

# **UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN PABLO**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICO EMPRESARIALES Y  
HUMANAS**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**Universidad Católica**  
**San Pablo**

**RELACIÓN ENTRE LA IDEACIÓN SUICIDA Y LAS ACTITUDES HACIA EL  
CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN JÓVENES ADULTOS ENTRE 18 Y 29 AÑOS  
DE LA CIUDAD DE AREQUIPA**

Tesis presentada por las Bachilleres:

**GINA PAOLA RIOS CASTILLO**

**MISHELLE FLAVIA MARDINI**

**FARJI**

Para optar por el Título Profesional de  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

Asesora: Mg. María Elena Arcos

Náquira

**AREQUIPA-PERU, 2021**

## DEDICATORIA

*A Dios, el forjador de mi camino que me guía y me da la fortaleza de seguir adelante.*

*A mis padres, Ana y Dante, mis referentes y las personas que más amo en esta vida, por su esfuerzo, sacrificio y por creer en mí en cada paso que hoy me trajo hasta aquí.*

*A mi papá Placido, mi fuente de motivación, por sus oraciones y por su amor incondicional.*

***-Gina Rios***

*En primer lugar, quiero agradecer a Dios por la vida y las oportunidades que me dio. Dedicó este logro académico a mi madre Lourdes Yoovaba Farji Rey de Castro y a mi mamita Gabriela Rey de castro de Yabar, por su trabajo, apoyo y amor incondicional, así como a todas aquellas personas que me vieron crecer, confiaron en mí y no me dejaron rendir como son también mis tíos y amigos.*

***-Mishelle Mardini***

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	1
ÍNDICE DE TABLAS .....	4
Resumen.....	5
Abstract.....	6
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	7
1.1 Planteamiento del problema .....	7
1.2 Preguntas de investigación .....	8
1.3.1 Problema general .....	8
1.3 Objetivos de la investigación.....	8
1.3.1 Objetivo general.....	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	10
2.1 La ideación suicida .....	10
2.1.1 El suicidio .....	11
a. La teoría interpersonal del suicidio.....	12
b. El modelo integrado motivacional-volitivo .....	12
c. Teoría de los tres pasos .....	13
2.1.2 El confinamiento por COVID-19 y el suicidio.....	14
2.2 Las actitudes .....	15
2.3 El confinamiento y sus efectos sobre las personas .....	16
2.4.1 Modelo tripartito.....	17
2.4.2 Modelo CAP C: Conocimiento, A: actitudes y P: prácticas.....	18
Hipótesis .....	20
CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO.....	21
3.1 Método y participantes .....	21
3.1 Instrumentos .....	25
3.1.1 Escala de ideación suicida de Beck .....	25
a) Dimensiones .....	25
Actitudes hacia la vida/muerte.....	25
Pensamientos/ deseos de suicidio .....	25
Proyecto de intento suicida.....	25
Desesperanza .....	26
b) Operacionalización de la variable .....	26
c) Corrección .....	26
d) Validez y confiabilidad .....	26
Propiedades psicométricas originales .....	26

Validez.....	26
Confiabilidad .....	27
Propiedades psicométricas halladas en el presente estudio .....	27
Validez.....	27
Confiabilidad .....	27
3.1.2 Actitudes ante el confinamiento por Covid-19 .....	27
a) Dimensiones .....	28
Factor cognitivo .....	28
Factor afectivo .....	28
Factor conductual.....	28
b) Operacionalización de las variables .....	28
c) Corrección .....	28
d) Validez y confiabilidad .....	29
Propiedades psicométricas originales .....	29
Validez.....	29
Confiabilidad .....	29
Propiedades psicométricas halladas en el presente estudio .....	29
Validez.....	29
Confiabilidad .....	30
3.2 Procedimientos .....	30
3.3 Análisis de datos .....	30
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS .....</b>	<b>32</b>
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN .....</b>	<b>36</b>
Conclusiones.....	41
Recomendaciones .....	42
Limitaciones .....	43
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>49</b>
Anexo 1: Actitudes ante el confinamiento por Covid-19 .....	49
Anexo 2: Escala de Ideación Suicida de Beck.....	55
Anexo 3: Consentimiento informado.....	60

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Sexo de los participantes .....	22
Tabla 2. Edad de los participantes .....	22
Tabla 3. Estado civil .....	22
Tabla 4. Nivel de escolaridad .....	23
Tabla 5. Situación laboral .....	23
Tabla 6. Hijos.....	23
Tabla 7.¿Ha padecido usted COVID?.....	24
Tabla 8. Personas en confinamiento y habitaciones en el hogar .....	24
Tabla 9. Dimensiones de la ideación suicida .....	26
Tabla 10. Dimensiones de las Actitudes ante el confinamiento por Covid-19 Explicar .....	28
Tabla 11. Correlación entre la ideación suicida y las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19 .....	32
Tabla 12. Estadísticos descriptivos de la Ideación suicida .....	32
Tabla 13. Estadísticos descriptivos de las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19 .....	32
Tabla 14. Correlación entre las dimensiones de la ideación suicida y las dimensiones de las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19 .....	33
Tabla 15. Diferencias según variable sociodemográficas.....	34

## Relación entre la ideación suicida y las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19 en jóvenes adultos entre 18 y 29 años de la ciudad de Arequipa

### Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo identificar las relaciones entre la ideación suicida y las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19, así mismo se analizaron las diferencias entre las variables del estudio por variables sociodemográficas. La investigación fue cuantitativa, no experimental. La muestra la conformaron 385 personas residentes en la ciudad de Arequipa. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de Actitudes ante el confinamiento por COVID-19 de Matus y Matus (2020) y la Escala de Ideación Suicida de Beck (1979). Los resultados indicaron que la relación entre la ideación suicida y las actitudes hacia el confinamiento fue baja, inversa y significativa  $-0.407$  ( $p < 0.05$ ). Así mismo, las correlaciones entre las dimensiones se encontraron en el rango de  $r_{ho} \in [-0.079, -0.335]$ . La dirección de las relaciones indican que el factor cognitivo, afectivo y el factor conductual presentaron correlaciones inversas con las dimensiones de la ideación suicida, así mismo este factor afectivo tuvo las correlaciones más fuertes con la ideación suicida; comparando por sexo las mujeres presentaron mayores puntuaciones en las Actitudes hacia la vida/muerte y los Pensamientos/ deseos de suicidio. Por su parte, los hombres presentaron mayores puntuaciones en el factor Afectivo. La edad resultó estar inversamente relacionada con las puntuaciones de ideación suicida, e inversamente correlacionada con el factor afectivo de las actitudes hacia el confinamiento. Por último, comparando a las personas que ya tuvieron COVID-19 con las que no y las que no están seguros, se encontró diferencias para los Pensamientos/ deseos de suicidio y Desesperanza, así como para el Factor Cognitivo y el Factor Afectivo, siendo las personas que ya atravesaron la enfermedad las que tuvieron consistentemente, menores puntajes.

**Palabras clave:** Ideación, Suicida, Suicidios, Actitudes, Confinamiento, COVID-19

## Abstract

The present research aimed to identify the relationship between suicidal ideation and attitudes towards confinement due to COVID-19, as well as the differences between the study variables by demographic variables. The research was quantitative, not experimental. The sample was made up of 385 people residing in the city of Arequipa. The instruments used were the Attitudes to Confinement by COVID-19 questionnaire by Matus and Matus (2020) and the Beck Suicidal Ideation Scale (1979). The results indicated that the relationship between suicidal ideation and attitudes towards confinement was low, inverse and significant  $-.407$  ( $p < 0.05$ ). Likewise, the correlations between the dimensions were found in the range of  $rho \in [-.079, .335]$ . The direction of the relationships indicates that the cognitive, affective and behavioral factors showed inverse correlations with the dimensions of suicidal ideation, likewise this affective factor had the strongest correlations with suicidal ideation. Comparing by sex, women presented higher scores in Attitudes towards life / death and Suicidal thoughts / wishes. For their part, men presented higher scores in the Affective factor. Age turned out to be inversely related to suicidal ideation scores, and inversely correlated with the affective factor of attitudes towards confinement. Finally, comparing people who already had COVID-19 with those who have not and those who are not sure, he found differences for the Thoughts / wishes of suicide and Hopelessness, as well as for the Cognitive Factor and the Affective Factor, being the people those who had consistently lower scores have already gone through the disease.

**Keywords:** Ideation, Suicide, Suicides, Attitudes, Confinement, COVID-19

## CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento del problema

A finales del 2019 se detectó en Wuhan, China, una variante del coronavirus denominada SARS-CoV-2, el cual produce una enfermedad infecciosa denominada COVID-19, si bien en la mayoría de los casos las personas experimentan síntomas leves, esta enfermedad puede ser especialmente peligrosa para aquellas personas que se encuentran en el grupo de riesgo, como los adultos mayores o aquellas que presentan comorbilidades. Debido a esto, la OMS en el mes de marzo del 2020 declaró una pandemia, lo cual obligó a que varios países en todo el mundo decretaran medidas de aislamiento social y confinamiento, a fin de reducir la tasa de contagio entre los habitantes (Balluerka, y otros, 2020). En consecuencia, en el Perú se ordenó llevar a cabo un aislamiento social obligatorio desde marzo hasta julio del 2020, periodo en el cual las personas contaban con movilidad restringida y se prohibieron las interacciones sociales. Estas medidas se prolongaron de manera menos restrictiva hasta el año 2021.

Las primeras investigaciones realizadas sobre el impacto del confinamiento en la salud mental y psicológica de las personas han encontrado que la mayoría de habitantes califican esta situación entre un rango moderado y severo, así mismo, se informó la presencia de síntomas ansiógenos, mayores niveles de estrés y depresión. Esto debido al cambio drástico de sus hábitos y rutinas personales (Wang, y otros, 2020). Así también, las personas pueden experimentar miedo a ser infectadas, temor a la muerte, experimentar duelo debido a la muerte de familiares o personas cercanas, ser rechazados socialmente debido a que están infectados o sentirse abrumados y confundidos respecto al futuro (Brooks, y otros, 2020).

Pese a que se han realizado algunas investigaciones respecto al efecto sobre la salud mental que tiene el confinamiento debido a la pandemia, aún no se sabe concretamente cuales son las consecuencias que pueden llegar a tener estas medidas sobre la población. El presente estudio se centrará en la ideación suicida y como este se ve exacerbado por el aislamiento y las actitudes que las personas tienen hacia el mismo. En el grupo de entre los 15 y 29 años el suicidio es la segunda causa de muerte (Campas, de Luna, de Oca, & de la Torre, 2020). Además, según sugiere la Organización Panamericana de la Salud (2020) la pandemia por COVID19 incrementa la presencia de factores de riesgo que predisponen a la población vulnerable a cometer suicidio.

En cuanto a los casos de suicidio en el Perú, según la información proporcionada por el Sistema Informático Nacional de Defunciones – SINADEF del Ministerio de Salud, en el año 2020 han fallecido 611 personas por suicidio, de estos 445 fueron hombres y 166 fueron mujeres. En la región Arequipa el número asciende a 94 personas, de estas muertes 80 ocurrieron en la ciudad de Arequipa. Siendo el distrito con mayor número de muertes por suicidio Cerro Colorado con un total de 15 muertes.

De esta forma, se puede apreciar que la población estudiada en la presente investigación se encontraría especialmente en riesgo; debido a esto, se considera valioso comprender más a fondo aquellos factores tales como las actitudes que las personas presentan frente al confinamiento como factor mediador para afrontar esta situación.

Por ello, y al considerar que las actitudes son definidas como evaluaciones que hacen las personas sobre un determinado objeto actitudinal; estando directamente vinculadas a la conducta de las personas, sus emociones y su pensamiento; el estudio de las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19, por ser un tema de reciente aparición, aún no se ha profundizado, pareciendo ser que aquellas personas con actitudes más favorables hacia el confinamiento tendrían menores puntuaciones de ideación suicida y viceversa; por tal motivo, el presente trabajo de investigación es relevante debido a que el conocimiento que se tiene sobre el impacto del confinamiento y la pandemia sobre la salud psicológica de las personas aún es desconocido, especialmente en el medio local y nacional.

En ese sentido, se ha planteado como objetivo estudiar la relación que existe entre la ideación suicida y las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19 en jóvenes y adultos entre 18 y 29 años residentes en Arequipa, asimismo, este estudio servirá como antecedente para futuras investigaciones que busquen profundizar en el tema y analizar cómo las actitudes hacia el confinamiento pueden ser un factor protector para las personas, mediando sobre la ideación suicida.

## **1.2 Preguntas de investigación**

### **1.3.1 Problema general**

¿Existe relación entre la ideación suicida y las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19 en jóvenes adultos entre 18 y 29 años de la ciudad de Arequipa?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la relación entre la ideación suicida y las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19 en jóvenes adultos entre 18 y 29 años de la ciudad de Arequipa.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- a) Describir la ideación suicida en jóvenes y adultos de entre 18 y 29 años de la ciudad de Arequipa.
- b) Analizar las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19 en jóvenes adultos entre 18 y 29 años de la ciudad de Arequipa.

- c) Determinar la relación entre las subdimensiones de ideación suicida y subdimensiones hacia el confinamiento.
- d) Analizar la ideación suicida y las actitudes hacia el confinamiento según las variables sociodemográficas.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 La ideación suicida

La teoría sugiere que la ideación suicida es uno de los componentes más relacionados con los actos de suicidio. Las personas, antes de cometer suicidio, primero contemplan la posibilidad de realizarlo, identifican las formas en las que podrían hacerlo y aprenden cuales serían las formas más efectivas para suicidarse. La ideación suicida implica tener ideas, pensamientos o cavilaciones sobre quitarse la vida. Por sí misma, la ideación suicida no constituye un diagnóstico clínico, sino que es un síntoma de varios trastornos, como la depresión y los trastornos de estado de ánimo.

La ideación suicida comprende aquellos pensamientos que incluyen la consideración de la muerte, las formas en las que podría cometerse suicidio, así como los objetos y las circunstancias en las que una persona podría suicidarse (Sánchez, Villarreal, Musitu, & Martínez, 2010).

Son diferentes las causas de la ideación suicida, pueden ser culturales, sociales, psicológicas y biológicas. La población que es afectada y muestra ideación suicida presenta una perspectiva negativa sobre su futuro, así mismo, puede deberse a la presencia de un estilo atribucional interno, en el cual se echan la culpa de los acontecimientos negativos que les ocurren (Mayorga, 2018).

