

Análisis comparativo de la calidad de vida y la ansiedad en jóvenes estudiantes universitarios y adultos mayores

ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL Y REBECA LAURA MARTÍNEZ CAMARENA
*Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México*

Resumen

El propósito de la investigación fue describir la calidad de vida y ansiedad en 214 estudiantes universitarios y 176 adultos mayores. Se obtuvieron correlaciones moderadas, negativas y significativas entre calidad de vida y ansiedad en estudiantes y en ancianos. Se analizaron los problemas que más preocupaban a ambos grupos de estudio: problemas académicos (estudiantes) y problemas familiares (ancianos). Los ancianos percibieron mejor calidad de vida y menor ansiedad que los estudiantes. El ingreso económico afectó la calidad de vida de ambos grupos. Los ancianos que reportaron estar enfermos percibían un deterioro en su calidad de vida. Sólo entre mujeres se encontraron diferencias significativas en calidad de vida y en ansiedad entre muestras. Se concluye que la calidad de vida se afecta por la ansiedad en las muestras estudiadas.

Palabras clave: calidad de vida, ansiedad, estudiantes universitarios, adultos mayores.

Comparative analyses of quality of life and anxiety in young university-students and elder adults

The purpose of the research was to describe Quality-of-life and anxiety on 214 university students and

176 elder adults. The correlations between quality-of-life and anxiety were moderated, negative and significant, in students and elders. The problem that most worry to the students was school, and family to elders. Elder adults have a better perception about quality-of-life, and less levels of anxiety, than university students. The economy affects quality-of-life of both groups. Sick elder adults perceived deterioration about their quality-of-life. There was a difference about quality-of-life and anxiety only between women of both samples. It is conclude than quality-of-life is affected by the anxiety in the studied samples.

Key words: Quality-of-life, anxiety, college students, elder adults.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una de las enfermedades mentales más comunes en cualquier edad del ser humano (Lader, 2001; Stuart-Hamilton, 2002; Aleixandre, 2004), es una respuesta ante el peligro, que por lo general exagera la situación peligrosa o minimiza la propia capacidad para resolverla (Williams & Hargreaves, 1998). La ansiedad puede definirse como *“un estado mental caracterizado por la creencia de que algún evento futuro implica un posible peligro incierto, el objetivo de evitar el peligro, y el objetivo de saber si el*

Correspondencia en relación al presente estudio, deberá dirigirse a: Ana Luisa González-Celis Rangel. Lisboa No. 5, Jardines de Bella Vista, Tlalnepantla, Estado de México, 54054. Correo-e: algcr@servidor.unam.mx; algcr10@hotmail.com

peligro será real o no" (Miceli & Castelfranchi, 2005, p. 294), inhabilitando a la persona ansiosa a encontrar una estrategia para alejarse o modificar el evento amenazante.

Si se sabe manejar adecuadamente la ansiedad, puede ayudar a superar situaciones de peligro y a actuar ante situaciones amenazantes, pero de no ser así, puede hacer que el desempeño no sea el idóneo (Williams & Hargreaves, 1998; Montorio, 2000; Lader, 2001; Miceli & Castelfranchi, 2005), al mismo tiempo que puede estar acompañada de síntomas somáticos de tensión (Bados, 2001). La ansiedad puede confundirse con el miedo, ya que ambos estados se presentan ante una situación de peligro, sin embargo, la diferencia radica en que la situación amenazante está bien definida en el miedo, mientras que en la ansiedad no se conoce y, por lo tanto, no se sabe qué hacer ante ella para poder superarla (Miceli & Castelfranchi, 2005).

Para que una persona pueda decir que está experimentando la ansiedad, es necesario que identifique los diferentes síntomas, como tasa cardíaca elevada, taquicardia, sudoración, hormigueo, hiperventilación, entre otros; sin embargo, es posible que se encuentre ante una situación amenazante, pero si la persona no se da cuenta de que está sufriendo cambios fisiológicos ante ésta, no reportará haber tenido síntomas de ansiedad (Derakshan & Eysenck, 2001).

La ansiedad ha sido estudiada como parte de otros constructos más amplios como el estrés y el miedo al fracaso, y poco se ha estudiado la ansiedad por sí sola (Stöber & Pekrun, 2004). En el caso de los estudiantes, éstos pueden experimentar una gran variedad de situaciones estresantes que incluyen a sus compañeros, maestros, tareas y exámenes (Spangler, Pekrun, Kramer, & Hofmann, 2002), lo que puede afectar negativamente la ejecución de sus actividades

académicas debido a la falta de estrategias de codificación y organización de las tareas, que se ven aun más alterados por la preocupación (Veenman, Kerseboom, & Imthorn, 2000). Además, no saben usar efectivamente estrategias de afrontamiento ante los eventos que les causan ansiedad (Stöber & Pekrun, 2004), en comparación con los adultos mayores, que las han desarrollado y aprendido a utilizar con efectividad (González-Celis & Padilla, 2006).

