











CIENCIAS SOCIALES
ARTÍCULO ORIGINAL**Factores asociados al fatalismo ante la COVID-19 en 20 ciudades del Perú en marzo 2020****Factors associated with fatalism in the face of COVID-19 in 20 Peruvian cities in March 2020**

Christian R. Mejía¹ , Alan Quispe-Sancho² , J. Franco Rodriguez-Alarcon^{3,4} ,
 Laura-Ccasa-Valero⁵ , Vania L. Ponce-López⁶ , Elizabeth S. Varela-Villanueva⁷ ,
 Rahi K. Marticorena-Flores⁷ , Scherlli E. Chamorro-Espinoza⁷ , Maryory S. Avalos-Reyes⁸ ,
 Jean J. Vera-Gonzales⁹ 

¹Universidad Continental. Lima, Perú.²Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, Escuela Profesional de Medicina Humana. Cusco, Perú.³Asociación Médica de Investigación y Servicios en Salud. Lima, Perú.⁴Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú.⁵Universidad Nacional del Altiplano. Puno, Perú.⁶Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca, Perú.⁷Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Huánuco, Perú.⁸Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana. Trujillo, Perú.⁹Universidad Nacional Federico Villareal, Facultad de Medicina Humana “Hipólito Unanue”, Escuela Profesional de Medicina. Lima, Perú.**Cómo citar este artículo**

Mejía CR, Quispe-Sancho A, Rodriguez-Alarcon JF, Ccasa-Valero L, Ponce-López VL, Varela-Villanueva ES, *et al.* Factores asociados al fatalismo ante la COVID-19 en 20 ciudades del Perú en marzo 2020 . Rev haban cienc méd [Internet]. 2020 [citado]; 19(2):e_3233. Disponible en: www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3233/2496

Recibido: 18 de marzo del 2020.**Aprobado: 25 de marzo del 2020.**

RESUMEN

Introducción: La pandemia del COVID-19 ha generado reacciones diversas, pero estas aún no han sido medidas en la población latinoamericana.

Objetivo: Determinar los factores asociados a la percepción de fatalismo ante la infección del COVID-19 en pobladores de 20 departamentos del Perú.

Material y Métodos: Estudio transversal analítico, de tipo multicéntrico que con una muestra de 2466 personas en 20 departamentos del Perú midió el fatalismo ante la pandemia del COVID-19 a través de una encuesta validada (Alpha Crombach: 0,78) que consistía en 7 ítems. El análisis estadístico fue realizado en función de cada ciudad y se consideró significativos $p < 0,05$.

Resultados: De los 2466 encuestados, el 36 % se deprimirían, el 26 % piensa que podrían fallecer, el 17 % dice que esto es evidencia del fin del

mundo y el 9 % podrían tomar una decisión fatal. Las mujeres tuvieron mayor frecuencia de 3 de las conductas fatalistas (contagiarse $p=0,020$; contagiar a otros $p=0,004$ y deprimirse $p=0,020$). A mayor edad hubo 5 percepciones (contagiar a otros $p=0,007$; complicarse $p<0,001$; deprimirse $p<0,001$, pensar que morirían $p<0,001$ o suicidarse $p=0,014$). Los que tenían un riesgo para complicación por COVID-19 tuvieron 4 percepciones (contagiar a otros $p=0,024$; complicarse $p=0,002$; pensar que morirían $p<0,001$ y que esto es señal del fin del mundo $p=0,039$). El ser agnóstico tuvo menor frecuencia de 5 percepciones, el ser ateo en 2.

Conclusión: Se halló muchas ideas fatalistas entre la población ante la pandemia de coronavirus.

Palabras clave: Coronavirus, pandemia, percepción, Perú, SARS – COVID-19

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic has generated diverse reactions, but these have not yet been measured in the Latin American population.

Objective: To determine the factors associated with the perception of fatalism in the face of COVID-19 infection in inhabitants of 20 cities in Peru.

Material and Methods: A cross-sectional, multicenter study with a sample size of 2 466 people from 20 cities of Peru that measured fatalism during the COVID-19 pandemic was conducted through a validated survey (Cronbach's alpha: 0,78) consisting of 7 items.

Statistical analysis was conducted in terms of each city, and $p < 0,05$ was considered significant.