La ideación suicida, generalmente se divide en dos tipos, la ideación suicida activa y la ideación suicida pasiva. La ideación suicida activa indica que la persona experimenta pensamientos suicidas de forma regular. Estas personas tienen un deseo consciente de realizarse lesiones y esperan que estas lesiones les ocasionen la muerte. El concepto clave para comprender la ideación suicida es la expectativa del individuo de que su intento podría producir un resultado fatal. Por otra parte, el intento de suicidio pasivo es menos estudiado y se le presta menos atención en la investigación. Este indica un deseo general de morir, pero sin un plan de autolesión letal para suicidarse. Incluye la indiferencia ante una muerte accidental que ocurriría si no se toman las medidas necesarias para mantener la propia vida. En la presente investigación estos dos tipos de ideación suicida son incluidos en las dimensiones: Proyecto de intento suicida para la ideación activa y Pensamientos/ deseos de suicidio para la ideación pasiva.

Respecto a la prevalencia de la ideación suicida según variables sociodemográficas, los estudios han encontrado lo siguiente:

Según la edad, el grupo de entre 18 a 29 años presentan mayores puntajes que aquellos mayores a 30 años (Chávez, Luna, Mendoza, Jacinto, & Correa, 2020). De hecho, hay una gran cantidad de estudios que sugieren que la ideación suicida incrementa sus

puntuaciones con la edad para disminuir nuevamente luego de los 30 años (Elbogen, Lanier, Blakey, Wagner, & Tsai, 2020).

Según sexo, son las mujeres las que presentan mayores puntuaciones que los hombres en la ideación suicida (Chávez, Luna, Mendoza, Jacinto, & Correa, 2020; Muñoz, Pinto, Callata, Napa, & Perales, 2006; Rojas & Saavedra, 2014).

Las investigaciones respecto a la ideación suicida durante la pandemia por COVID-19 señalan que los habitantes que se encontraban en aislamiento presentaron puntuaciones de ideación suicida que iban incrementándose a lo largo del tiempo en que estaban en cuarentena, además, las personas que no se encontraban en aislamiento presentaron puntuaciones estables de ideación suicida a lo largo del tiempo (Killgore, Cloonan, Taylor, Allbright, & Dailey, 2020). Así mismo, un estudio realizado en el Reino Unido señaló que la ideación suicida durante la pandemia por COVID-19 fue especialmente alta en el grupo de entre los 18 y los 29 años (Job, Steptoe, & Fancourt, 2020).

Otra investigación acerca de la ideación suicida durante el confinamiento por COVID-19 indicó que, tras realizar una regresión logística multivariable, los síntomas de estrés, la soledad y la tensión financiera relacionados con se asociaron con los pensamientos de suicidio y las autolesiones.

Además, tal y como se verá más adelante, en las teorías explicativas del suicidio, todas estas coinciden en que la ideación suicida es un elemento central en la explicación de la conducta suicida y en muchas ocasiones constituye un paso previo antes de cometer el acto suicida (Sánchez, Villarreal, Musitu, & Martínez, 2010). Por lo tanto, se procederá a desarrollar las teorías acerca del suicidio y los modelos explicativos.

### **2.1.1 El suicidio**

El suicidio es un fenómeno de salud pública ampliamente extendido a nivel mundial, además es uno de los principales motivos de causa de muerte en la población. A nivel mundial, los hombres son los que ocupan el mayor porcentaje de personas que se suicidan cada año, representando el 80% de todos los casos. De igual forma, los habitantes jóvenes son la población con mayor riesgo de suicidarse (Stone & Crosby, 2014).

Una tendencia decreciente en el riesgo de suicidio se hizo evidente para el género masculino, el nivel de ingresos y el hecho de estar en un hogar unipersonal o monoparental, mientras que para otros factores (edad media y mayor, antecedentes migratorios no occidentales, parejas sin hijos y personas que viven en áreas menos pobladas), el riesgo de suicidio aumentó cuando el entorno de atención médica se volvió más especializado (Elzinga, De Beurs, Beekman, Berkelmans, & Gilissen, 2021).

Los supervivientes de la pérdida por suicidio (supervivientes del suicidio) son reconocidos como una población en riesgo de varias complicaciones psiquiátricas, incluido

el duelo complicado (CG) y la ideación suicida (SI). Estudios recientes han enfatizado la contribución de factores interpersonales, como la pertenencia frustrada y la carga percibida, sobre la angustia y el suicidio (Levi-Belz & Aisenberg, 2021).

Es así como el suicidio se define como un proceso, ya que comprende una serie de acciones que lleva a cabo una persona que desea quitarse la vida. Es por esto, la importancia de analizar e investigar aquellos procesos que anteceden al suicidio tales como la ideación e intento suicida, para así poder reconocer y auxiliar esta problemática.

Son varias teorías que se han propuesto respecto al suicidio. Podemos encontrar la teoría interpersonal, el modelo integrado motivacional-volitivo y la teoría de los tres pasos.

### **a. La teoría interpersonal del suicidio**

Se señala que la pertenencia social frustrada y la carga percibida por las personas conducen a que estas desarrollen ideación suicida, pero solamente la pérdida del miedo inherente a hacerse daño resultará en un acto de suicidio (Van Orden, y otros, 2010).

La pertenencia social frustrada ocurre cuando las personas no logran encajar socialmente y debido a esto se aíslan. La carga percibida refiere a la percepción de las personas respecto a ellas mismas y a la carga que representan para los demás. Juntas traen consigo el surgimiento del deseo suicida (Klonsky, Saffer, & Bryan, 2018).

Además, la capacidad adquirida para suicidarse es el factor que determina si una persona va a pasar de la ideación suicida al acto propiamente dicho. Esto ocurre porque la persona ha dejado de tener miedo a la muerte y a hacerse daño a sí misma (Klonsky, Saffer, & Bryan, 2018).

Esta teoría señala que varias experiencias dolorosas en la vida de las personas, como el maltrato infantil, estar expuesto a peleas y violencia debido al pandillaje y a las condiciones sociales deplorables, la bulimia, experiencias de combate o guerra, pueden ocasionar que las personas dejen de tener miedo al dolor y a la muerte (Klonsky, Saffer, & Bryan, 2018).

### **b. El modelo integrado motivacional-volitivo**

Este modelo logra integrar factores clave del comportamiento suicida, para lo cual presenta tres fases, en primer lugar, pre-motivacional, en la cual los factores estresantes y los factores del individuo lo predisponen a desarrollar ideación suicida. Le sigue la fase motivacional que consiste en considerar el suicidio como una salida, es la intención de llevarlo a cabo; en segundo lugar, la fase volitiva, donde se incrementa la posibilidad de

cometer suicidio, la persona se encuentra expuesta a situaciones más riesgosas (Klonsky, Saffer, & Bryan, 2018).

En la fase pre-motivacional los factores de vulnerabilidad se combinan con los factores ambientales y los factores de la historia de vida y el desarrollo de la persona interactúan para definir el riesgo de que una persona experimente deseos de suicidio (O'Connor & Kirtley).

En la fase motivacional, las valoraciones de la derrota, la humillación, una sensación de atrapamiento, son los predictores próximos de la ideación suicida. En esa fase ocurre la ideación suicida y el sujeto empieza a considerar terminar con su vida como un mecanismo de escape de las situaciones, que se tornan insoportables (O'Connor & Kirtley).

En la fase volitiva, las personas empiezan a desarrollar la capacidad para cometer suicidio, por lo tanto, la persona puede cometer autolesiones o intentos de suicidio, así como visitar los lugares donde planea suicidarse (O'Connor & Kirtley).

### **c. Teoría de los tres pasos**

Es la teoría más actual formulada por Klonsky, Saffer y Bryan (2018) donde se expone que la combinación de factores como la falta de un proyecto vital relevante, falta de relación con otras personas, como también el dolor y desesperanza explican el origen a la ideación suicida y su acción.

El primer paso es el desarrollo de la ideación suicida. Esta inicia debido a que la persona experimenta dolor, no necesariamente dolor físico, sino también dolor emocional. Ya que gran parte de la conducta de las personas se encuentra modelada por el condicionamiento, buscando repetir comportamientos que son recompensados y evitar aquellos que son castigados, la experiencia cotidiana de dolor desencadena los pensamientos suicidas. Por lo tanto, para la teoría de los tres pasos, el dolor puede disminuir el deseo de vivir de las personas. Así mismo, las fuentes de dolor que son señaladas son el dolor físico producto de lesiones o enfermedades, el aislamiento social, sentimientos de no pertenencia y desadaptación, autopercepción negativa. Si embargo, el dolor no es suficiente para que se inicien los pensamientos y deseos suicidas. La esperanza es señalada por esta teoría como un mediador importante al momento de pasar del dolor a la ideación suicida. Una persona que experimente desesperanza, pero tenga esperanza en que la situación va a mejorar, se esforzará por lograr una mejoría y no estará concentrada en terminar con su vida (Klonsky & May, 2015).

El segundo paso de este modelo es la transición de la ideación suicida moderada a una ideación suicida fuerte. La conexión con otras personas o con actividades que el sujeto considere importantes y significativas, es uno de los factores que influyen en que, pese a que se experimente dolor y se tengan pensamientos suicidas, no se pase al acto. Cuando el sentido

de conexión de la persona se pierde, la ideación suicida incrementa al igual que el deseo de activo de terminar con su vida (Klonsky & May, 2015).

El último paso de este modelo indica la transición de la ideación suicida a los intentos de suicidio. Los humanos tienen mecanismos biológicos para evitar la muerte y el dolor, lo cual hace difícil que intenten terminar con sus vidas. La transición de la ideación al acto se da por habituación y experiencias dolorosas o violentas que hacen que las personas pierdan el miedo a morir y a terminar con sus vidas. Los autores del modelo de los tres pasos señalan tres tipos de eventos que contribuyen a la capacidad de suicidarse. 1) Factores biológicos que hacen que las personas tengan una baja sensibilidad al dolor, también estarían relacionados con el suicidio. 2) Factores adquiridos, como enfermedades, experimentar situaciones violentas como guerras, pandillaje y delincuencias, hacen que las personas dejen de tenerle miedo a la muerte. Por último, están los 3) Factores prácticos, es decir aquellos que hacen que las personas tengan facilidad de acceso a medios para suicidarse, como personal militar, personal médico como anestesiólogos, electricistas (Klonsky & May, 2015).

### **2.1.2 El confinamiento por COVID-19 y el suicidio**

Las políticas empleadas para mitigar el impacto del Covid-19 exacerbarían los factores de riesgo de suicidio. Esto debido a las múltiples consecuencias que tienen sobre varios aspectos de la vida de las personas. Teniendo en cuenta que durante el confinamiento varios negocios han permanecido cerrados durante bastante tiempo, además muchas empresas han quebrado, esto tendría un impacto negativo sobre la economía de las personas, pudiendo significar un retroceso económico. Los problemas económicos están asociados al suicidio, especialmente las recesiones económicas, en las cuales, la evidencia sugiere un incremento en la tasa de suicidios (Reger, Stanley, & Joiner, 2020).

Además, una de las principales medidas tomadas por el estado para la prevención del contagio es el aislamiento social. Las teorías más significativas sobre el suicidio resaltan el rol que tienen las relaciones interpersonales en la prevención del suicidio. Asimismo, las personas con ideación suicida se encuentran aisladas de otras personas y a medida que se incrementa el riesgo de suicidio este aislamiento también se incrementa. Los comportamientos y la ideación suicida se encontrarán relacionados con el aislamiento social y la soledad (Van Orden, y otros, 2010).

Una de las hipótesis principales sostenidas entre los investigadores es que la pandemia de COVID-19 está teniendo profundas consecuencias en la salud mental de muchas personas y que, en su punto más extremo, estas consecuencias podrían manifestarse como un aumento de las tasas de suicidio. Al respecto Pirkis y John (2021), obtuvieron datos sobre suicidios de distintos países a través de una búsqueda sistemática en Internet y literatura especializada. Se consultaron sitios web oficiales de los ministerios de salud, las agencias policiales y las agencias de estadísticas administradas por el gobierno o

equivalentes de estos países. Utilizando análisis de series de tiempo interrumpido para modelar la tendencia de los suicidios mensuales antes del COVID-19, estos investigadores encontraron que no parecía haber un incremento en el riesgo de suicidio durante la pandemia.

Por su parte, Leske, Kõlves, Crompton, Arensman y De Leo (2021), al considerar que las muertes por suicidio pueden aumentar durante los brotes de enfermedades infecciosas, analizaron las tasas de sospecha de suicidio en 2020 en relación con la tasa de sospecha de suicidio en el periodo 2015-2019 para evaluar cualquier efecto temprano de la pandemia de COVID-19 en Queensland, Australia. De esta manera en su estudio se registraron 3793 presuntos suicidios con una tasa mensual no ajustada de 14.85 muertes por 100000 personas (desde el 1 de enero de 2015 hasta el 31 de enero de 2020) antes de la declaración de pandemia, y 443 presuntos suicidios se registraron con una tasa mensual no ajustada de 14.07 muertes por cada 100.000 personas (1 de febrero de 2020 en adelante) después de la declaración de pandemia. Un modelo de regresión de Poisson de series de tiempo interrumpido no ajustado no indicó evidencia de un cambio en las tasas de sospecha de suicidio. No se encontró aumentos absolutos o relativos en los motivos de los presuntos suicidios, incluido el desempleo reciente, problemas financieros, ruptura de relaciones o violencia doméstica de febrero a agosto de 2020, en comparación con el período anterior a la exposición.

## **2.2 Las actitudes**

Las actitudes son juicios valorativos que hacen las personas sobre un determinado objeto actitudinal. Estas cuentan con tres características importantes. La primera es la valencia, la cual indica que tan positiva, negativa y neutral es una actitud. Otra característica de las actitudes es su magnitud, la cual indica que tan fuerte o débil es. Finalmente, las actitudes siempre cuentan con un objeto actitudinal, el cual puede ir desde la valoración que una persona hace de un producto, hasta su valoración respecto a un partido político o hacia el confinamiento debido al COVID-19. Todas las actitudes cuentan con estas tres características principales (Albarracín & Johnson, 2018).

