombre : Escala de Soledad de De Jong Gierveld

Autores : Jenny De Jong Gierveld y Theo van Tilburg

Procedencia : Países Bajos, Amsterdam – 1999

Administración : Individual o colectivo

Tiempo : 10 a 15 min

Estructuración : 2 dimensiones - 11 ítems

Aplicación : Adultos

Adaptación al Perú: Flor García Castillo - 2020

Reseña histórica:

En el 2013 fue adaptada y traducida al español por Buz y Prieto, en el 2017 fue adaptada en el Perú por los autores Ventura y Caycho y aplicada en jóvenes y adultos, y en el año 2020 fue adaptada en Lima Norte – Perú por García. Este instrumento evalúa el sentimiento de soledad en dos dimensiones: soledad social (querer contar con alguien cuando lo necesite); ítems: 1, 4, 7, 8 y 11 y soledad emocional (falta o abandono por personas queridas); ítems: 2, 3, 5, 6, 9 y 10 (Buz & Prieto, 2013). Puede ser usada de forma individual o colectiva, con un tiempo de aplicación de 10 a 15 minutos. 26

Consigna de aplicación:

- A continuación, se te presenta unas situaciones en las que tendrás que responder con toda sinceridad.
- No hay respuestas buenas ni malas.

Calificación e interpretación

La escala contiene 11 preguntas, cuyas opciones de respuesta son: 1=no; 2= más o menos y 3= sí. Los autores de esta escala recomiendan para calcular la puntuación general de soledad que las respuestas sean dicotomizadas, otorgando un punto a las opciones de respuesta más o menos o no de los ítems **1, 4, 7, 8 y 11 (inversos)**, y en el caso de los ítems restantes otorga un punto si se responde más o menos o sí. Finalmente, para obtener una puntuación total de la escala, se deben sumar el puntaje de todos los ítems, este puntaje oscilará entre 0 (ausencia de soledad) y 11 (soledad máxima).(De Jong Gierveld, 1999)

Propiedades psicométricas originales

La escala obtuvo una confiabilidad en el rango de .80 a .90 (alfa de Cronbach o rho) y la homogeneidad de la escala se encontró en el rango de .3 y .5, suficiente pero no muy fuerte, además indicaron que la prueba es unidimensional, no obstante, dejan a libertad del investigador trabajar con uno o dos factores.

Propiedades psicométricas peruanas

El KMO conseguido fue de .878, que es un valor aceptable por ser mayor a .80, asimismo el test de esfericidad de Bartlett presenta un estadístico significativo, indicando así la posibilidad de realizar un análisis factorial, encontrando que existen dos factores, al trabajar con ellos el 61.846% de la varianza total es explicada, lo que es aceptable, el test de bondad de ajuste de Shapiro-Wilk arrojó un valor del 27

estadístico de .93 con un *p-valor* < 0.05 por lo que no cumple con el requisito de la normalidad. Con relación a la validez, calcularon la correlación de Spearman entre los puntajes generales de la escala y los de otra variable que fue la autoestima, obteniendo una correlación inversa y significativa ($p < .01$).

En cuanto a la confiabilidad, calcularon un alfa de Cronbach de .864 usando la escala total y de .776 con la dimensión soledad social y de .899 con la dimensión soledad emocional, que son considerados altos.

Propiedades psicométricas del piloto

Validez

La correlación dimensión – test de Pearson fue de 0.772 en la dimensión soledad social y 0.852 en la dimensión soledad emocional, consideradas aceptables (Kline, 1986), ambas correlaciones positivas fuertes (Hernández-Sampieri et al., 2014) y significativas ($p < 0.05$). Por otro lado, el índice de adecuación muestral de Kaiser Meyer Olkin se calculó en 0.805 y el test de esfericidad de Bartlett arrojó un valor del estadístico significativo lo que muestra la posibilidad de aplicar un análisis factorial exploratorio (véase anexo 6).

Confiabilidad

El coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach fue calculado en 0.836, para todo el instrumento y en sus dimensiones: 0.817 en la dimensión soledad social y 0.844 en la dimensión soledad emocional, ambos considerados aceptables, lo que nos dice que la Escala de Soledad de De Jong Gierveld se puede considerar como medida confiable (véase anexo 6).

Escala de Soledad de De Jong Gierveld

Jenny De Jong Gierveld y Theo van Tilburg (1999)

Adaptado al Perú García (2020)

A continuación, se te presenta unas situaciones en las que tendrás que responder con toda sinceridad.

No hay respuestas buenas ni malas.

Situaciones	1 No	2 Más o menos	3 Sí
1. Siempre hay alguna persona con quien puedo hablar de mis problemas.			
2. Extraño tener un(a) buen(a) amigo(a) verdadero(a)			
3. Siente una sensación de vacío a su alrededor.			
4. Hay suficientes personas a las que puedo buscar en caso de problemas.			
5. Extraño la compañía de otras personas			
6. Pienso que la cantidad de amigos(as) que tengo son pocos.			
7. Tengo mucha gente en la que confiar completamente.			
8. Tengo muchas personas en las que puedo confiar mucho..			
9. Extraño tener personas a mi alrededor			
10. Me siento solo(a) casi siempre			
11. Puedo contar con mis amigos(as) siempre que lo necesito.			