Results: Of the 2 466 respondents, 36 % were depressed, 26 % thought that they might die, 17 % say that this was evidence of the end of the world, and 9 % could make a fatal decision. Women were more likely to engage in three of the fatalistic behaviors (becoming infected, $p = 0,020$; infecting others, $p = 0,004$, and becoming depressed, $p = 0,020$). At an older age there were 5 perceptions (infecting others, $p = 0,007$; becoming complicated, $p < 0,001$; becoming depressed, $p < 0,001$, thinking they would die, $p < 0,001$; or committing suicide, $p = 0,014$). Those



at risk of complications of COVID-19 had 4 perceptions (infecting others, $p = 0,024$; becoming complicated, $p = 0,002$; thinking they would die, $p < 0,001$; and thinking that this is a sign of the end of the world, $p = 0,039$). Respondents who were agnostic exhibited a lower frequency in 5 perceptions, while atheist respondents showed a lower frequency in 2

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo se han reportado pacientes que ante una enfermedad o condición han tenido ideas e incluso acciones fatales. Por ejemplo, en Dinamarca se evidenció una asociación entre el intento de suicidio frente a algunas enfermedades neurológicas, como el accidente cerebro-vascular (OR: 3,1), Huntington (OR: 8,8), esclerosis lateral amiotrófica (OR: 5,0), Parkinson (OR: 2,9), Alzheimer (OR: 4,8), entre otras.⁽¹⁾ En Francia se reportó que los pacientes con Parkinson tuvieron 1 % y 4 % para suicidio completado e intento; respectivamente.⁽²⁾ En Gran Canaria el 30 % de los pacientes tuvo tentativas suicidas y el 49 % ideación suicida.⁽³⁾ En Shandong se encontró que el 69 % de los adultos mayores con enfermedad crónica tuvo ideas suicidas.⁽⁴⁾ En Taiwán incluso se ha llegado a 60 % de mortalidad por suicidio en pacientes con insuficiencia cardíaca.⁽⁵⁾ En EEUU se mostró que pacientes con enfermedades cardiovasculares presentan mayor ideación suicida ($p < 0,001$).⁽⁶⁾ Perú no escapa de lo antes señalado, se reportaron múltiples investigaciones que muestran situaciones similares, como que uno de cada cuatro adultos mayores con enfermedad crónica tiene depresión establecida,⁽⁷⁾ que el 28

perceptions.

Conclusion: Many fatalistic ideas are found among the population in the face of the coronavirus pandemic.

Keywords: Coronavirus, pandemic, perception, Peru, SARS, COVID-19.

% de los pacientes de 16-30 años presentó muerte por suicidio asociado a depresión severa⁽⁸⁾ y que, el 12 % y 100 % de los pacientes diagnosticados con VIH tuvieron ideación suicida o algún grado de depresión; respectivamente.⁽⁹⁾ Esto no solo se puede ver en casos de enfermedad comprobada, sino también, en situaciones estresantes que se han vivido en los últimos años, como las epidemias de zika, chinkunguya, dengue, enfermedades no transmisibles y morbilidades psicológicas.⁽¹⁰⁾ Lo anterior podría deberse a la alta capacidad de transmisión, a la declaración de emergencia sanitaria mundial, entre otras.⁽¹¹⁾ Además, el pánico se incrementa por la proclamación de medidas extraordinarias en los diferentes países: el cierre de fronteras, el aislamiento social, la cancelación de eventos masivos, el desabastecimiento temporal en algunos casos; lo que provoca reacciones negativas en la población, como el pánico, el miedo, el temor a infectarse ellos mismos o a sus familiares.⁽¹²⁾ Todo eso en conjunto podría llevar a pensar e incluso a tomar decisiones fatales, como el suicidio.



El **objetivo** de esta investigación es determinar las características y factores asociados a la percepción de fatalismo ante la infección del

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal analítico y multicéntrico en el mes de marzo del año 2020 en 20 departamentos peruanos: Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Pasco, Lambayeque, Ancash, Cusco, Junín, Huánuco, Ica, Loreto, Lima, Piura, Ucayali, Puno, Tacna, Moquegua, San Martín, Huancavelica y La Libertad, los que son los más grandes e importantes del país, por lo que, se puede considerar que se tuvo una representatividad importante.

Para el estudio se tomó una muestra no aleatoria, a través de un muestreo de tipo bola de nieve, en donde cada uno de los autores envió la encuesta (en formato virtual) a sus contactos cercanos (familiares y amigos de la carrera de medicina), luego estos contactos lo pasaron a otros y, así, hasta poder llegar a una muestra mínima de 2 422 personas; ya que, se calculó el tamaño basado en la mínima cantidad requerida para una diferencia del 3 % entre los cruces (48 % versus 51 %), con una potencia estadística del 84 %, un nivel de confianza del 95 % y para una muestra única (debido al diseño transversal analítico).