Por otra parte, el modelo más extendido acerca de las actitudes es el conocido como modelo tripartito, el cual concibe a las actitudes como divididas en tres principales componentes, los cuales son el componente cognitivo, afectivo y conductual. Dichos componentes pueden, o no, coincidir en su magnitud y valencia, cuando no lo hacen se está ante una ambivalencia actitudinal (Ruiz, 2002). El componente cognitivo señala los pensamientos y creencias de las personas que se encuentran asociadas con un objeto actitudinal. Los estereotipos son parte del componente cognitivo de las actitudes y constituyen creencias acerca de las características o atributos de un determinado grupo social. Además, estereotipos negativos son denominados prejuicios. El componente conductual señala las conductas de aprobación o rechazo hacia un objeto actitudinal. Por último, el componente afectivo indica las emociones y sentimientos asociadas con un objeto actitudinal. En general, el condicionamiento clásico puede explicar las actitudes, tanto positivas como negativas hacia un objeto actitudinal. Esto debido a que la exposición a un

objeto, como por ejemplo insectos, puede generar sentimientos de miedo en algunas, lo cual llevaría a que éstas reporten actitudes negativas hacia los insectos (Haddock & Maio, 2008).

La teoría sugiere que las actitudes son uno de los mejores predictores del comportamiento de las personas, ya que conocer cuál es la actitud hacia un determinado tema, también proporciona información de cómo esta persona se comportará y que pensamientos presentará (Kaiser & Wilson, 2019).

Las funciones de las actitudes se agrupan principalmente en cuatro áreas. La primera de ellas es el conocimiento, las actitudes ayudan a las personas a dar sentido, organizar y estructurar su experiencia. Las personas tienden a tener actitudes moderadamente estables a lo largo del tiempo, e interpretan los hechos y acontecimientos a raíz de sus actitudes. Otra de las funciones de las actitudes es la expresión de la propia identidad, las personas pueden expresar abiertamente sus actitudes hacia determinados temas reafirmando quienes son, esta afirmación puede realizarse tanto de manera verbal como a través de conductas como vestir prendas con mensajes de apoyo a una determinada causa, o colocando calcomanías que contengan mensajes acorde a sus actitudes y creencias. Las actitudes también tienen una función adaptativa, las actitudes socialmente aceptables son recompensadas por el grupo, por lo tanto, las personas tienden a agruparse con otras que compartan sus mismas actitudes. Finalmente, otra de las funciones de las actitudes es la defensa del Yo. Las personas adoptan actitudes negativas hacia aquellas cosas que les resultan amenazantes o estresantes (Haddock & Maio, 2008).

### **2.3 El confinamiento y sus efectos sobre las personas**

El confinamiento es una medida decretada por los gobiernos cuya finalidad es reducir la tasa de contagios de una determinada enfermedad entre la población. Este tipo de medidas se han empleado a lo largo de la historia cuando la humanidad ha tenido que enfrentar enfermedades y epidemias. Las personas que tenían la posibilidad de abandonar las ciudades se refugiaban en partes alejadas, fuera del alcance del foco de contagio (Ledermann, 2003).

El estudio del confinamiento y la importancia en la salud de las personas se ha realizado principalmente en personas despojadas de su libertad. En ese sentido Chacón y Cueva (2014) señalan que la tercera causa de muerte en los prisioneros es el suicidio, un 10.2% de las personas que han sido privadas de su libertad presentan ideación suicida y el riesgo de cometer suicidio es de un 11%. Así mismo, Pérez, Duque, y López (2011) han encontrado que cerca del 75% de internos presentaban un riesgo suicida alto. Si bien, los resultados de estos estudios, al tratarse de población penitenciaria, no podrían generalizarse para las personas normales, ni el confinamiento al que se encuentran expuestos es equiparable al confinamiento vivido durante la cuarentena por COVID-19, nos dan una idea de cómo el confinamiento puede afectar la salud mental de las personas.

Estudios más recientes acerca del impacto que tiene el confinamiento por COVID-19 sobre la salud de las personas han encontrado que los principales síntomas hallados son la depresión y la ansiedad, el trastorno de estrés postraumático, confusión y enojo (Medina & Jaramillo, 2020).

La investigación de Etchevers, y otros (2020) señala que el riesgo suicida durante el confinamiento incrementó de 7.09 a 9.5 entre los meses de julio y octubre del 2020, teniendo como principales síntomas el aumento de la angustia, consumo de alcohol y tabaco, presencia de estrés post traumático, toma de medicación para disminuir el malestar emocional, alteraciones del sueño, entre otros.

De esta forma se puede observar que existe evidencia de que el confinamiento puede tener consecuencias perjudiciales para la salud psicológica de las personas, además de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (2020) la pandemia por COVID-19 incrementa el riesgo de suicidio en la población.

## **2.4 Actitudes hacia el confinamiento**

En la presente investigación se empleó el modelo tripartito de las actitudes el cual considera tres componentes principales, además, es importante señalar que, en la literatura, especialmente en la de lengua inglesa las actitudes hacia el confinamiento son abordadas desde el modelo CAP [KAP] (C: Conocimiento [K: *knowledge*]; A: actitudes [A: *attitudes*]; P: prácticas [P: *practices*]). En el cual, para hacer una equiparación con el modelo propuesto por Matus y Matus (2020) el conocimiento corresponde al factor cognitivo, las actitudes corresponden al factor afectivo y las prácticas corresponden al factor conductual.

### **2.4.1 Modelo tripartito**

Las actitudes hacia el confinamiento podemos definir las como las respuestas evaluativas que hacen las personas respecto a estar confinadas durante la pandemia, estas se encuentran agrupadas en tres dimensiones, las cuales corresponden a los componentes del modelo tripartito de las actitudes, estos son cognitivo, afectivo y conductual (Matus & Matus, 2020).

En el componente cognitivo se incluyen las evaluaciones que hacen las personas acerca de la información que tienen sobre el COVID-19, cómo se transmite, qué se puede hacer en el caso de presentar la enfermedad o la sintomatología, que actitudes presentan las personas hacia el cumplimiento de la cuarentena, el informarse sobre las medidas tomadas por el gobierno, las actitudes hacia el trabajo remoto y hacia la información verídica en internet (Matus & Matus, 2020).

El componente afectivo indica cómo las personas se sienten frente al confinamiento, se indica el grado de confusión, que tan vulnerable se siente la persona, indefensa, agobiada, la sensación de peligro, el miedo, el aislamiento, el enojo, el cansancio, la preocupación, y la desconfianza hacia las autoridades (Matus & Matus, 2020).

Finalmente, el componente conductual evalúa las conductas que realiza la persona, como cantar, bailar, escribir, hacer actividades manuales, leer, realizar ejercicio, interactuar con amigos, ver televisión y estudiar temas de interés para la persona (Matus & Matus, 2020).

Las actitudes son un factor que determinan la forma en la que las personas se comportan. De esta manera, aquellas actitudes que se presentan como más positivas hacia el confinamiento podrían generar respuestas más afables en las personas sobre las nuevas formas de vivir y convivir con el entorno, mientras que actitudes más negativas hacia el confinamiento podrían generar respuestas negativas para las personas, haciendo que se sientan incómodas, que compartan información falsa y que desobedezcan a las autoridades. Sin embargo, debido a que el confinamiento por COVID-19 es un fenómeno de reciente aparición, a nivel nacional no se ha estudiado cómo es que las actitudes hacia el mismo influyen sobre las personas.

#### **2.4.2 Modelo CAP C: Conocimiento, A: actitudes y P: prácticas**

Este modelo es el más extendido en la literatura de lengua inglesa al momento de estudiar las actitudes hacia el confinamiento o hacia el COVID-19, y puede equiparse con el modelo tripartito en la medida que el conocimiento vendría a ser el factor cognitivo, las actitudes el factor afectivo y las practicas el factor conductual. A continuación, se presentarán los principales resultados encontrados en la literatura respecto al modelo CAP.

Saadatjoo, en el (2021) investigó y sintetizó la evidencia actual sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de la población en general con respecto al COVID-19. En esta revisión se incluyeron 48 estudios con 76848 participantes. El 56,53% de los participantes eran mujeres. La edad media de los participantes fue de 33,7 años. El 85,42% de los estudios incluidos se calificaron como de buena calidad, el 12,50% como de calidad regular y el resto (2,08%) como de baja calidad. El 87,5% examinó los tres componentes del modelo CAP. El componente de conocimiento se informó como bueno y deficiente en el 89,5% y el 10,5% de los estudios incluidos, respectivamente. De los estudios que examinaron el componente de actitud, el 100% informó una actitud positiva. Para el componente de práctica, el 93,2% informó práctica satisfactoria y el 6,8% práctica deficiente. Esta revisión sistemática y metaanálisis mostró que los componentes CAP generales en los estudios incluidos estaban en un nivel aceptable. En general, los conocimientos estaban a un buen nivel, la actitud era positiva y la práctica a un nivel satisfactorio.

Otra investigación relacionada es la de Iqbal y Younas (2021), examinaron el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los estudiantes universitarios y graduados en Pakistán con respecto al COVID-19. Para ello, se recolectan datos transversales de 1789 participantes a través de una encuesta en línea. El instrumento de encuesta consta de características demográficas, 13 ítems sobre conocimientos, 6 ítems sobre actitudes y 3 ítems sobre prácticas, modificado de un cuestionario publicado anteriormente sobre COVID-19. Los resultados obtenidos indican que la tasa general de respuesta correcta de la sección de conocimientos es del 73%, que es comparativamente más baja que la de estudios similares en la región. La mayoría de los participantes se muestran optimistas sobre el control exitoso de COVID-19 en Pakistán y siguen las instrucciones emitidas por el gobierno. Sin embargo, la mayor parte de los participantes mostró escepticismo y desconfianza en las instalaciones de salud de los hospitales en Pakistán. Además, una puntuación de conocimiento baja se asocia significativamente con una baja confianza en el control exitoso de COVID-19 y prácticas socialmente indeseables.

Hossain, y otros (2020), expusieron las medidas que el Gobierno de Bangladesh ha adoptado para hacer frente a la pandemia de SARS-CoV-2, como por ejemplo las medidas de confinamiento. Estos investigadores sugieren que la curva de casos positivos de COVID-19 aún no se ha aplanado significativamente, ya que la adopción de medidas preventivas por parte de la población en general es predominantemente un fenómeno conductual que a menudo está influenciado por el conocimiento y las actitudes de las personas. Su estudio tuvo como objetivo evaluar los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas de comportamiento preventivo hacia el COVID-19 y sus interrelaciones entre la población de Bangladesh de 18 años o más; y adoptó un diseño de encuesta transversal basado en la web recopilando datos de 1056 encuestados utilizando la plataforma en línea Google Forms. Como resultados se encontró que los encuestados tenían un puntaje promedio de conocimiento de 17.29 (DE=3.30). El puntaje promedio de la escala de actitud hacia COVID-19 fue 13.6 (DE=3.7). Los encuestados tenían excelentes prácticas de comportamiento preventivo hacia COVID-19 (media 7,7, DE=0,72). Sin embargo, este estudio encontró que el conocimiento y las actitudes no importaban para las prácticas conductuales preventivas hacia el COVID-19. En cambio, la educación apareció como un único predictor de las prácticas conductuales preventivas hacia el COVID-19; eso significa que las prácticas de comportamiento preventivo hacia el COVID-19 fueron más bajas entre los encuestados menos educados. Los autores de esta investigación señalan que se debe aumentar la educación como una estrategia a largo plazo y tomar medidas inmediatas para aumentar el conocimiento y disminuir las actitudes negativas hacia el COVID-19 a través de iniciativas específicas de educación para la salud como una estrategia a corto plazo.

Otro aporte respecto de la población joven y adulta joven, es la investigación de Al-Rawajfah y otros (2021). El propósito de esta investigación fue evaluar el conocimiento, la actitud y las prácticas de precaución de COVID-19 entre los estudiantes profesionales de la salud en Omán. Los datos se recopilaron mediante el método de encuesta basado en la web. La muestra fue obtenida de la facultad de medicina más grande de Omán, mientras que la muestra de enfermería se reclutó de dos facultades de enfermería diferentes en Omán. La

herramienta de estudio se desarrolló sobre la base de las recomendaciones de asesoramiento de COVID-19 más recientes de la OMS y los CDC. Un total de 222 estudiantes llenaron la encuesta, de los cuales el 55% eran estudiantes de medicina y el 59,9% eran mujeres. La puntuación media de conocimientos fue 16,5 (DE = 4,2), que representa el 66% de la puntuación más alta posible, con un 25,7% clasificados como “conocimientos excelentes”. Los participantes informaron un alto nivel de prácticas de precaución pública (M = 44,1, DE = 5,0), lo que representa el 84,6% de la puntuación más alta, con un 61,3% clasificado como “alto cumplimiento”. La puntuación media de actitud fue 40,3 (DE = 5,9), lo que representa el 67% de la puntuación más alta posible. Según las categorías de clasificación, la mayoría de los estudiantes (81%, n = 180) expresaron una actitud positiva hacia el COVID-19.

Por su parte, Addis, Nega y Miretu (2021), al estudiar el conocimiento, la actitud y la práctica de los pacientes con enfermedades crónicas hacia la pandemia de COVID-19, nos presenta que el total de participantes, el 34,6%, 81,4% y 40,7% tenían buen conocimiento, actitud y práctica, mientras que 35,1%, 12,1% y 24,7% tenían conocimiento, actitud y práctica moderados hacia la pandemia de COVID-19, respectivamente. En la regresión logística multinomial, la edad joven, la residencia urbana, el logro de la educación secundaria y la presencia de comorbilidad adicional fueron predictores de conocimiento moderado, mientras que la residencia urbana, la falta de educación formal y la presencia de comorbilidad adicional fueron predictores de buen conocimiento sobre COVID-19. El tamaño de la familia del hogar y la presencia de comorbilidad adicional fueron factores asociados significativamente con la práctica moderada de los métodos de prevención de COVID-19. Además, el sexo masculino, el conocimiento de COVID-19 y la actitud hacia COVID-19 fueron factores significativamente asociados con la buena práctica de los métodos de prevención de COVID-19.

## **Hipótesis**

$H_0$ : Existe relación entre la ideación suicida y las actitudes hacia el confinamiento en jóvenes y adultos entre 18 y 29 años de la ciudad Arequipa.

$H_1$ : No existe relación entre la ideación suicida y las actitudes hacia el confinamiento en jóvenes y adultos entre 18 y 29 años de la ciudad Arequipa.

## CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

### 3.1 Método y participantes

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, debido a que se emplean instrumentos para medir las variables y se hace uso de métodos estadísticos para su análisis y descripción. Es de diseño no experimental, debido a que no se manipulan las variables del estudio, además es de tipo descriptivo correlacional, ya que se describen las puntuaciones de las variables y se establece la relación que existe entre ellas. En cuanto al número de mediciones el estudio es transversal, ya que solo se realizará la medición una sola vez en el tiempo (Sampieri, 2018).

