



CARTAS CIENTÍFICAS

La voluntad de vivir en tiempos de la COVID-19: un estudio con adultos mayores peruanos



The will to live in COVID-19 times: A study with Peruvian older adults

Sr. Editor:

En las últimas semanas, el número de personas infectadas y las muertes asociadas con la nueva COVID-19 se han incrementado. Según el sitio web de la Johns Hopkins University [actualizado al 27 de abril del 2020], existen 3.020.117 casos confirmados, 209.799 muertes y 885.975 personas recuperadas. Del total de las muertes a nivel mundial, la mayoría fue de adultos mayores (AM)¹. En el Perú, al 27 de abril del 2020, el Ministerio de Salud ha reportado 28.699 casos confirmados y 782 fallecidos, de los cuales 521 son AM. La rápida propagación de la COVID-19 y su tasa de mortalidad podrían incrementar el riesgo de sufrir problemas de salud mental, empeorar síntomas psiquiátricos preexistentes y deteriorar el funcionamiento diario². En este contexto, la búsqueda de factores predictores de la salud mental en la vejez es de suma importancia teórica y práctica.

La voluntad de vivir (VV) es un indicador de salud mental y longevidad, entendida como la expresión psicológica del compromiso con la vida y el deseo de continuar existiendo, conformada por componentes instintivos y cognitivos interrelacionados³. La VV es especialmente importante para los AM, ya que, al estar en una etapa cercana a la muerte, las pérdidas en distintas áreas de la existencia aumentan, lo cual, puede llevarlos a preguntarse si vale la pena seguir viviendo⁴. Estas pérdidas pueden incrementarse en el contexto actual de la emergencia sanitaria. En este escenario, y teniendo en cuenta las posibles implicaciones prácticas derivadas del diagnóstico de la VV, el objetivo de la presente carta fue comparar la VV de un grupo de AM en dos períodos de tiempo: T1 = dos semanas antes de la declaración de la emergencia sanitaria en el Perú por la COVID-19 y, T2 = tres semanas después de la misma. Adicionalmente, se comparó también la ansiedad generalizada (AG) y la satisfacción con la salud.

Participaron 25 AM ($M_{\text{edad}} = 79,20$; $DE = 6,76$; 52% mujeres) residentes en un albergue de la ciudad de Lima. Se excluyeron a quienes presentaban problemas físicos graves o discapacidad aparente, así como aquellos que informaron estar o haber estado bajo algún tratamiento psiquiátrico durante el último año. Para recolectar información, se aplicó un ítem único para medir la VV (si pudieras describir tu voluntad de vivir, en una escala de 0 al 5, dirías que es: 5 = muy fuerte, 4 = fuerte, 3 = intermedia, 2 = débil, 1 = muy débil, 0 = no hay voluntad de vivir) y un ítem único para medir la satisfacción con la salud (¿qué tan satisfecho/a está con su salud?). Ambas medidas fueron utilizadas en un estudio previo sobre la VV

en AM peruanos⁵. También, se aplicó la *generalized anxiety disorder scale-2 (GAD-2)*⁶.

Los resultados indican que, luego de tres semanas de declarada la emergencia sanitaria en el Perú por la COVID-19, la VV ($t = 3,53$; $gl = 24$; $sig. = 0,002$; $d = 0,704$; IC 95%: 0,34 a 1,51) y la satisfacción con la salud ($t = 2,87$; $gl = 24$; $sig. = 0,008$; $d = 0,575$; IC 95%: 0,06 a 1,2) disminuyeron significativamente y con un tamaño del efecto moderado. Por otro lado, la ansiedad se incrementó durante este mismo período ($t = -4,330$; $gl = 24$; $sig. = 0,000$; $d = 0,867$; IC 95%: 0,33 a 1,50) de manera significativa y con un tamaño del efecto grande (fig. 1). Estos resultados son esperables. Por ejemplo, durante la fase inicial del brote de la COVID-19, en China, aproximadamente un tercio de los encuestados informaron una ansiedad de moderada a severa⁷. Así también, se reportó un estado de salud autovalorado como pobre o muy pobre que está asociado con un mayor impacto psicológico del brote⁷. Un análisis de regresión lineal múltiple, tres semanas después de la declaración de la emergencia, indicó que la ansiedad y la satisfacción con la salud explican el 19,3% de la VV ($R^2_{\text{ajustada}} = 0,193$). El valor F de anova ($F = 3,864$, $p = 0,036$) indica la presencia de una relación lineal significativa entre las variables predictoras (ansiedad y salud) y la variable VV. El coeficiente β (0,508) indica que la variable de satisfacción con la salud presenta el mayor poder predictivo sobre la VV. Esto indica también que pueden existir otras variables involucradas en los cambios de la VV que deben ser estudiadas.

La COVID-19 plantea importantes desafíos para el tratamiento de la salud mental de los AM². En este sentido, los resultados expuestos permiten sugerir a los profesionales y responsables de la formulación de las políticas públicas en salud que deben considerar la voluntad de vivir, la satisfacción con la salud y la ansiedad dentro de los esfuerzos para mejorar y preservar el envejecimiento exitoso³.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med*. 2020;382:1199–207. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>.
- Yang Y, Li W, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, Xiang YT. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:e19. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30079-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30079-1).
- Shrira A, Carmel S, Tovel H, Raveis VH. Reciprocal relationships between the will-to-live and successful aging. *Aging Ment Health*. 2019;23:1350–7. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2018.1499011>.
- Zamir A, Granek L, Carmel S. Factors affecting the will to live among elderly jews living in Israel. *Aging Ment Health*. 2020;24:550–6. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2018.1537361>.
- Caycho-Rodríguez T, Rondón-Jara E, Domínguez-Vergara J, Cabrera-Orosco I. Voluntad de vivir en adultos mayores peruanos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2020;55:126–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2019.09.006>.