Luego se aplicó los siguientes criterios de inclusión: personas con residencia en las sedes anteriormente mencionadas en el momento del estudio, que mostraron interés por participar en la investigación; y que reportaran tener o no algún riesgo para una complicación por COVID-19 (ser anciano, paciente oncológico, o con alguna enfermedad hipertensiva). No hubo exclusiones.

COVID-19 en pobladores de 20 departamentos del Perú.

Finalmente, la muestra quedó constituida por 2 466 personas.

La investigación se basó en la aplicación de un cuestionario que mide la percepción o creencia de posibles situaciones después del contagio por COVID-19, a través de 7 ítems (figura 1). Todos tenían la posibilidad de 5 respuestas (muy en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo y muy de acuerdo). Fue validado en 5 pasos: Primero se consultó la literatura internacional, luego se tomó en cuenta la opinión de 30 expertos (infectólogos, internistas, intensivistas, epidemiólogos, entre otros). Posteriormente, se sometió a una comprobación estadística, en donde se evaluó la evidencia de validez y la cuantificación de la relevancia en casi 400 encuestados a nivel nacional; en este paso se observó una buena representatividad y claridad.⁽¹³⁾

La estadística mostró que el KMO (0,779) y Bartlett ($p < 0,001$) fueron buenos y estadísticamente adecuados. Con una varianza total de casi 60 % y que era explicada en 2 factores. El factor 1 estuvo compuesto por los ítems 4, 5, 6 y 7 de la encuesta y el factor 2 se compuso por los ítems 1, 2 y 3. Además, con análisis robustos una estructura factorial satisfactoria ($X^2 = 21,161$; $p = 0,007$; CFI = 0,984; GFI = 0,996; TLI = 0,957; RMSEA = 0,067 y RMSR = 0,033). También se consideró la recolección de algunas variables importantes para poder



generar la estadística analítica, como son: el sexo (masculino o femenino), la edad (en años cumplidos), el grado de instrucción (que para la estadística se categorizó en hasta secundaria o más de secundaria; esta última categoría incluía los estudios técnicos, los universitarios y el posgrado), la religión que profesa (se categorizó

según las más frecuentes) y ser un paciente con algún riesgo para complicación por la enfermedad (adultos mayores, pacientes oncológicos, gestantes, enfermedades autoinmunes, inmunodeficiencias, enfermedades hepáticas y enfermedades cardiovasculares).

Fig. 1 - Preguntas contenidas dentro del instrumento de recolección de datos

Preguntas contenidas en el instrumentos de recolección de datos
Si usted llegara a contagiarse del coronavirus, ¿Cuál sería su opinión de las siguientes afirmaciones?
1. Creo que en mi trabajo/universidad me contagiaron del coronavirus.
2. Creo que infectare a mis familiares/amigos.
3. Creo que me internarían en un hospital por una complicación.
4. Creo que al contagiarme de este virus me deprimiré.
5. Creo que al contagiarme de este virus podría fallecer.
6. Creo que al contagiarme de este virus podría tomar una decisión fatal.
7. Creo que esto es evidencia del "fin del mundo"

Se consiguió las encuestas mediante un test virtual en Google Drive, luego del cierre de la encuesta se procedió a un control de calidad de los datos, excluyendo los que no cumplían los criterios de selección (a 21 personas que no respondieron a la mayoría de las preguntas, a 23 personas que vivían en el extranjero y a 110 que eran menores de edad). Posteriormente se codificó la data y se la traspasó a una hoja en el programa Microsoft Excel (para Windows 2019). En dicha hoja se procedió a realizar una segunda depuración de la información, así como, un control de la calidad por cada sede. Después de

eso se exportó la data al programa estadístico Stata (versión 11,1).

Se evaluó el Alpha de Cronbach, se obtuvo un 0,78 para los 7 ítems, a los cuales se describió mediante una figura de barras. Para la obtención de las razones de prevalencia ajustadas, los intervalos de confianza al 95 % y los valores p se hizo uso de la prueba de los modelos lineales generalizados; esto con familia de Poisson, la función de enlace log, modelos para varianzas robustas y con ajuste por cada una de las sedes de encuestados (cada población es particular en sus costumbres, ámbitos sociales y hasta en la forma de percibir y reaccionar ante la



enfermedad). Para considerar como estadísticamente significativos a los valores p se fijó el punto de corte = 0,05.