La población de la investigación son todas las personas que viven en Arequipa, cuyas edades están comprendidas entre los 18 y los 29 años. Según el INEI (2018), en la ciudad de Arequipa hay 1 millón 382 mil 730 habitantes, de los cuales 349 mil se encuentran en un rango de edades de entre los 15 y 29 años. De estos la proporción de hombres es del 49% y la de mujeres el 51%. Se eligió este grupo de estudio debido a que son los que se encuentran en mayor situación de riesgo de cometer suicidio. Así mismo, debido a la imposibilidad de realizar un muestreo aleatorio, se realizó un muestreo intencional para calcular el tamaño de la muestra debido a que la población supera las 349 mil personas; se empleó la siguiente ecuación para el cálculo del tamaño muestral debido a que se tiene una población muy grande o se asume que es infinita.

$$n = \left\lceil \frac{Z^2 pq}{e^2} \right\rceil$$

Donde:  $Z = 1.96$ ;  $e = 0.05$ ;  $p = q = 0.5$

Resolviendo la ecuación, reemplazando los parámetros obtenemos que el tamaño de la muestra será de  $n = 385$  personas.

Tabla 1. Sexo de los participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	223	57.9
Hombres	162	42.1
Total	385	100.0

Del total de los participantes de este estudio, 223 (57.9%) fueron Mujeres y 162 (42.1%) fueron Hombres.

Tabla 2. Edad de los participantes

	Frecuencia	Porcentaje
De 18 a 20 años	109	28.3
De 21 a 23 años	118	30.6
De 24 a 26 años	87	22.6
De 27 a 29 años	71	18.4
Total	385	100.0

Las edades de los participantes se encontraron entre los 18 y 29 años. Si bien los porcentajes por cada grupo de edad fueron bastante homogéneos el grupo de 21 a 23 años presentó un 30.6% (118), el grupo de 18 a 20 años presentó 28.3% (109)

Tabla 3. Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
Casado	11	2.9
Conviviente	3	0.8
En una relación	71	18.4
Separado	1	0.3
Soltero	299	77.7
Total	385	100.0

Del total de encuestados un 77.7% se encontraban solteros, el 18.4% se encontraban en una relación, el 2.9% eran casados, el 0.08% eran convivientes y el 0.3% eran separados.

Tabla 4. Nivel de escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria completa	63	16.4
Educación Técnica Incompleta	12	3.1
Educación Técnica Completa	16	4.2
Educación Universitaria Incompleta	153	39.7
Educación Universitaria Completa	141	36.6
Total	385	100.0

El nivel de escolaridad de los participantes fue Educación Universitaria Incompleta 39.7%, Educación Universitaria Completa 36.6%, Secundaria completa 16.4%, Educación Técnica Completa 4.2% y Educación Técnica Incompleta 3.1%.

Tabla 5. Situación laboral

	Frecuencia	Porcentaje
Desempleado	132	34.3
Emprendedor/ Empresario	15	3.9
Otro	88	22.9
Trabajador Dependiente	98	25.5
Trabajador Independiente	52	13.5
Total	385	100.0

Tabla 6. Hijos

	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	4.7
No	367	95.3
Total	385	100.0

El 95.3% de los participantes no tienen hijos, el 4.7% si los tiene.

Tabla 7. ¿Ha padecido usted COVID?

	Frecuencia	Porcentaje
No	226	58.7
No estoy seguro	94	24.4
Si	65	16.9
Total	385	100.0

Un 58.7% (226) indica que no ha padecido COVID-19, luego está los que mencionan no estar seguros 24.4% (94), por último, un 16.9% (65) si presentó COVID-19.

Tabla 8. Personas en confinamiento y habitaciones en el hogar

		Número de personas en confinamiento	Número de habitaciones en el hogar	Proporción Personas/Habitación
N	Válido	354	369	347
	Perdidos	31	16	38
Media		4.47	8.33	0.63
Desviación estándar		2.02	4.11	0.49

Eliminando los valores perdidos, el promedio del Número de personas en confinamiento fue de 4.47 con una desviación estándar de 2.02. El promedio de habitaciones en el hogar fue de 8.33 con una desviación estándar de 4.11. El promedio de la proporción número de personas/habitaciones fue de 0.63 personas por habitación.

### **3.1 Instrumentos**

#### **3.1.1 Escala de ideación suicida de Beck**

<b>Autor</b>	: Beck, Kovacs, y Weissman (1979)
<b>Procedencia</b>	: Estados Unidos
<b>Objetivo</b>	: Evalúa el riesgo de autolesión y suicidio
<b>Edad</b>	: A partir de los 16 años
<b>Escala</b>	: Opción múltiple de respuesta
<b>Ítems</b>	: Cuenta con 19 ítems
<b>Dimensiones</b>	: Actitudes hacia la vida/muerte, Pensamientos/ deseos de suicidio, Proyecto de intento suicida y Desesperanza.
<b>Forma de aplicación</b>	: Individual y Grupal
<b>Tiempo de aplicación</b>	: 10 minutos aproximadamente

#### **a) Dimensiones**

##### **Actitudes hacia la vida/muerte**

Las actitudes hacia la vida/muerte indican el deseo de vivir, el deseo de morir, las razones para vivir o morir, los deseos de realizar un intento de suicidio y las razones para realizar un intento de suicidio pasivo.

##### **Pensamientos/ deseos de suicidio**

Esta dimensión indica la duración, frecuencia y actitudes sobre los pensamientos suicidas, así como el control sobre los mismos y los deseos para presentar deseos de suicidios, también los motivos que lo detienen de suicidarse.

##### **Proyecto de intento suicida**

Esta dimensión indica, los métodos y oportunidades para cometer suicidio, la disponibilidad para hacerlo, la sensación de capacidad para llevarlo a cabo y la posibilidad de realizar un intento real.

## **Desesperanza**

Esta dimensión indica la preparación que se tiene para realizar un suicidio, la nota suicida, encubrimiento de la ideación suicida y los intentos de suicidio anteriores.

### **b) Operacionalización de la variable**

Tabla 9. Dimensiones de la ideación suicida

Dimensiones	Ítems
Actitudes hacia la vida/muerte	1, 2, 3, 4, 5
Pensamientos/ deseos de suicidio	6, 7, 8, 9, 10, 11
Proyecto de intento suicida	12, 13, 14, 15
Desesperanza	16, 17, 18 ,19

### **c) Corrección**

Se realiza la suma de los ítems correspondientes a cada una de las dimensiones. La puntuación de los resultados de la prueba oscila entre los 0 y los 38 puntos. Esta prueba solo cuenta con puntajes directos.

### **d) Validez y confiabilidad**

#### **Propiedades psicométricas originales**

##### **Validez**

En el estudio original la validez concurrente fue obtenida correlacionando las puntuaciones de la prueba con otras medidas de riesgo suicida como el Inventario de Depresión de Beck obteniendo una correlación de  $r = .41$  entre ambas pruebas. La validez discriminante de la prueba fue obtenida comparando las puntuaciones de pacientes hospitalizados por ideación suicida y pacientes ambulatorios que buscaron tratamiento psiquiátrico para su depresión, se hallaron diferencias por grupos  $t = 4.14, p < 0.01$ . Así mismo, se llevó a cabo un análisis factorial empleando el método de componentes principales con rotación Varimax hallándose la presencia de 3 factores: 1) Deseo suicida activo, 2) Preparación y 3) Deseo suicida pasivo.

## **Confiabilidad**

En cuanto a la confiabilidad del instrumento en el estudio original esta fue de  $\alpha = .89$  (Beck, Kovacs, & Weissman, 1979).

## **Propiedades psicométricas halladas en el presente estudio**

### **Validez**

Asimismo, se realizó una validación por un análisis factorial. El análisis factorial exploratorio, haciendo uso del análisis paralelo sugiere 2 factores, lo cual no concuerda todo con la estructura de 4 factores sugerida por la teoría. Por su parte, el análisis factorial confirmatorio arrojó los siguientes índices de ajuste  $\chi^2 = 343.04(p < .05)$ ,  $CFI = 0.914$ ,  $RMSEA = 0.077$ . Esto señala un ajuste moderado al modelo de cuatro factores propuestos a nivel teórico.

## **Confiabilidad**

Por su parte, la confiabilidad se calculó empleando el test Alpha y Omega. En ese sentido para la dimensión Actitudes hacia la vida/muerte se presentaron valores de  $\alpha = 0.87$ ,  $\omega = 0.87$ , la dimensión Pensamientos/ deseos de suicidio presentaron  $\alpha = 0.76$ ,  $\omega = 0.76$ , para la dimensión Proyecto de intento suicida se obtuvo  $\alpha = 0.81$ ,  $\omega = 0.80$ , Por último, la Desesperanza presentó  $\alpha = 0.73$  y  $\omega = 0.74$ . Esto indica una adecuada confiabilidad del instrumento.

### **3.1.2 Actitudes ante el confinamiento por Covid-19**

<b>Autor</b>	: Matus y Matus (2020)
<b>Procedencia</b>	: Panamá
<b>Objetivo</b>	: Evalúa las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19
<b>Edad</b>	: Entre 18 y 75 años
<b>Escala</b>	: Likert de 5 niveles
<b>Ítems</b>	: Cuenta con 36 ítems
<b>Forma de aplicación</b>	: Individual y Grupal

**Tiempo de aplicación** : 15 minutos aproximadamente

### a) Dimensiones

#### **Factor cognitivo**

El factor cognitivo de las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19 indica que las personas se mantienen informadas, conocen acerca de la enfermedad, saben cómo actuar en caso de presentar síntomas, conocen las disposiciones del gobierno, cumplen las medidas de bioseguridad e identifican información verdadera de falsa.

#### **Factor afectivo**

Este factor indica la respuesta emocional frente al confinamiento y si esta es positiva o negativa.

#### **Factor conductual**

Este factor indica la respuesta emocional frente al confinamiento, las personas con actitudes positivas hacia el confinamiento, realizan sus actividades usuales, hacen ejercicio, leen, estudian, practican actividades manuales.

### b) Operacionalización de las variables

Tabla 10. Dimensiones de las Actitudes ante el confinamiento por Covid-19 Explicar

Dimensiones	Ítems
Factor cognitivo	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Factor afectivo	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
Factor conductual	28, 29, 30, 31, 32, 33,34, 35, 36

### c) Corrección

Los puntajes directos de los ítems del factor afectivo están rotados por lo que debe convertírseles utilizando la siguiente expresión  $|x - 6|$ , es decir si se el puntaje directo es 5, le corresponde un 1, si el puntaje directo es un 4, le corresponde un 2, y así sucesivamente. Se realiza la suma de los ítems correspondientes a cada una de las dimensiones. La prueba solo cuenta con puntajes directos.

## **d) Validez y confiabilidad**

### **Propiedades psicométricas originales**

#### **Validez**

La prueba fue elaborada en Panamá, los estudios psicométricos realizados arrojan que la validez de constructo del instrumento fue obtenida mediante análisis factorial, empleando el método de componentes principales y la rotación Varimax. Se obtuvo una solución de tres factores correspondientes que explicaba el 53.85% de la varianza.

#### **Confiabilidad**

La confiabilidad de la prueba, medida con el coeficiente Alpha de Cronbach la cual fue de  $\alpha = .925$  para el factor cognitivo,  $\alpha = .927$  para el factor afectivo y  $\alpha = .849$  para el factor conductual (Matus & Matus, 2020).

### **Propiedades psicométricas halladas en el presente estudio**

#### **Validez**

Debido a que el instrumento no ha sido adaptado y validado en el Perú, se realizó una validación de contenido por juicio de expertos y se obtuvo la validez factorial empleando un análisis factorial exploratorio y confirmatorio para verificar la estructura interna del instrumento.

El análisis factorial exploratorio, mediante el análisis paralelo realizado sugiere una estructura de 3 factores, los cuales corresponden a los 3 factores teóricos del instrumento. Además, se obtuvo un  $KMO = .876$  y una Prueba de esfericidad de Bartlett significativa. Estos tres factores también se obtuvieron mediante el método de componentes principales y rotación Varimax, los cuales explicaban el 43.042% de la varianza.

Así mismo, el análisis factorial confirmatorio realizado arrojó que  $\chi^2 = 1812.73$  ( $p < .05$ ),  $CFI = .784$ ,  $RMSEA = .073$ . Observándose un ajuste moderado al modelo de tres factores. Por último, se realizó una validación por criterio de jueces, consultando a cinco expertos, para ello se obtuvo el coeficiente V de Aiken, el cual para la Coherencia fue de  $V = 0.91$ , para la Claridad fue de  $V = 0.91$  y para la Relevancia fue de  $V = 0.93$ . Esto sugiere un acuerdo adecuado entre los jueces, por lo que aporta evidencia a favor de la validez de contenido.

## **Confiabilidad**

La confiabilidad se calculó empleando el coeficiente Alpha de Cronbach y el coeficiente Omega los resultados indicaron que para el Factor Cognitivo presentó  $\alpha = 0.75$  y  $\omega = 0.76$ . El Factor Afectivo presentó  $\alpha = 0.93$  y  $\omega = 0.93$ , por último, el Factor Conductual presentó  $\alpha = 0.78$  y  $\omega = 0.78$ . Esto indica una confiabilidad adecuada.

## **3.2 Procedimientos**

Primero, se realizó un juicio de expertos a la prueba de actitudes hacia el confinamiento para verificar sus propiedades psicométricas. En total, cinco expertos fueron consultados, los cuales revisaron el instrumento. Luego a partir de estas calificaciones se calculó la V de Aiken.

Para la recolección de los datos se procedió a pasar ambos instrumentos a Google Forms, para que puedan aplicarse de manera remota. A fin de poder completar el tamaño de la muestra, la encuesta fue distribuida mediante WhatsApp, Facebook y correo electrónico haciendo una invitación a los posibles participantes.

Debido a que el tema a investigar es delicado de abordar, las encuestas contaron con un consentimiento informado y se mantuvo en todo momento una completa anonimidad respecto a los datos, evitando cualquier filtración y cuidando el sistema de almacenamiento virtual que se usó, evitando replicas u contacto con personas externas al presente trabajo (Anexo 3).

Las encuestas realizadas se almacenaron en una base de datos para luego poder analizarlas. Pero antes se realizó una limpieza de los datos para revisar que todos cumplan los requisitos para ser parte de la investigación, como ser residentes de la ciudad de Arequipa, o tener entre 18 y 29 años.