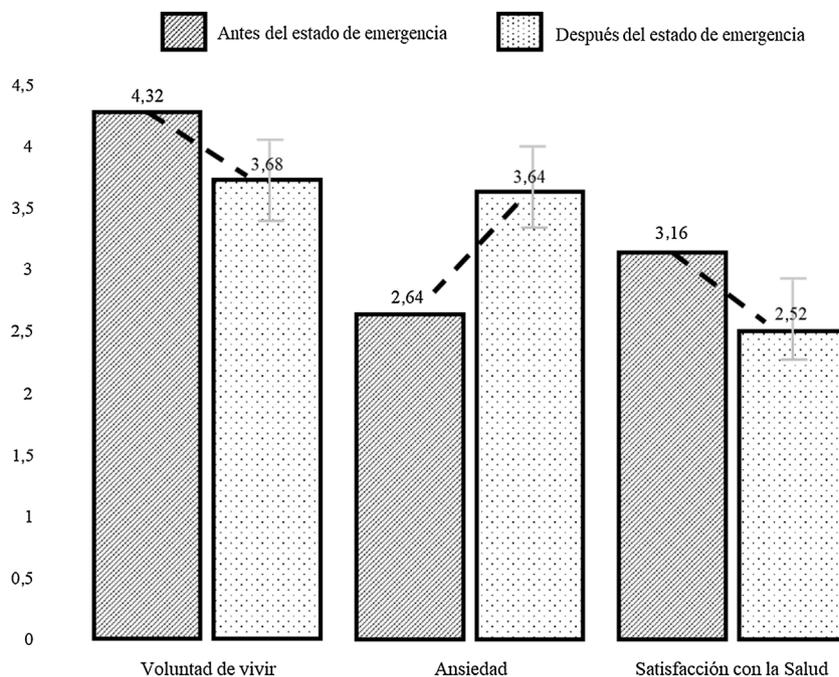


Figura 1. Diferencias en la voluntad de vivir, ansiedad y satisfacción con la salud antes y después del estado de emergencia en el Perú.

- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med.* 2007;146:317-25, <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-00703060-00004>.
- Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:1729, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>.

^a Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada del Norte, Lima, Perú

^b Facultad de Humanidades, Universidad Continental, Huancayo, Perú

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tomás.caycho@upn.pe (T. Caycho-Rodríguez).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.09.007>

Tomás Caycho-Rodríguez^{a,*}, Miguel Barboza-Palomino^a, José Ventura-León^a e Isabel Cabrera-Orosco^b

Síndrome de Gradenigo en paciente anciano con colesteatoma



Gradenigo syndrome in an elderly patient with cholesteatoma

Sr. Editor:

El término síndrome de Gradenigo (SG) se ha aplicado clásicamente a pacientes con otitis media complicada con petrositis apical y con dolor en el trayecto del nervio trigémino con parálisis del sexto par craneal. Sin embargo, la petrositis apical puede no producir todos los signos clínicos asociados con la tríada original del SG y, por el contrario, parte o la totalidad de la tríada del SG original puede verse en otras entidades infecciosas o no infecciosas y no debido a una petrositis apical; estos casos se han descrito recientemente como simuladores de SG¹.

Se presenta el caso de un paciente varón de 82 años con antecedentes personales de hipertensión, diabetes mellitus y colesteatoma en seguimiento por Otorrinolaringología (ORL) que se presentó al servicio de Urgencias por cuadro de fiebre y otalgia derecha. Se encontraba en tratamiento con metformina 1.000 mg cada 12 h, losartán 100 mg cada 24 h, bendroflumetazina 12,5 mg cada 24 h, paracetamol 1 g y codeína 30 mg. En relación con su estado cognitivo tenía diagnóstico de déficit cognitivo en seguimiento por su médico de cabecera. El paciente deambulaba con la

ayuda de un andador y era capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria, vivía solo con 2 cuidadores que acudían en 2 ocasiones al día. Destacaba un documento de voluntades anticipadas con orden de ONR (orden de no reanimar).

Según refería el paciente, había comenzado con otalgia y supuración en el oído derecho hacía 48 horas con pico febril en las últimas 24 horas. Al examen físico destacaba exoftalmia del ojo derecho, diplopía binocular derecha y parálisis del sexto par craneal, asociado a hipocúscia severa y dolor hemifacial derecho. La sospecha inicial en Urgencias fue de trombosis séptica de seno cavernoso; se comenzó tratamiento empírico con ceftriaxona y se solicitó TAC de cráneo con contraste que fue reportado como normal sin visualizar trombosis de seno cavernoso. El paciente ingresó en el servicio de Medicina Interna donde se continuó el tratamiento antibiótico y se interconsultó con ORL, que al valorar al paciente sospechó SG; se realizó TAC de peñasco y mastoides (fig. 1) que demostró erosión ósea nueva comparado con el TAC reciente. Al no poder realizar RMN (paciente con marcapasos) se solicitó estudio de imagen nuclear (fig. 2) que confirmó el diagnóstico de apicitis petrosa. El cultivo de secreciones de oído medio demostró *Pseudomonas aeruginosa*, y se cambió el tratamiento con ceftazidima y ciprofloxacino intravenoso según sensibilidad. Tras 2 semanas de tratamiento parenteral la PCR bajó de 13 (inicial de 254) y el paciente presentó una mejoría sintomática, especialmente del dolor y otitis media, aunque persistía la parálisis del sexto par. El paciente fue dado