En todo momento se respetó los parámetros éticos en la investigación, se les informó que su

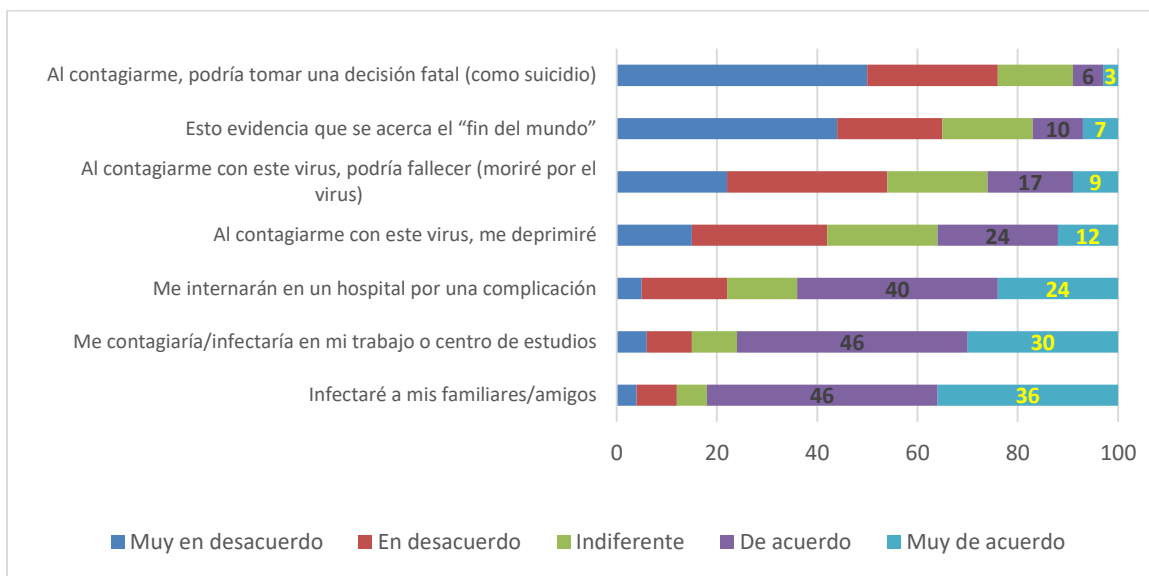
participación era voluntaria y las encuestas fueron anónimas (para respetar la privacidad de los encuestados y para darles certeza de que no podríamos identificarlos; para que pudieran responder con libertad sobre sus percepciones).

RESULTADOS

De los 2466 encuestados el 86 % percibían que infectarían a sus familiares y amigos (36 % y 46 % estaban muy de acuerdo y de acuerdo, respectivamente), el 76 % percibían que se infectarían en el trabajo o centro de estudios (30 % y 46 % estaban muy de acuerdo y de acuerdo, respectivamente) y el 64 % pensó que tendrían una complicación (24 % y 40 % estaban muy de

acuerdo y de acuerdo, respectivamente). Además, fueron altos los porcentajes de los que estaban muy de acuerdo o de acuerdo con que se deprimirían (36 %), que podrían fallecer (26 %), que esto es evidencia de que se acerca el fin del mundo (17 %) o que podrían tomar una decisión fatal (9 %). (Figura 2).

Fig. 2 - Percepciones de fatalismo ante la infección del COVID-19 en pobladores de 20 ciudades del Perú



En los factores que se asocian en el modelo multivariado se encontró que las mujeres percibieron que se contagiarían en el trabajo/centro de estudios (valor p=0,020) o que

luego ellas podían contagiar a sus familiares/amigos (p=0,004); a mayor edad hubo una mayor percepción de poder contagiar a sus familiares/amigos (p=0,007) o que se



complicarían ($p < 0,001$); los que tenían un riesgo para complicación por COVID-19 tuvieron una mayor percepción de poder contagiar a sus familiares/amigos ($p = 0,024$) o que se

complicarían ($p = 0,002$); los agnósticos tuvieron una menor percepción de complicarse ($p = 0,012$). (Tabla 1).