## **3.3 Análisis de datos**

Los análisis de datos se realizaron empleando las siguientes herramientas de Software. En primer lugar, se empleó Python para corregir las pruebas empleadas y calcular las puntuaciones transformadas, luego se empleó SPSS para realizar los estadísticos descriptivos y las correlaciones. Por último, R fue empleado para analizar las propiedades psicométricas que presentan ambos instrumentos.

Para el análisis estadístico primero se verificaron la normalidad de los datos, para determinar qué tipo de pruebas de hipótesis deben emplearse. Este análisis se hizo mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Luego se procedió a realizar el estudio descriptivo de los datos, posteriormente se realizó la prueba de hipótesis empleando la prueba de correlación Rho de Spearman, siendo que se corresponde con los objetivos planteados y con el diseño de investigación. Para verificar las diferencias por grupos se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney y la Prueba H de Kruskal-Wallis.

En cuanto al análisis de las propiedades psicométricas de los instrumentos empleados, se analizó la confiabilidad mediante el coeficiente Alpha de Cronbach y el coeficiente Omega. La validez de constructo será identificada haciendo uso de análisis factorial exploratorio y confirmatorio. También se verificó la validez de contenido mediante criterio de jueces empleando el coeficiente  $V$  de Aiken.

## CAPITULO IV: RESULTADOS

Tabla 11. Correlación entre la ideación suicida y las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19

		Actitudes hacia el confinamiento por COVID-19
Ideación suicida	Rho	-.407**
	Sig.	.000

*Nota:* \*\*. La correlación es significativa

La correlación entre las actitudes hacia el confinamiento y la ideación suicida fue de -.407 ( $p < 0.05$ ), lo que indica una correlación inversa, baja y significativa entre ambas variables. Por lo tanto, se acepta la hipótesis del investigador.

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de la Ideación suicida

Estadístico	Actitudes hacia la vida/muerte	Pensamientos/ deseos de suicidio	Proyecto de intento suicida	Desesperanza
ME	1.62	2.66	1.00	0.97
DS	2.30	2.34	1.66	1.40

Para la ideación suicida, la Actitudes hacia la vida/muerte presentó un puntaje promedio de 1.62 puntos, para los Pensamientos/ deseos de suicidio se presentaron un promedio de 2.66 puntos, el Proyecto de intento suicida presentó un promedio de 1.00 puntos y la Desesperanza presentó un promedio de 0.97 puntos.

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19

Estadístico	Factor Cognitivo	Factor Afectivo	Factor Conductual
ME	46.88	41.37	28.95
DS	5.59	12.39	6.38

El promedio del Factor Cognitivo fue de 46.88, la puntuación promedio del Factor Afectivo fue de 41.37 puntos, por su parte, el Factor Conductual presentó una puntuación promedio de 28.95 puntos.

Tabla 14. Correlación entre las dimensiones de la ideación suicida y las dimensiones de las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19

		Factor Cognitivo	Factor Afectivo	Factor Conductual
Actitudes hacia la vida/muerte	Rho	-.178**	-.312**	-.215**
	Sig.	.000	.000	.000
Pensamientos/ deseos de suicidio	Rho	-.139**	-.335**	-.192**
	Sig.	.006	.000	.000
Proyecto de intento suicida	Rho	-.079	-.248**	-.122*
	Sig.	.124	.000	.017
Desesperanza	Rho	-.157**	-.300**	-.092
	Sig.	.002	.000	.071

*Nota:* \*\*. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas); \*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

La correlación entre las dimensiones de la ideación suicida y las dimensiones de las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19 arrojaron que en general fueron débiles, ubicadas en el rango de  $-.079$  y  $-.335$ . El factor afectivo presentó correlaciones más fuertes con la ideación suicida, en comparación con los otros dos factores. La correlación entre las Actitudes hacia la vida/muerte y el Factor Cognitivo fue inversa, baja y significativa ( $-.178$ ), con el Factor Afectivo la correlación fue de  $-.312$ ; baja, inversa y significativa y con el Factor Conductual fue baja inversa y significativa ( $-.215$ ). Los Pensamientos/ deseos de suicidio presentaron una correlación baja, inversa y significativa con el Factor Cognitivo ( $-.139$ ), con el Factor Afectivo fue baja, inversa y significativa ( $-.335$ ), con el Factor Conductual la correlación fue inversa, baja y significativa ( $-.192$ ). Por su parte, la correlación entre el Proyecto de intento suicida y el Factor Cognitivo fue baja, inversa y no significativa ( $-.079$ ), la correlación con el Factor Afectivo fue baja, inversa y significativa ( $-.248$ ) y la correlación con el Factor Conductual fue inversa, baja y significativa ( $-.122$ ). Finalmente, la correlación de la Desesperanza con el Factor Cognitivo fue baja, inversa y significativa ( $-.157$ ). La correlación con el Factor Afectivo fue baja, directa y significativa ( $.300$ ), la correlación con el Factor Conductual fue baja inversa y no significativa ( $-.092$ ).

Tabla 15. Diferencias según variable sociodemográficas

Variables socio demográficas	Actitudes hacia la vida/muerte		Pensamientos/ deseos de suicidio		Proyecto de intento suicida		Desesperanza		Factor Cognitivo		Factor Afectivo		Factor Conductual		
	ME	DS	ME	DS	ME	DS	ME	DS	ME	DS	ME	DS	ME	DS	
Sexo	Mujer (223)	2.02	2.55	3.03	2.46	1.05	1.71	1.04	1.41	46.59	5.21	38.77	11.73	29.09	6.05
	Hombre (162)	1.06	1.75	2.15	2.07	0.92	1.59	0.88	1.37	47.27	6.06	44.98	12.42	28.75	6.81
	U Sig.	.000*		.000*		.517		.150		.143		.000*		.576	
Edad	18 a 20 años (109)	2.49	2.7	3.61	2.64	1.61	2.03	1.4	1.52	45.79	6.01	38.27	12.12	29.44	6.16
	21 a 23 años (118)	1.98	2.45	3.06	2.34	1.05	1.72	1.18	1.59	46.85	5.21	40.29	12.83	28.68	6.62
	24 a 26 años (87)	0.86	1.63	1.89	1.71	0.57	1.2	0.59	1.04	47.66	4.98	43.4	11.89	28.99	6.47
	27 a 29 años (71)	0.59	1.13	1.51	1.68	0.48	0.97	0.45	0.86	47.65	6.05	45.49	11.31	28.59	6.24
	H Sig.	.000*		.000*		.000*		.000*		.109		.000*		.567	
¿Ha padecido COVID?	No (226)	1.62	2.32	2.78	2.37	1	1.7	1.06	1.46	47.2	5.67	41.24	12.37	28.98	6.37
	No estoy seguro (94)	1.82	2.46	2.87	2.55	1.2	1.79	1.09	1.4	45.53	5.57	39.36	12.66	28.93	6.32
	Si (65)	1.31	1.96	1.95	1.78	0.71	1.23	0.51	1.03	47.69	5.05	44.77	11.55	28.88	6.57
H Sig.	.254		.040*		.330		.003*		.021*		.017*		.886		

Nota: \*. La prueba es significativa en el nivel 0.05

Para identificar si las diferencias observadas entre el grupo de hombres y mujeres fueron significativas se procedió a realizar la prueba U de Mann-Whitney. Según sexo, para la ideación suicida, se encontró diferencias significativas solamente para Actitudes hacia la vida/muerte y para los Pensamientos/ deseos de suicidio, siendo las mujeres las que presentaban mayores puntajes que los hombres en estas dimensiones. Las otras dos dimensiones de la ideación suicida Proyecto de intento suicida y Desesperanza, no resultaron significativas.

Por su parte, para las actitudes hacia el confinamiento, Solamente el factor afectivo presentó diferencias significativas según sexo. Donde los hombres presentaron mayores puntajes que las mujeres.

Para las dimensiones de la ideación suicida, se encontraron diferencias significativas para todos los grupos de edad con un incremento progresivo en las puntuaciones, aumentando su valor a medida que la edad disminuye. Por su parte, para las actitudes hacia el confinamiento, solamente el Factor Afectivo presentó diferencias significativas, incrementando sus puntuaciones a la par que la edad incrementa.

Para la ideación suicida, la dimensión Pensamientos/deseos de suicidio y Desesperanza presentaron diferencias significativas. Para Pensamientos/deseos de suicidio las puntuaciones más bajas las presentaron las personas que si padecieron COVID-19, lo mismo para la desesperanza. Por su parte, para las actitudes hacia el confinamiento, los factores que presentaron diferencias significativas por grupo fueron el Factor Cognitivo y el Factor Afectivo.

## CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la ideación suicida y las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19. De esta forma, la correlación calculada empleando el coeficiente de correlación Rho de Spearman, arrojó que entre ambas variables la correlación fue inversa, baja y significativa, es decir que a mayor puntaje en ideación suicida menor es el puntaje de las actitudes hacia el confinamiento por Covid-19 y viceversa, así mismo, se refiere que es baja por que el valor del coeficiente fue de  $-0.407$  y significativa ya que el p valor calculado es menor a 0.05, lo que indica que se prueba la hipótesis del investigador. Se muestra un patrón similar en las correlaciones por dimensiones, teniendo los factores cognitivo, afectivo y conductual correlaciones inversas con las dimensiones de la ideación suicida, además el factor afectivo fue el que presentó una relación más fuerte con la ideación suicida

Respecto a la relación entre ambas variables se puede concluir que, si bien las actitudes son uno de los determinantes de la conducta, al constituir preferencias y juicios evaluativos respecto a distintos objetos actitudinales (Albarracín & Johnson, 2018), estas explican solo una parte de las puntuaciones de la ideación suicida de las personas, así mismo, el componente afectivo es el que tiene una mayor relación con la ideación suicida, por lo que se desprende que las personas que presentan actitudes afectivas hacia el confinamiento, como estar agobiado, confundido, sentirse vulnerable, preocupado o sentir incertidumbre permitiría inferir que la persona también podría estar presentando ideación suicida. Esto indicaría que a la ideación suicida se encuentra asociado un factor afectivo, el cual también está presente en las personas con ideación suicida.

En cuanto a los valores que presentaron las variables, la ideación suicida presentó mayores puntuaciones en la dimensión Pensamientos/ deseos de suicidio luego se encontró la dimensión Actitudes hacia la vida/muerte, seguido de Proyecto de intento suicida y finalmente Desesperanza. Resultados parecidos a estos fueron los que encontró Chombo (2020), este investigador halló que la dimensión Pensamientos/ deseos de suicidio presentó mayores puntuaciones, seguidas de las Actitudes hacia la vida/muerte, la Desesperanza y el Proyecto de intento suicida.

Por su parte, las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19 presentó mayores puntuaciones en el factor cognitivo, seguido del factor afectivo y en último lugar está el factor conductual. Debe mencionarse que las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19 es un constructo de reciente aparición en la literatura científica, por lo que aún no está completamente estructurado, y no hay un consenso claro entre los autores sobre lo que son las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19. El presente estudio considera la construcción teórica planteada por Matus y Matus (2020) quienes, partiendo del modelo tripartito de las actitudes, establecieron que las actitudes hacia el COVID-19 también están divididas en tres factores los cuales son el afectivo, el cognitivo y el conductual. Pero debe mencionarse que otros investigadores, especialmente los de lengua inglesa conciben las actitudes hacia el confinamiento bajo el modelo CAP [KAP] (C: Conocimiento [K: *knowledge*]; A: actitudes [A: *attitudes*]; P: practicas [P: *practices*]). En el cual, para hacer

una equiparación con el modelo propuesto por Matus y Matus (2020) el conocimiento corresponde al factor cognitivo, las actitudes corresponden al factor afectivo y las prácticas corresponden al factor conductual.

En cuanto al análisis de los valores de las variables en función de los factores sociodemográficos se encontró que, en primer lugar, según sexo se encontró diferencias significativas solamente para las Actitudes hacia la vida/muerte y para los Pensamientos/deseos de suicidio, presentando las mujeres mayores puntajes que los hombres en estas dimensiones. Las otras dos dimensiones de la ideación suicida Proyecto de intento suicida y Desesperanza, no resultaron significativas. Investigaciones como las de Chávez, Luna, Mendoza, Jacinto, & Correa (2020) quienes en su estudio sobre los factores asociados a la ideación suicida en el Perú encontraron que las mujeres presentaban mayores puntuaciones que los hombres en la ideación suicida y que estas diferencias fueron significativas. Resultados similares fueron los que reportaron Muñoz, Pinto, Callata, Napa, & Perales (2006), quienes encontraron que las mujeres presentaban mayores puntajes en esta variable. De igual forma, Rojas & Saavedra (2014) hallaron que la ideación suicida era predominante en las mujeres.

Estos resultados parecerían ser contradictorios con lo que se sabe respecto al suicidio, que indica que son los hombres los que tienen una mayor probabilidad de cometer suicidio (Rueda, Bueno, Martínez, Castro, & Camacho, 2011). Por lo que se desprende que, si bien son los hombres los que más cometen suicidio, las mujeres parecerían presentar mayores puntuaciones en las dimensiones de la ideación suicida Actitudes hacia la vida/muerte y para los Pensamientos/deseos de suicidio por lo que cabe la posibilidad de que éstas tengan una mayor resistencia a cometer suicidio debido a factores propios de su sexo, aunque esto debería profundizarse posteriormente. Así mismo, se encontraron resultados que no apoyaban los mostrados en el presente estudio, como los de Shoib, Islam, Arafat, & Hakak (2020) quienes reportaron que no existían diferencias significativas según sexo para las puntuaciones de la ideación suicida de los participantes. Resultados parecidos fueron los que reportaron Zhang, Liu, & Sun (2017) quienes para la escala de ideación suicida no encontraron diferencias en las puntuaciones según sexo.

Comparando según sexo las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19, se obtuvo que solamente el factor afectivo presentó diferencias significativas, siendo los hombres los que presentaban mayores puntajes que las mujeres. Si se tiene en cuenta que el factor afectivo es el que está más relacionado con la ideación suicida, y además que esta correlación es inversa, esto es coherente con las puntuaciones presentadas por los hombres que son más bajas que las de las mujeres. Además, las investigaciones en lengua inglesa están hechas bajo el modelo CAP, el cual tiene un correlato con el modelo tripartito empleado en la siguiente investigación. De esta forma, Peretti, y otros (2021) no encontraron diferencias según sexo en las dimensiones del modelo CAP, estos resultados difieren de los hallados en la presente investigación.