Ficha técnica 3

Nombre : Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)

Es un instrumento que evalúa los síntomas depresivos durante las últimas dos semanas mediante dos ítems: 1) sentirse desanimado(a), deprimido(a) o sin esperanzas y 2) poco interés o placer en hacer las cosas.(6) Para responder a cada ítem, se presentan cuatro opciones de respuesta con puntuaciones que varían de 0 a 3 (0 = para nada, 1 = varios días, 2 = más de la mitad los días y 3 = casi todos los días). El puntaje total se encuentra en el rango de 0 a 6, donde puntajes altos indican mayores síntomas depresivos.

El diseño de investigación es instrumental donde participaron 283 adultos peruanos residentes en Lima en el mes de abril del 2021, seleccionados mediante muestreo por bola de nieve y criterios de inclusión. Se evaluó la consistencia interna y mediante el modelamiento de ecuaciones estructurales, se realizó un modelo para la evidencia basada en relación a otras variables. La evaluación de la consistencia interna mediante el coeficiente alfa ($\alpha = 0,75$) y el coeficiente omega ($\omega = 0,76$) fueron aceptables. Asimismo, las puntuaciones derivadas del Patient Health Questionnaire-2 convergieron con la ideación suicida ($r = 0,61$; $p = 0,001$) y la ansiedad ($r = 0,72$; $p = 0,001$), ambas con tamaños del efecto fuerte.

Cuestionario de Salud del Paciente-2 (PHQ-2)

Marque usted de acuerdo a como se ha sentido en las últimas dos semanas. Se presentan cuatro opciones de respuesta con puntuaciones que varían de 0 a 3 (0 = para nada, 1 = varios días, 2 = más de la mitad los días y 3 = casi todos los días).

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?		Para nada	Varios días	más de la mitad los días	Casi todos los días
1)	Sentirse desanimado(a), deprimido(a) o sin esperanzas y	0	1	2	3
2)	Poco interés o placer en hacer las cosas.	0	1	2	3

Interpretación:

Una puntuación de PHQ-2 oscila entre 0 y 6. Los autores identificaron una puntuación de 3 como el punto de corte óptimo al usar el PHQ-2 para detectar la depresión.

Si la puntuación es de 3 o más, es probable que tenga un trastorno depresivo mayor.

Los pacientes con resultados positivos deben ser evaluados más a fondo con el PHQ-9, otros instrumentos de diagnóstico o una entrevista directa para determinar si cumplen los criterios de un trastorno depresivo.

Ficha técnica 4:

Nombre: Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida

Frequency of Suicidal Ideation Inventory (FSII; Chang y Chang, 2016). El instrumento FSII está compuesto por 5 ítems con una escala tipo Likert de 5 puntos y evalúa la frecuencia con la que se han tenido pensamientos suicidas en el último año (p.ej. “¿has pensado en hacerte daño”). La consistencia interna informada es de .96. En la versión al castellano, la consistencia interna de la puntuación total es de .89.

Objetivo: analizar las propiedades psicométricas del Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida (IFIS) en población general adulta peruana. Método: diseño de investigación instrumental y transversal, donde participaron 376 adultos peruanos. Se analizó la evidencia basada en el contenido, estructura interna, confiabilidad, invarianza de medición según sexo y edad, y evidencia en la relación con otras variables. Resultados: el IFIS es una medida unidimensional (CFI=0,99, RMSEA=0,03 [IC del 90 %: 0,00-0,08], SRMR=0,03, WRMR= 0,37), con adecuada confiabilidad ($\omega=0,80$ y $H= 0,91$) e invarianza según sexo y edad ($\Delta CFI < 0,010$; $\Delta SRMR < 0,030$). Asimismo, las puntuaciones del IFIS se correlacionaron con la depresión ($r=0,67$; $p=0,001$), presentando un tamaño del efecto fuerte. Los revisores expertos consideraron todos los ítems relevantes.

Conclusiones: el IFIS es un instrumento unidimensional con aceptables valores de confiabilidad y diferentes fuentes de evidencias de validez. Por lo tanto, se recomienda utilizar el IFIS como herramienta adicional para la evaluación de la ideación suicida en población general adulta peruana.

Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida

Instrucciones: por favor lee los siguientes enunciados respecto a ti mismo e indica tu grado de acuerdo o desacuerdo, utilizando la siguiente escala de respuesta:

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Casi todos los días

Ítems		1	2	3	4	5
1	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has pensado en hacerte daño?	1	2	3	4	5
2	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has creído que no merecías vivir?	1	2	3	4	5
3	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia te has preguntado qué pasaría si pusieses fin a tu vida?	1	2	3	4	5
4	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has pensado en suicidarte?	1	2	3	4	5
5	Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia has deseado no existir?	1	2	3	4	5