Tabla 1 - Factores asociados a la percepción de infección, contagio y complicación por COVID-19

Variables	Me contagiaría	Yo contagiaría	Me complicaría
Mujeres	1,05 (1,01-1,10) 0,020	1,06 (1,02-1,10) 0,004	No significativo
Edad (Años)*	No significativo	1,002 (1,001-1,003) 0,007	1,006 (1,004-1,008) <0,001
Estudios superiores	No significativo	No significativo	No significativo
Religión**			
Evangélica	No significativo	No significativo	No significativo
Cristianos	No significativo	No significativo	No significativo
Adventistas	No significativo	No significativo	No significativo
Últimos días	No significativo	No significativo	No significativo
Agnósticos	No significativo	No significativo	0,77 (0,63-0,94) 0,012
Ateos	No significativo	No significativo	No significativo
Otras	No significativo	No significativo	No significativo
Con riesgo de complicación	No significativo	1,07 (1,01-1,13) 0,024	1,16 (1,05-1,27) 0,002

*Esta variable fue tomada en su forma cuantitativa. Las razones de prevalencia (intervalos de confianza al 95 %) y valores p se obtuvieron con los modelos lineales generalizados, con la familia Poisson, función de enlace log, modelos robustos y ajustando por la sede de residencia.

**La religión católica sirvió como grupo de comparación versus las otras religiones. (En cada religión se muestran los resultados frente a esta categoría).

En otro modelo multivariado también se encontró que las mujeres perciben que se podrían deprimir si se contagian (valor $p = 0,020$); a mayor edad hubo una mayor percepción de poder deprimirse ($p < 0,001$) o que podrían morir ($p < 0,001$); los que tenían un riesgo para

complicación por COVID-19 tuvieron una mayor percepción de que podrían morir ($p < 0,001$); los agnósticos tuvieron una menor percepción de deprimirse ($p = 0,007$) o de que podrían morir ($p = 0,002$); los ateos también tuvieron una menor percepción de deprimirse ($p = 0,045$). (Tabla 2).



Tabla 2 - Factores asociados a la percepción de depresión o muerte en caso de infección por COVID-19 en pobladores de 20 ciudades peruanas

Variab les	Me deprimiría	Pienso que moriría
Mujeres	1,16 (1,02-1,32) 0,020	No significativo
Edad (Años)*	1,010 (1,006-1,014) <0,001	1,013 (1,007-1,018) <0,001
Estudios superiores	No significativo	No significativo
Religión**		
Evangélica	No significativo	No significativo
Cristianos	No significativo	No significativo
Adventistas	No significativo	No significativo
Últimos días	No significativo	No significativo
Agnósticos	0,69 (0,53-0,90) 0,007	0,55 (0,38-0,80) 0,002
Ateos	0,76 (0,57-0,99) 0,045	No significativo
Otras	No significativo	No significativo
Con riesgo de complic.	No significativo	1,71 (1,35-2,15) <0,001

*Esta variable fue tomada en su forma cuantitativa. Las razones de prevalencia (intervalos de confianza al 95 %) y valores p se obtuvieron con los modelos lineales generalizados, con la familia Poisson, función de enlace log, modelos robustos y ajustando por la sede de residencia.

**La religión católica sirvió como grupo de comparación versus las otras religiones. (En cada religión se muestran los resultados frente a esta categoría).

También se halló en el modelo multivariado con las dos preguntas finales que a mayor edad hubo una mayor percepción de tomar una decisión fatal si se infectaran ($p=0,014$); los que tenían un riesgo para complicación por COVID-19 tuvieron una mayor percepción de que esto es prueba del fin del mundo ($p=0,039$); pensar en suicidarse si se contagian fue mayor entre los evangélicos ($p=0,048$) pero menor entre los agnósticos

($p=0,011$); y percibir que esto es una prueba del fin del mundo fue mayor entre los evangélicos ($p<0,001$), los cristianos ($p=0,025$), los adventistas ($p<0,001$) y los de la Iglesia de los últimos días ($p<0,001$); pero fue menor entre los agnósticos ($p=0,026$) y los ateos ($p=0,038$). (Tabla 3).