Por su parte otros investigadores que estudiaron el modelo CAP según sexo fueron Hossain, y otros (2020), quienes encontraron diferencias significativas por sexo para el

miedo, un componente del factor afectivo. Otra investigación que encontró diferencias significativas en el factor afectivo (*attitudes*) fue la de Baig, y otros (2020) quienes hallaron resultados que concuerdan con los del presente estudio, en los que los hombres presentaron puntuaciones mayores que las mujeres, y estas diferencias fueron significativas. Por su parte, la investigación de Azlan, Hamzah, Sern, Ayub, & Mohamad (2020) solo encontró la existencia de diferencias por sexo para el factor cognitivo (*knowledge*). Otra investigación realizada por Teng, Wu, Wang, & Xu (2021) encontró que no existían diferencias significativas por sexo para el modelo CAP.

El análisis de las diferencias de la ideación suicida según edad arrojó que a medida que la edad incrementaba, las puntuaciones de todas las dimensiones de esta variable disminuían. Además, la prueba de diferencias entre grupos arrojó que estas diferencias eran estadísticamente significativas. Estos resultados fueron apoyados en cierta medida por los de Ramírez, y otros (2020) quienes al realizar un análisis de regresión entre la edad y variables clínicas como la ansiedad y la depresión encontraron que la edad tiene un impacto inverso sobre estos síntomas, por lo tanto, se desprende que la ideación suicida, al estar altamente relacionada con los síntomas depresivos (Flores, y otros, 2019) también sigue esta relación inversa con la edad, lo mismo que se observó en la presente investigación. Otro estudio que apoyó la relación inversa entre la ideación suicida y la edad fue el de Chávez, Luna, Mendoza, Jacinto, & Correa (2020), quienes encontraron que los jóvenes presentaban puntuaciones más altas que los adultos. Lo mismo encontraron Elbogen, Lanier, Blakey, Wagner, & Tsai (2020) quienes reportaron una relación inversa entre la ideación suicida y la edad de los participantes.

Así mismo, los estudios sobre el suicidio indican que la prevalencia de este incrementaría conforme a la edad, para luego disminuir en la adultez media a adultez avanzada (Hernández, Azañedo, Rubilar, Huarez, & Grendas, 2016).

Al igual que aconteció con las diferencias por sexo en la que las mujeres presentarían mayores puntajes que los hombres, pero sin embargo son los hombres los que más suicidios cometen. Para el caso de la presente investigación las personas con menor edad tendrían mayores puntajes en la ideación suicida y estas disminuirían a medida que la edad incrementa, sin embargo, los estudios señalan que los suicidios incrementan a medida que la edad lo hace. Esto sería una contradicción a una de las hipótesis más manejadas dentro de la teoría del suicidio, la cual señala que uno de los mejores predictores del suicidio sería la ideación suicida, es decir las personas empiezan a presentar ideación suicida antes de cometer suicidio.

También se encontraron estudios que sugerirían que no existen diferencias para la ideación suicida por edad, como los de Rojas & Saavedra (2014) quien presentaron diferencias significativas por grupo etario, siendo el grupo de los adolescentes con más edad los que presentaban mayores puntuaciones en la ideación suicida. Otro estudio que no encontró diferencias significativas por grupo etario fue el de Chombo (2020), que tras analizar las puntuaciones en ideación suicidad de adolescentes y adultos, no pudo encontrar diferencias entre estos grupos. Lo mismo fue hallado por Carvajal & Caro (2011) quienes,

en su investigación sobre la explicación de la ideación suicida a partir de variables asociadas, realizaron un análisis de regresión encontrando que la edad no era un predictor significativo de la ideación suicida. Lo mismo ocurrió con la investigación realizada por Zhang, Liu, & Sun (2017) quienes no encontraron diferencias significativas por edad para los participantes.

En cuanto a las diferencias de las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19 según edad, solamente el factor afectivo presentó diferencias, que al igual que la ideación suicida, presentó puntuaciones que disminuían a medida que la edad incrementaba. Esto también se explica por la correlación más fuerte que presenta la ideación suicida con el factor afectivo de las actitudes hacia el confinamiento. Por su parte, el estudio de Baig, y otros (2020) halló que para el factor cognitivo (*knowledge*) existieron diferencias significativas por edad, además a medida que incrementaba la edad las puntuaciones fueron más bajas. Por su parte, Hossain, y otros (2020) no encontró diferencias significativas según edad para las actitudes hacia el confinamiento. De igual forma, Teng, Wu, Wang, & Xu (2021) no encontraron diferencias significativas para las actitudes hacia el confinamiento según la edad de los participantes.

Por último, se estudió las diferencias en la ideación suicida, según el informe que hizo el evaluado respecto a haber padecido COVID arrojaron que los Pensamientos/ deseos de suicidio y la Desesperanza presentaron diferencias significativas. Para el caso de Pensamientos/ deseos de suicidio fueron los que señalaron no estar seguros de haber padecido COVID-19 los que presentaban mayores puntajes, lo mismo ocurrió para el caso de la Desesperanza. Luego se encontraron los que indicaron no haber padecido COVID-19 y en último lugar los que mencionaban si haber padecido COVID-19. En cuanto al informe de las personas que mencionaron si haber padecido COVID-19, la investigación de Dávila (2021) informaron que aquellos encuestados con antecedentes personales de COVID-19 son los que presentaban mayores niveles en la ideación suicida.

Esto sugeriría, que las personas que no están seguros de haber padecido la enfermedad tendrían más incertidumbre y preocupación respecto a su salud, lo cual también estaría relacionado con la presencia de la ideación suicida. Luego se encontrarían las personas que mencionaban no haber padecido la enfermedad y en último lugar estarían las personas que afirman ya haber padecido la COVID-19. Por lo que es posible, que luego de haber pasado la enfermedad y sobrevivido, la persona ya no estaría preocupada, ni ansiosa por su estado de salud, lo que se vería reflejado en sus puntuaciones de ideación suicida.

En cuanto a las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19 según el reporte del evaluado acerca de si ha padecido la enfermedad, se encontraron diferencias significativas en los factores cognitivo y afectivo. En cuanto al factor cognitivo, los que indican estar seguros de haber padecido COVID-19 presentaron mayores puntuaciones, seguidas de los que indicaron no estar seguros de haber padecido COVID-19 y en último lugar aquellos que señalaron no haber estado enfermos. Por su parte, el factor afectivo también presentó diferencias significativas, y aquellas personas que presentaron mayores puntuaciones fueron las que señalaron si haber padecido COVID-19 seguidas de las que no habían tenido la enfermedad y en último lugar las que no están seguras si ya tuvieron la enfermedad.

En la presente investigación no se encontraron diferencias significativas para los factores sociodemográficos como el Estado civil, el Nivel de escolaridad, la Situación laboral y el número de hijos. Pero debe señalarse que otras investigaciones como la de Baig, y otros (2020) encontró diferencia significativas según el estado civil para el factor afectivo y para todos los factores según el nivel educativo. Por su parte, Teng, Wu, Wang, & Xu (2021) no encontraron diferencias significativas según nivel educativo.

Cabe resaltar que, si bien la ideación suicida se expresa principalmente en los pensamientos que presentan las personas respecto al suicidio y a su intención de cometerlo, es el factor afectivo de las actitudes hacia el confinamiento y no el factor cognitivo el que se encuentra más relacionado con la ideación suicida. Esto señalaría que si bien la ideación suicida refleja los pensamientos de las personas estos son ocasionados por las emociones y sentimientos que experimentan, constituyéndose como racionalizaciones de los mismos.

Así mismo, las cuestiones sobre las diferencias entre edad y sexo se presentaron contradictorias a lo que se esperaría, por lo que se pone en consideración una de las hipótesis centrales en el suicidio que señala que el mejor predictor del suicidio es la ideación suicida.

## Conclusiones

**Primera:** Existe una relación baja e inversa entre la ideación suicida y las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19 en jóvenes adultos entre 18 y 29 años de la ciudad de Arequipa.

**Segunda:** Para las puntuaciones de la ideación suicida, se encontró que en la variable Actitudes hacia la vida/muerte presentó un puntaje promedio de 1.62 puntos; para los Pensamientos/ deseos de suicidio un promedio de 2.66 puntos, el Proyecto de intento suicida presentó un promedio de 1.00 puntos y la Desesperanza presentó un promedio de 0.97 puntos. Esto indica que los Pensamientos/ deseos de suicidio fue la dimensión con un puntaje más alto seguida de las Actitudes hacia la vida/muerte, el Proyecto de intento suicida y la Desesperanza.

**Tercera:** En cuanto a las actitudes hacia el confinamiento por COVID-19 se encontró que el Factor Cognitivo presentó puntuaciones más altas, seguidas del Factor Afectivo y el Factor Conductual.

**Cuarta:** La relación entre las subdimensiones de ideación suicida y subdimensiones hacia el confinamiento arrojó que los factores cognitivo, afectivo y conductual presentaron una relación inversa con las dimensiones de la ideación suicida; además, estas relaciones fueron bajas, es decir que actitudes más positivas hacia el confinamiento indicarían puntuaciones más bajas en la ideación suicida.

### **Quinta:**

a. Según variables sociodemográficas, se encontraron diferencias significativas en la ideación suicida por sexo para las Actitudes hacia la vida/muerte y los Pensamientos/ deseos de suicidio, teniendo mayores puntuaciones las mujeres. En cuanto a las actitudes hacia el confinamiento sólo se encontraron diferencias significativas para el factor afectivo, siendo los hombres los que presentaron puntuaciones más altas.

b. Por edad, se encontró que la ideación suicida presentó diferencias significativas para todos los grupos, incrementando sus puntuaciones a medida que la edad disminuía. Por su parte, solo el factor afectivo presentó diferencias en sus puntuaciones encontrándose una relación inversa con la edad.

c. Finalmente, en cuanto a las diferencias por haber o no padecido COVID-19, las personas que ya habían atravesado la enfermedad presentaron menores puntuaciones en pensamientos/ deseos de suicidio y desesperanza, seguidas de las que no lo habían hecho y, por último, las que mencionan no estar seguras. Algo similar ocurrió para las actitudes hacia el confinamiento, en el factor afectivo y cognitivo.

d. No se encontraron diferencias significativas por estado civil, el nivel de escolaridad, la situación laboral, número de hijos, número de personas en confinamiento, número de habitaciones del hogar y la proporción número de personas/habitaciones.

## **Recomendaciones**

**Primera:** Profundizar en la investigación sobre estos factores, especialmente sobre los afectivos, ya que los resultados del presente estudio sugieren que son los que en mayor grado se encuentran relacionados con la ideación suicida.

**Segunda:** Profundizar en la influencia del sexo y la edad sobre la ideación suicida, para confirmar estos resultados.

**Tercera:** Se recomienda promover actitudes afectivas positivas hacia el confinamiento, ya que estas se han encontrado más relacionadas con la ideación suicida.

## **Limitaciones**

**Primera:** No se pudo obtener una muestra aleatoria, sino que se realizó un muestreo por conveniencia, lo que haría que los resultados y conclusiones solo se circunscriban a la muestra seleccionada y no se puedan generalizar a la población.

**Segunda:** Otra de las limitaciones que se presentaron es la aplicación de las pruebas, al no ser presencial no permitió absolver dudas e inquietudes de los participantes, además de que puede influir un factor de sesgo social en las respuestas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addis, S., Nega, A., & Miretu, D. (2021). Knowledge, attitude and practice of patients with chronic diseases towards COVID-19 pandemic in Dessie town hospitals, Northeast Ethiopia. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*.
- Alanezi, F., Aljahdali, A., Alyousef, S., Alshaikh, W., Mushcab, H., AlThani, B., & Alanzi, T. (2021). Investigating healthcare practitioners' attitudes towards the COVID-19 outbreak in Saudi Arabia: A general qualitative framework for managing the pandemic. *Informatics in medicine unlocked*, 22.
- Alanezi, F., Aljahdali, A., Alyousef, S., Alshaikh, W., Mushcab, H., AlThani, B., & Alanzi, T. (2021). Knowledge, attitudes and practices related to the COVID-19 outbreak among Romanian adults with cancer: a cross-sectional national survey. *Informatics in medicine unlocked*.
- Albarracin, D., & Johnson, B. (2018). *The Handbook of Attitudes, Volume 1: Basic Principles*. Londres: Routledge.
- Al-Rawajfah, O., Al-Mugeed, K., Alaloul, F., Al-Rajaibi, H., & Al-Omari, O. (2021). COVID-19 Knowledge, Attitude, and Precautionary Practices among Health Professional Students in Oman. *Nurse Education in Practice*.
- Azlan, A., Hamzah, M., Sern, T., Ayub, S., & Mohamad, E. (2020). Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in Malaysia. *Plos one*, 15(2).
- Baig, M., Jameel, T., A. S., Mirza, A., Gazzaz, Z., Ahmad, T., & Almurashi, S. (2020). Predictors of misconceptions, knowledge, attitudes, and practices of COVID-19 pandemic among a sample of Saudi population. *PloS one*, 15(12).
- Balluerka, M., Gómez, J., Hidalgo, M., Gorostiaga, M., Espada, J., Padilla, J., & Santed, M. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación*. Universidad del País Vasco : Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco.
- Beck, A., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*.
- Campas, M., de Luna, L., de Oca, E., & de la Torre, A. (2020). Exploración del riesgo de suicidio en estudiantes universitarios mexicanos durante el aislamiento social por

Covid-19. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 18(9), 54-72.

Carvajal, G., & Caro, C. (2011). Ideación suicida en la adolescencia: una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009. *Colombia médica*, 42(2), 45-56.

Chacón, M., & Cueva, M. (2014). Ideación suicida en privados de libertad: Una propuesta para su atención. *InterSedes*, 15(32), 223-248.

Chávez, R., Luna, C., Mendoza, S., Jacinto, J., & Correa, L. (2020). Factores asociados a ideación suicida en pacientes de un hospital de Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(3), 374-380.

Chombo, R. (2020). Niveles de ideación suicida entre adolescentes y adultos emergentes de Lima Metropolitana, 2020. *Universidad Cesar Vallejo*.

Elbogen, E., Lanier, M., Blakey, S., Wagner, H., & Tsai, J. (2020). Suicidal ideation and thoughts of self-harm during the COVID-19 pandemic: The role of COVID-19-related stress, social isolation, and financial strain. *Depression and anxiety*. doi:10.1002/da.23162

Elzinga, E., De Beurs, D., Beekman, A., Berkelmans, G., & Gilissen, R. (2021). Who didn't consult the doctor? Understanding sociodemographic factors in relation to health care uptake before suicide. *Journal of affective disorders*, 287, 158-164.