Tabla 3 - Factores asociados a la posibilidad de tomar una decisión fatal o pensar que esta situación es una prueba del fin del mundo

Variables	Me suicidaría	Es prueba del fin del mundo
Mujeres	No significativo	No significativo
Edad (Años)*	1,013 (1,002-1,023) 0,014	No significativo
Estudios superiores	No significativo	No significativo
Religión**		
Evangélica	1,44 (1,00-2,07) 0,048	2,64 (2,06-3,38) <0,001
Cristianos	No significativo	1,95 (1,09-3,50) 0,025
Adventistas	No significativo	3,98 (2,75-5,74) <0,001
Últimos días	No significativo	3,30 (2,20-4,97) <0,001
Agnósticos	0,47 (0,26-0,84) 0,011	0,43 (0,20-0,90) 0,026
Ateos	No significativo	0,69 (0,49-0,98) 0,038
Otras	No significativo	No significativo
Con riesgo de complic.	No significativo	1,58 (1,02-2,44) 0,039

*Esta variable fue tomada en su forma cuantitativa. Las razones de prevalencia (intervalos de confianza al 95 %) y valores p se obtuvieron con los modelos lineales generalizados, con la familia Poisson, función de enlace log, modelos robustos y ajustando por la sede de residencia.

**La religión católica sirvió como grupo de comparación versus las otras religiones. (En cada religión se muestran los resultados frente a esta categoría).

DISCUSIÓN

Hallamos que gran cantidad de personas pensaban que podrían fallecer, que esto es evidencia de que se acerca el fin del mundo o que podrían tomar una decisión fatal (uno de cada cuatro, de cada cinco o de cada diez; respectivamente). Estas percepciones muestran que un gran porcentaje de la población tiene mucho miedo y que podrían pensar en desenlaces fatales, por lo que, en pandemias como esta se debe brindar mucha información a la población, por medios confiables y entendibles; con el fin de propagar información correcta que evite el pánico.⁽¹²⁾ Esto debe ser manejado con el apoyo a la salud mental, tanto durante la crisis como posterior a ella, ya que, como se ha demostrado en otros desastres, es

importante que el estrés post traumático sea medido e intervenido.^(14,15)

La percepción al contagio en el trabajo/centro de estudios, que podrían contagiar a otros miembros de su familia/amigos o que se podrían deprimir fue mayor en las mujeres, muestra de que ellas son las que tienen un poco más de ansiedad y estrés en estas situaciones, lo que también ha sido estudiado en diversas investigaciones; en donde, las jóvenes presentan mayor estrés y agotamiento ocupacional en comparación con las de mediana edad y al grupo de los hombres.⁽¹⁶⁾ Esto también pudiera estar influido por la genética⁽¹⁷⁾ y la historia, se sabe que la estabilidad emocional está genéticamente asociada con el polimorfismo MAOA-uVNTR, y las



mujeres son las que tiene mayor expresión de MAO-A, y por ende, revelan niveles más altos de inestabilidad emocional.⁽¹⁸⁾ En ese contexto, son también las que se hacen responsables del hogar, velando por el bienestar físico, emocional y espiritual de los miembros de su familia, así como, por el abastecimiento y las demás cuestiones que atañen a esta emergencia.^(17,18,19)

A mayor edad hubo una mayor percepción de que podrían contagiar a otros miembros de su familia/amigos, que se podrían deprimir, que podrían morir o tomar una decisión fatal. Estos datos evidencian que los adultos mayores son los que se encuentran en mayor riesgo de generar cuadros graves por esta enfermedad.⁽²⁰⁾ Se destaca la posibilidad de tomar una decisión fatal, esto por la vulnerabilidad a la depresión propia de la edad, que se origina en algunas circunstancias que viven y de otras patologías que puedan padecer,⁽²¹⁾ así como, por enfermedades crónicas que pudiesen padecer, que han sido ampliamente relacionadas con las ideas suicidas.⁽⁴⁾ Se añade el hecho de que un gran porcentaje de adultos mayores con enfermedad crónica tienen depresión establecida.⁽⁷⁾ Es por eso que se recomienda que el gobierno tome precauciones para que se le dé apoyo a la salud mental de esta población en específico.⁽²²⁾

Los que tenían algún riesgo para complicación por COVID-19 tuvieron una mayor percepción de que podrían contagiar a otros miembros de su familia/amigos, que podrían morir o que esto es una señal de que se acerca “el fin del mundo”. Por consiguiente, esta población percibía que podría ser un factor de contagio para sus allegados,

puesto que se sabe que tienen un riesgo incrementado para padecer síntomas graves de la enfermedad. Sin embargo, es importante notar que un buen grupo de ellos percibía que estos hechos eran muestra del “fin del mundo”, por lo que, habría que hacer estudios específicos para ver a qué se debe este pensamiento en la población más vulnerable.

Los agnósticos y los ateos tenían menor percepción de que se complicarían, que se podrían deprimir, que morirían, que tomarían una decisión fatal o que esto era prueba del “fin del mundo”. El resultado se puede atribuir a su creencia, porque, se ha visto que estos grupos creen más en la ciencia y en los hechos fácticos - en general-; para nada se quiere decir que los que siguen una religión no hagan eso, solo que los que siguen una creencia religiosa tienen a veces pensamientos que son guiados por sus libros y manuscritos sagrados, así como, por los líderes religiosos.^(23,24)

Los evangélicos podrían tomar una fatal decisión o piensan que es una señal de que se acerca “el fin del mundo”, esto último también fue en mayor medida entre los que profesan el cristianismo, el adventismo y aquellos de la Iglesia de los últimos días. Algunas referencias nos muestran que algunos religiosos tienen niveles significativamente más altos de ansiedad, paranoia, obsesión y compulsión; en comparación con los ateos, los cuales tienen menos problemas mentales y problemas de salud física que los agnósticos.⁽²⁵⁾

En consecuencia, no es pertinente afirmar que ser religioso sea un factor de riesgo en el desarrollo de una actitud fatalista. Sin embargo,



pueden existir ciertas condiciones que influyan en la percepción de este grupo y que afecten de esta manera directamente su salud mental.⁽²⁶⁾ Se sugiere que se investigue más este hallazgo, pues también podría ser motivo de estudio en profundidad y en una gran población, para poder hallar una causalidad.

El estudio tuvo como *limitación* el sesgo de

CONCLUSIONES

Se concluye que los factores asociados a una actitud fatalista en la pandemia del COVID-19 en el Perú son: ser mujer, tener mayor edad, ser

RECOMENDACIONES

Se recomienda que cada realidad evalúe su contexto, que haga estudios de análisis situacional y que trate de coleccionar información en este momento de crisis; aun así, sabiendo que se tienen las limitaciones logísticas de la movilización restringida y del cese de otros entes

selección, debido a que, no se puede extrapolar los resultados al Perú entero; sin embargo, por la gran muestra que se obtuvo, más la gran diversidad de sedes, se cree que esto puede ser un buen reflejo de lo que actualmente está ocurriendo en nuestro medio, e incluso, lo que podría estar ocurriendo en otros países con realidades similares..

paciente de riesgo y pertenecer a una religión; en contraste, los ateos y agnósticos tuvieron una menor percepción de fatalismo.

administrativos importantes; igual es trascendente seguir teniendo estrategias de captura de datos para dar a conocer a la población mundial la situación que viene aconteciendo.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al grupo de investigación COVID-19-GIS-Peru, ya que, sus integrantes apoyaron en la recolección de información en las distintas sedes del estudio.

RREFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eliassen A, Dalhoff KP, Horwitz H. Neurological diseases and risk of suicide attempt: a case-control study. *J Neurol* 2018;265:1303-9.
2. Giannini G, Francois M, Lhommée E, Polosan M, Schmitt E, Fraix V, et al. Suicide and suicide attempts after subthalamic nucleus stimulation in Parkinson disease. *Neurology* 2019;931(1):e97-105.
3. González JM, Abelleira C, Benítez N. Riesgo suicida, desesperanza y depresión en pacientes con esquizofrenia y autoestigma. *Actas Esp Psiquiatr* 2018;46(2):33-41.
4. Zhu J, Xu L, Sun L, Li J, Qin W, Ding G, et al. Chronic Disease, Disability, Psychological Distress and Suicide Ideation among Rural Elderly: Results from a Population Survey in Shandong. *Int J Environ Res*