Etchevers, M., Garay, C., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V., & Helmich, N. (2020). Salud Mental en Cuarentena. Relevamiento del impacto psicológico de la pandemia en cuatro momentos del aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) de Argentina. *Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*.

Flores, M., Romero, C., Espinel, M., Vega, M., Valle, M., & Robles, J. (2019). Sintomatología depresiva en la ideación suicida de adultos mayores. *Memorias del Congreso Internacional*, 11(8), 904-909.

Gheorghe, A., Negru, S., Nitipir, C., Mazilu, L., Marinca, M., Gafton, B., & Stănculeanu, D. (2021). Knowledge, attitudes and practices related to the COVID-19 outbreak among Romanian adults with cancer: a cross-sectional national survey. *ESMO open*, 6(1).

Haddock, G., & Maio, G. (2008). Attitudes: Content, structure and functions. *Introduction to social psychology: A European perspective*, 112-133.

Hernández, A., Azañedo, D., Rubilar, J., Huarez, B., & Grendas, L. (2016). Evolución y diferencias regionales de la mortalidad por suicidios en el Perú, 2004-2013. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 751-757.

- Hossain, M., Alam, Z., Islam, S., Sultan, S., Faysal, M., Rima, S., & Shoma, S. (2020). Do knowledge and attitudes matter for preventive behavioral practices toward the COVID-19? A cross-sectional online survey among the adult population in Bangladesh. *Heliyon*.
- Hossain, M., Jahid, M., Hossain, K., Walton, L., Uddin, Z., Haque, M., & Hossain, Z. (2020). Knowledge, attitudes, and fear of COVID-19 during the Rapid Rise Period in Bangladesh. *PloS one*, 15(9).
- INEI. (2018). *Perú: Perfil Sociodemográfico. Informe Nacional*. Lima.
- Iob, E., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2020). Abuse, self-harm and suicidal ideation in the UK during the COVID-19 pandemic. *The British Journal of Psychiatry*, 217(4), 543-546.
- Iqbal, M., & Younas, M. (2021). Public knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 in Pakistan: A cross-sectional study. *Children and Youth Services Review*, 120.
- Kaiser, F., & Wilson, M. (2019). The Campbell paradigm as a behavior-predictive reinterpretation of the classical tripartite model of attitudes. *European Psychologist*, 24(4), 359-374. doi:10.1027/1016-9040/a000364
- Kemphorne, J., & Terrizzi, J. (2021). The behavioral immune system and conservatism as predictors of disease-avoidant attitudes during the COVID-19 pandemic. *Personality and individual differences*, 178.
- Killgore, W., Cloonan, S., Taylor, E., Allbright, M., & Dailey, N. (2020). Trends in suicidal ideation over the first three months of COVID-19 lockdowns. *Psychiatry research*, 293(113390).
- Klonsky, E., & May, A. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.
- Klonsky, E., Saffer, B., & Bryan, C. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology*, 38-43.
- Ledermann, W. (2003). El hombre y sus epidemias a través de la historia. *Revista chilena de infectología*, 20, 13-17.
- Leske, S., Kõlves, K., Crompton, D., Arensman, E., & De Leo, D. (2021). Real-time suicide mortality data from police reports in Queensland, Australia, during the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(1), 58-63.

- Levi-Belz, Y., & Aisenberg, D. (2021). Interpersonal predictors of suicide ideation and complicated-grief trajectories among suicide bereaved individuals: A four-year longitudinal study. *Journal of affective disorders*, 282, 1030-1035.
- Matus, E., & Matus, L. (2020). Escala de actitudes hacia el confinamiento por Covid-19. Propiedades psicométricas.
- Mayorga, E. (2018). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 16(1), 203-219.
- Medina, R., & Jaramillo, L. (2020). El COVID-19: Cuarentena y su Impacto Psicológico en la población.
- Mistree, D., Loyalka, P., Fairlie, R., Bhuradia, A., Angrish, M., Lin, J., & Bayat, V. (2021). Instructional interventions for improving COVID-19 knowledge, attitudes, behaviors: Evidence from a large-scale RCT in India. *Social Science & Medicine*.
- Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N., & Perales, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 239-246.
- O'Connor, R., & Kirtley, O. (s.f.). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754).
- OPS. (10 de septiembre de 2020). *OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerba-factores-riesgo-suicidio>
- Peretti, P., Seror, V., Cortaredona, S., Launay, O., Raude, J., Verger, P., & Ward, J. (2021). Attitudes about COVID-19 lockdown among general population, France, March 2020. *Emerging infectious diseases*, 27(1), 301.
- Pérez, Ó., Duque, D., & López, S. (2011). Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel del Quindío (Colombia). *Investigaciones Andina*, 13(23), 268-280.
- Pirkis, J., & John, A. S.-B.-A. (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*.
- Ramírez, A., Cárdenas, P., Martínez, P., Yambay, X., Mesa, I., Minchala, R., & Arcos, F. (2020). Impacto psicológico del confinamiento por COVID-19 hacia un nuevo constructo clinimétrico ansioso-depresivo en mujeres adultas de Azogues. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(8), 923-934.

- Reger, M., Stanley, I., & Joiner, T. (2020). Suicide mortality and coronavirus disease 2019—a perfect storm? *JAMA psychiatry*.
- Rojas, I., & Saavedra, J. (2014). Cohesión familiar e ideación suicida en adolescentes de la costa peruana en el año 2006. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(4), 250-261.
- Rueda, G., Bueno, P., Martínez, A., Castro, V., & Camacho, P. (2011). Diferencias de género en pacientes con suicidabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(4), 637-646.
- Ruiz, F. (2002). Actitudes. *Eúphoros*(5), 173-186.
- Saadatjoo, S., Miri, M., Hassanipour, S., Ameri, H., & Arab, M. (2021). Knowledge, attitudes, and practices of the general population about Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A systematic review and meta-analysis with policy recommendations. *Public Health*.
- Sampieri, R. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill México.
- Sánchez, J., Villarreal, M., Musitu, G., & Martínez, B. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19(3).
- Shoib, S., Islam, S., Arafat, S., & Hakak, S. (2020). Depression and suicidal ideation among the geriatric population of Kashmir, India. *International journal of social psychiatry*.
- Stone, D., & Crosby, A. (2014). Suicide prevention: state of the art review. *American journal of lifestyle medicine*, 8(6), 404-420.
- Teng, Y., Wu, K., Wang, W., & Xu, D. (2021). Assessing the Knowledge, Attitudes and Practices of COVID-19 among Quarantine Hotel Workers in China. *Healthcare*, 9(6), 772.
- Van Orden, K., Witte, T., Cukrowicz, K., Braithwaite, S., Selby, E., & Joiner, T. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C., & Ho, R. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729.
- Zhang, J., Liu, Y., & Sun, L. (2017). Psychological strain and suicidal ideation: A comparison between Chinese and US college students. *Psychiatry research*, 255, 256-262.

## ANEXOS

### Anexo 1: Actitudes ante el confinamiento por Covid-19

#### Ficha sociodemográfica

A continuación, encontrará una serie de preguntas relacionadas con su experiencia durante la cuarentena en tiempos de coronavirus o Covid-19. Recuerde que su participación es anónima y que no hay respuestas correctas o incorrectas, solamente deseamos saber su sentir.

Sexo	Masculino Femenino
Edad	
Escolaridad	1- Primaria 2- Secundaria 3- Técnico 4- Universidad 5- Posgrado
Situación laboral	1- Empleado público 2- Empleado privado 3- Empleado independiente 4- Empresario 5- Desempleado 6- Otro: _____
Ocupación	
Número de personas (niños adultos que se encuentren en confinamiento en su hogar, incluyendo a usted)	
Número de habitaciones en su hogar (Por ejemplo, sala comedor, cocina, 2 dormitorios, y un baño = 6 habitaciones)	

## ACTITUDES ANTE EL CONFINAMIENTO

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones en las que deseamos conocer que tan de acuerdo se encuentra con respecto a ellas. Las respuestas, están en una escala de uno a cinco, donde:

1= Totalmente en desacuerdo  
 2= En desacuerdo  
 3= Ni en desacuerdo, ni de acuerdo  
 4= De acuerdo  
 5 = Totalmente de acuerdo

Recuerda que no hay respuesta correcta o incorrecta, deseamos conocer su experiencia durante la situación de confinamiento por coronavirus.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo, ni de	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<b>FACTOR COGNITIVO</b>					
1. Me informo sobre el Covid-19	1	2	3	4	5
2. Me lavo las manos	1	2	3	4	5
3. Sé cómo se trasmite el Covid-19	1	2	3	4	5
4. Sé que hacer en caso de enfermarse de Covid-19	1	2	3	4	5
5. Hablé con mi familia sobre el Covid-19	1	2	3	4	5
6. Identifico los síntomas de Covid-19	1	2	3	4	5
7. Cumpló con la Cuarentena	1	2	3	4	5
8. Veo noticias	1	2	3	4	5
9. Conozco los decretos del Ministerio de Salud	1	2	3	4	5
10. Como lo necesario	1	2	3	4	5
11. Trabajo desde casa	1	2	3	4	5
12. Reenvío información verdadera	1	2	3	4	5
<b>FACTOR AFECTIVO</b>					
13. Me siento confundido	1	2	3	4	5
14. Me siento vulnerable	1	2	3	4	5
15. Me siento indefenso	1	2	3	4	5
16. Me siento agobiado	1	2	3	4	5
17. Me siento en peligro	1	2	3	4	5
18. Me siento con miedo	1	2	3	4	5
19. Me siento molesto	1	2	3	4	5
20. Me siento aislado	1	2	3	4	5
21. Me siento enojado	1	2	3	4	5
22. Me siento con incertidumbre	1	2	3	4	5
23. Me siento cansado	1	2	3	4	5
24. Me siento preocupado	1	2	3	4	5
25. Me siento preso	1	2	3	4	5

26. Me siento en riesgo	1	2	3	4	5
27. Desconfío de las autoridades	1	2	3	4	5
FACTOR CONDUCTUAL					
28. Canto	1	2	3	4	5
29. Bailo	1	2	3	4	5
30. Escribo	1	2	3	4	5
31. Hago actividades manuales	1	2	3	4	5
32. Leo	1	2	3	4	5
33. Hago ejercicio	1	2	3	4	5
34. Platico con mis amigos	1	2	3	4	5
35. Veo Televisión	1	2	3	4	5
36. Estudio lo que me gusta	1	2	3	4	5

## Propiedades psicométricas

### Análisis factorial exploratorio

#### Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.876
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	6069.537
	gl	630
	Sig.	.000

#### Matriz de componente rotado<sup>a</sup>

	Componente		
	1	2	3
Item 1		.644	
Item 2		.505	
Item 3		.619	
Item 4		.621	
Item 5		.740	
Item 6		.693	
Item 7			
Item 8		.504	
Item 9		.731	
Item 10			
Item 11			
Item 12		.617	
Item 13	.769		
Item 14	.802		
Item 15	.794		
Item 16	.800		
Item 17	.742		
Item 18	.784		
Item 19	.748		
Item 20	.633		
Item 21	.762		
Item 22	.689		
Item 23	.724		
Item 24	.753		
Item 25	.653		
Item 26	.730		
Item 27			
Item 28			.619
Item 29			.676
Item 30			.689
Item 31			.530
Item 32			.602
Item 33			.567
Item 34			.621
Item 35			.497
Item 36			.589

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 4 iteraciones.

## Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	7.981	22.168	22.168	7.981	22.168	22.168	7.974	22.150	22.150
2	4.445	12.347	34.516	4.445	12.347	34.516	3.959	10.996	33.146
3	3.070	8.526	43.042	3.070	8.526	43.042	3.562	9.896	43.042

## Análisis factorial confirmatorio

Indicador de ajuste	Valor
P-value (Chi-square)	0.000
Comparative Fit Index (CFI)	0.784
Tucker-Lewis Index (TLI):	0.777
Robust Comparative Fit Index (CFI):	0.794
Robust Tucker-Lewis Index (TLI):	0.780
RMSEA:	0.073
P-value RMSEA	0.000

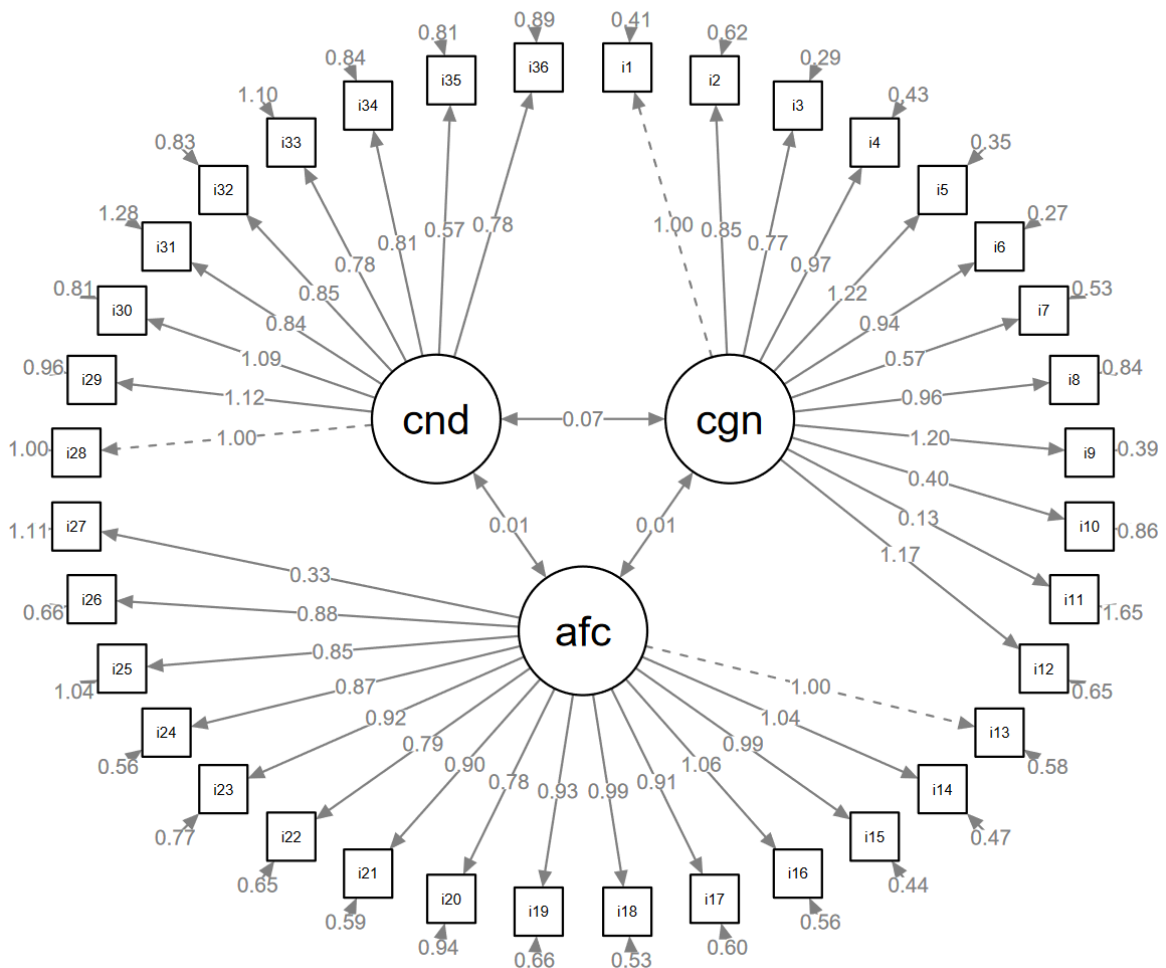


Diagrama de senderos

## Anexo 2: Escala de Ideación Suicida de Beck

Lea cuidadosamente este cuestionario. Marque con un círculo el número de la frase de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