- Public Health [Internet]. 2018 [citado 18/03/2020];15(8):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30060593>
5. Wu VC-C, Chang S-H, Kuo C-F, Liu J-R, Chen S-W, Yeh Y-H, et al. Suicide death rates in patients with cardiovascular diseases – A 15-year nationwide cohort study in Taiwan. *J Affect Disord* 2018;238:187-93.
 6. Moazzami K, Dolmatova EV, Feurdean M. Suicidal ideation among adults with cardiovascular disease: The National Health and Nutrition Examination Survey. *Gen Hosp Psychiatry* 2018;51:5-9.
 7. Cruz-Mitac C, Quispe-Illanzó MP, Oyola-García AE, Portugal-Medrano MÁ, Lizarzaburu-Córdova EE, Rodríguez-Chacaltana FW, et al. Depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas en un hospital general del Perú. *Rev Cuerpo Méd HNAAA* 2017;10(4):205-11.
 8. Silvera G. Prevalencia y los factores asociados al intento de suicidio y suicidio con “Barbasco” *Lonchocarpus utilis* – en pacientes atendidos en el Hospital II-2 Moyobamba, Región San Martín entre los años 2014-2016 [Tesis]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2019 [citado 18/03/2020]. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3577>
 9. Aliaga R, Alejandro G. Ideación suicida y sus factores asociados en pacientes con diagnóstico reciente de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana mediante el empleo del Columbia Suicide-Severity Rating Scale, en el Hospital General Enrique Garcés, durante el periodo marzo 2016 - septiembre 2016. [Tesis]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016 [citado 18/03/2020]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/13925>
 10. Zhonghua L, Xing B, Xue Z. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. *Chin J Epidemiol* 2020;41(02):145-51.
 11. Yan L, Liming X. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19): papel de la TC de tórax en el diagnóstico y manejo: *American Journal of Roentgenology* 2020;214:1-7.
 12. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet* 2020;395:912-20.
 13. Mejía CR, Rodríguez-Alarcon JF, Carbajal M, Perez-Espinoza P, Porrás-Carhuamaca LA, Sifuentes-Rosales J, et al. Fatalismo ante la posibilidad de contagio por el coronavirus: Generación y Validación de un instrumento (F-COVID-19). *Kasmera* 2020; 48(1):e48118022020.
 14. Liu X, Kakade M, Fuller CJ, Fan B, Fang Y, Kong J, et al. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Compr Psychiatry* 2012;53(1):15-23.
 15. Sprang G, Silman M. Posttraumatic Stress Disorder in Parents and Youth After Health-Related Disasters | *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* | Cambridge Core. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 2013;7(1):105-10.
 16. Xiao Y, Zhang T, Gu X, Lee J, Wang H. The Roles of Individual and Psychosocial Factors in Predicting Quality of Life Among Working Women in Shanghai. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(5):32-8.
 17. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Strivens-Vilchez H, Gonzalez-Perez R, Martinez-Augustin O, Peralta-Ramirez MI. Hair cortisol levels, psychological stress and psychopathological symptoms as predictors of postpartum depression. *PloS One* 2017;12(8):e0182817.
 18. Rodríguez-Ramos Á, Moriana JA, García-Torres F, Ruiz-Rubio M. Emotional stability is associated with



the MAOA promoter uVNTR polymorphism in women. *Brain Behav* 2019;9(9):e01376.

19. Lee Y, Park S. The mental health of married immigrant women in South Korea and its risk and protective factors: A literature review. *Int J Soc Psychiatry* 2017;64(1):80-91.

20. Shah A, Kashyap R, Tosh P, Sampathkumar P, O'Horo JC. Guide to Understanding the 2019 Novel Coronavirus. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2020 [citado 18/03/2020];95(4):646-52. Disponible en:

<https://doi.10.1016/j.mayocp.2020.02.003>

21. Segura Cardona A, Hernández Calle J, Cardona Arango D, Segura Cardona A. Depresión en el adulto mayor: Un estudio en tres ciudades de Colombia. *Salud Uninorte* 2018;34(2):409-20.

22. Sanabria MV, Chaves JCV, Solano GM, Romero GH. Suicidio en adultos mayores en Costa Rica durante el

período 2010-2014. *Med Leg Costa Rica* 2017; 34(1):2-25.

23. Pennycook G, Ross RM, Koehler DJ, Fugelsang JA. Atheists and Agnostics Are More Reflective than Religious Believers: Four Empirical Studies and a Meta-Analysis. *PloS One* 2016;11(4):e0153039.

24. Finley AJ, Tang D, Schmeichel BJ. Revisiting the Relationship between Individual Differences in Analytic Thinking and Religious Belief: Evidence That Measurement Order Moderates Their Inverse Correlation. *PloS One* 2015;10(9):e0138922.

25. Baker JO, Stroope S, Walker MH. Secularity, religiosity, and health: Physical and mental health differences between atheists, agnostics, and nonaffiliated theists compared to religiously affiliated individuals. *Soc Sci Res* 2018;75:44-57.

26. Ledermann DW. El hombre y sus epidemias a través de la historia. *Rev Chil Infectol* 2003;20:13-7.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de autoría

Todos los autores han contribuido con la idea del proyecto, desarrollo del instrumento de recolección de datos, desarrollo del piloto, recolección de la información, procesamiento de los datos, análisis estadístico, redacción del manuscrito y aprobación de la versión final del manuscrito.