<p><b>1. Deseo de vivir</b></p> <p>0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. No tengo deseo (Ninguno)</p>	<p><b>2. Deseo de morir</b></p> <p>0. No tengo deseos de morir 1. Pocos deseos de morir 2. Moderado a fuerte</p>
<p><b>3. Razones para vivir/morir</b></p> <p>0. Vivir supera a morir 1. Equilibrado (es igual) 2. Morir supera vivir</p>	<p><b>4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo es:</b></p> <p>0. Ninguno (Inexistente) 1. Poco (Débil) 2. Moderado a fuerte</p>
<p><b>5. Realizar un intento de suicidio pasivo:</b></p> <p>0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno</p>	<p><b>6. Su duración de pensamientos/ deseos son:</b></p> <p>0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno</p>
<p><b>7. Su frecuencia de pensamientos/ deseos son:</b></p> <p>0. Rara vez, ocasionalmente (baja) 1. Frecuentemente pienso/deseo 2. Casi todo el tiempo pienso/ deseo</p>	<p><b>8. Su actitud hacia los pensamientos/deseos es:</b></p> <p>0. Rechazo los pensamientos/deseos 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación de pensamientos/ deseos</p>
<p><b>9. Su control sobre la acción/deseo de suicidio:</b></p> <p>0. Tiene capacidad de control 1. Inseguridad de capacidad de control 2. No tiene capacidad de control</p>	<p><b>10. Sus razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar):</b></p> <p>0. No lo intentaría porque algo lo detiene 1. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen 2. No tiene o mínimo interés en las razones que detienen</p>
<p><b>11. Sus razones para pensar/desear el intento suicida:</b></p> <p>0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza 1. Combinación de 0-2 2. Escapar, acabar, manera de resolver problemas</p>	<p><b>12. El método: Especificidad/ oportunidad de pensar en el intento:</b></p> <p>0. Sin considerar método o plan 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles 2. Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados</p>

<p><b>13. El método: disponibilidad/ oportunidad de pensar el intento:</b></p> <p>0. Método no disponible; no oportunidad.  1. Método requeriría tiempo/ esfuerzo, oportunidad no disponible realmente  2. Método y oportunidad disponible</p>	<p><b>14. La sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento:</b></p> <p>0. No tiene el valor o capacidad.  (Debilidad o asustado)  1. No está seguro de tener valor o capacidad  2. Está seguro de tener valor</p>
<p><b>15. La expectativa de anticipación de un intento real:</b></p> <p>0. No  1. Sin seguridad, sin claridad  2. Si</p>	<p><b>16. La preparación real de realizarlo:</b></p> <p>0. Ninguna preparación  1. Alguna preparación (guardar pastillas, conseguir instrumentos)  2. Completa (preparativos terminados)</p>
<p><b>17. La nota suicida:</b></p> <p>0. No ha escrito nota o carta (ninguna)  1. Solo pensada, iniciada, sin terminar  2. Nota o carta escrita (terminada)</p>	<p><b>18. Ha realizado acciones finales para preparar suicidio (testamento, arreglos o pagos, regalos):</b></p> <p>0. No  1. Pensamientos de realizar algunos arreglos finales  2. Planes realizados y arreglos finales</p>
<p><b>19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida</b></p> <p>0. Revela las ideas abiertamente  1. Evita o revela las ideas con reserva  2. Encubre, oculta o engaña y miente</p>	<p><b>20. Intento de suicidio anteriores:</b></p> <p>0. No ha intentado  1. Uno  2. Más de uno</p>

## Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.950
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	4436.520
	gl	190
	Sig.	.000

## Matriz de factor rotado<sup>a</sup>

	Factor	
	1	2
Item 1		.686
Item 2		.768
Item 3		.696
Item 4		.705
Item 5		.564
Item 6	.549	.582
Item 7	.548	.555
Item 8		.616
Item 9	.653	
Item 10	.509	
Item 11		
Item 12	.701	
Item 13	.629	
Item 14	.503	
Item 15	.641	
Item 16	.662	
Item 17	.611	
Item 18		
Item 19		
Item 20	.667	

Método de extracción: máxima probabilidad.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

## Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	9.690	48.448	48.448	9.216	46.081	46.081	5.216	26.080	26.080
2	1.375	6.874	55.322	.837	4.187	50.267	4.838	24.188	50.267

### Análisis factorial confirmatorio (Modelo de 4 factores)

Indicador de ajuste	Valor Modelo de 4 factores	Valor Modelo de 2 factores sugerido por el AFE
P-value (Chi-square)	0.000	0.000
Comparative Fit Index (CFI)	0.914	0.914
Tucker-Lewis Index (TLI):	0.901	0.904
Robust Comparative Fit Index (CFI):	0.933	0.935
Robust Tucker-Lewis Index (TLI):	0.923	0.927
RMSEA:	0.077	0.076
P-value RMSEA	0.000	0.000

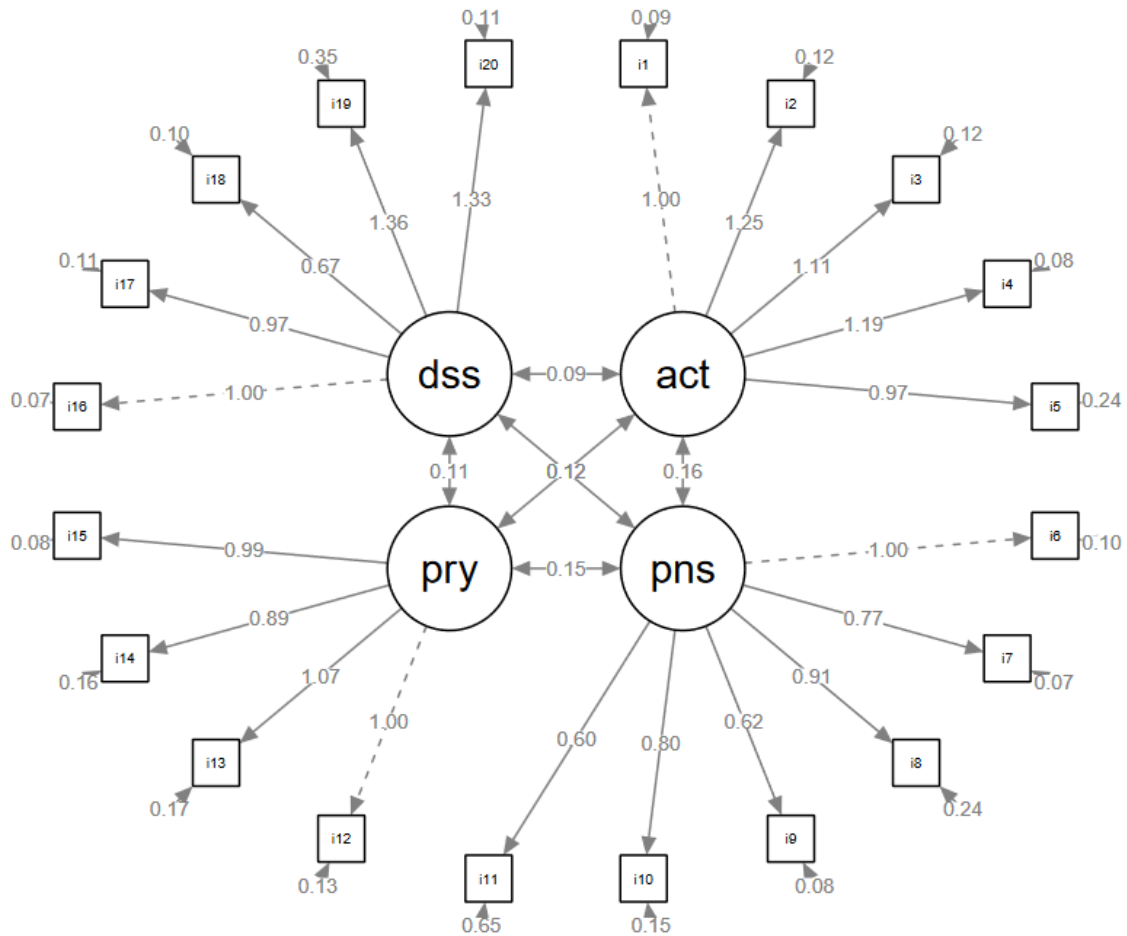


Diagrama de senderos modelo de 4 factores

Nota: dss: Desesperanza; act: Actitudes hacia la vida/muerte, pry: Proyecto de intento suicida; pns: Pensamientos/ deseos de suicidio

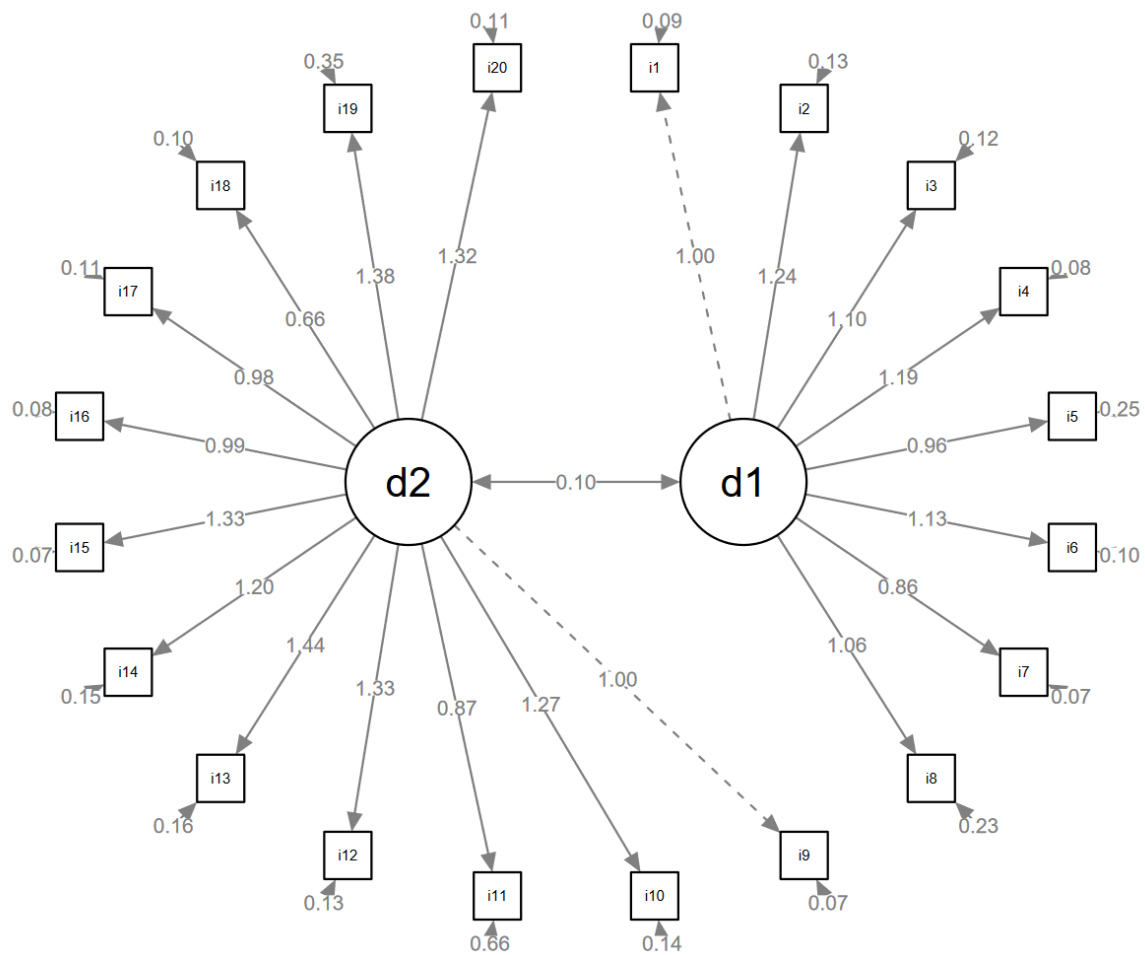


Diagrama de senderos modelo de 2 factores

### **Anexo 3: Consentimiento informado**

La presente investigación tiene como objetivo conocer la relación entre la ideación suicida y la actitud ante el confinamiento por Covid-19 en jóvenes adultos de 18-29 AÑOS de la ciudad de Arequipa.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria.

Su participación consiste en completar vía online dos cuestionarios. Puede rechazar participar o abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee y no hay ningún tipo de consecuencia derivada de ello.

La información que se recoja en este proyecto de investigación se hará de manera confidencial, y nadie excepto las investigadoras tendrán acceso a ella. Todo el proceso de la investigación se realizará garantizando el ANONIMATO de los participantes, y la voluntariedad de la participación.

Si presenta alguna duda sobre la investigación puede realizar preguntas en cualquier momento de la ejecución del mismo y/o revocar su consentimiento poniéndose en contacto con el equipo investigador:

- Gina Paola Rios Castillo

gina.rios@ucsp.edu.pe

-Mishelle Flavia Mardini Farji

mishelle.mardini@ucsp.edu.pe

Marcar "Acepto" implica que usted declara:

1. Que he leído y entiendo toda la información en relación a la participación en el citado proyecto.
2. Se me ha asegurado que los datos son completamente anónimos y que se mantendrá la confidencialidad.
3. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y soy consciente que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo sin tener que dar explicación alguna.