Por otro lado, a pesar de que es muy común que los adultos mayores se quejen de sufrir ansiedad, aun no se conoce su naturaleza ni su significancia clínica (Ownby, Harwodd, Arker, & Duara, 2000) y ésto puede deberse a que los síntomas que ellos presentan no encajan en los criterios del DSM-IV; sin embargo, la experimentan y es suficiente para que interfiera en sus vidas (Kogan, Edelstein, & Mc Kee, 2000). En un estudio realizado con adultos mayores por Himmelfarb y Murrell (1984), se encontró que los síntomas de ansiedad estaban presentes en el 17% de los hombres y el 21.5% de las mujeres. La prevalencia de los trastornos de ansiedad en la vejez es suficientemente alta como para merecer atención clínica (Ownby et al., 2000), pero su estudio en adultos mayores no es muy frecuente (Snyder, Stanley, Novy, Averill, & Beck, 2000).

El 86% de las personas mayores de 65 años tiene al menos una enfermedad física crónica y el 50% tiene dos o más, es por ello que el diagnóstico de la ansiedad en la vejez es todavía más complicado, ya que el avance de la edad se acompaña del deterioro físico en las personas y los síntomas de este deterioro pueden confundirse con los de la ansiedad (Kogan et al., 2000; Sheikh & Cassidy, 2000), aunque los síntomas de la ansiedad son muy comunes en los adultos mayores (Colidge, Segal, Hook, & Stewart, 2000). Sin

embargo, algunas ocasiones los síntomas que experimentan los adultos mayores pueden ser resultado de un desorden médico, o incluso pueden ocurrir simultáneamente (Kogan et al., 2000) y, por lo tanto, confundirse, ya que en la edad adulta se enfatizan las experiencias somáticas más que las cognitivas (Stanley & Novy, 2000). Otro factor que interfiere en el diagnóstico de la ansiedad en los adultos mayores es la dificultad para diferenciarla de la depresión, y la tendencia a resistirse a la evaluación psiquiátrica (Sheikh & Cassidy, 2000). Forsell y Winblad (1997) suponían que algunas variables como el género, el estado civil, el nivel escolar, los impedimentos sensoriales o las enfermedades físicas podían predecir la ansiedad, pero encontraron que no están relacionados.

En la vejez, la ansiedad es un tema muy complejo, ya que los criterios de diagnóstico y medición utilizados en esta cohorte han sido desarrollados para población más joven, por lo que es de suma importancia desarrollar estrategias propias para estudiar la ansiedad en adultos mayores, que tomen en cuenta los aspectos particulares de esta etapa de la vida (Kogan et al., 2000; Colidge et al., 2000; Segal, 2000; Sheikh & Cassidy, 2000).

Las diferencias en la presentación y experimentación de la ansiedad tanto en los adultos mayores como en los adultos jóvenes pueden radicar en los cambios que ocurren con la edad, a nivel neurológico, físico y social. Esto se debe a la transición que se vive en estas etapas de la vida (Chen, Cohen, Kasen, Gordan, Dufur & Smailes, 2004). Por ejemplo, las respuestas ante el estrés y la ansiedad en mujeres se ven afectadas por los cambios en hormonas reproductivas; las mujeres menopáusicas y posmenopáusicas que no toman estrógenos mostraron mayor respuesta ante las situaciones estresantes, en comparación con las mujeres premeno-

páusicas (Kogan et al., 2000). En cuanto a la ansiedad, ningún estudio ha reportado diferencias significativas por género, al menos en términos de ansiedad generalizada; no obstante, Himmelfarb y Murrell (1984) encontraron diferencia clínicamente significativa en la ansiedad, donde el 7% de los hombres, en contraste con el 22% de las mujeres, fue diagnosticado de esa manera.

Son muy pocos los estudios en los que se han comparado cohortes tan diferentes en cuanto a ansiedad se refiere. Colidge et al. (2000) examinaron la relación entre ansiedad, desórdenes de personalidad y estrategias de afrontamiento en 28 ancianos ansiosos de entre 55 y 89 años, 100 ancianos no ansiosos entre 55 y 79 años, y 132 adultos jóvenes ansiosos entre 17 y 30 años. Encontraron niveles de ansiedad y personalidad disfuncional más bajos en los ancianos que en los adultos jóvenes. Las estrategias de afrontamiento también fueron más adecuadas entre los grupos de adultos mayores ansiosos que en los ansiosos más jóvenes, lo que indica que los ancianos presentan menores niveles de ansiedad que los más jóvenes (Stanley & Novy, 2000).

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es el desorden de ansiedad más prevalente en la vejez (Dugas, 2000; Hopko et al., 2000; Stanley & Novy, 2000); sin embargo, es el que menos atención ha recibido, ya que la mayoría de los ancianos no busca ayuda porque cree que sus síntomas son un rasgo de su personalidad que no pueden modificar (Dugas, 2000). Este trastorno está caracterizado por la excesiva preocupación, agitación, fatiga, tensión muscular, falta de sueño, irritabilidad y dificultad de concentración (Dugas, 2000; Stanley & Novy, 2000).

Uno de los primeros estudios que examinó las características clínicas del Trastorno

de Ansiedad Generalizada en la vejez indicó que los niveles de preocupación, ansiedad, fobias sociales y depresión de los adultos mayores eran similares a los de las cohortes más jóvenes (Stanley & Novy, 2000). Por su parte, Kogan et al. (2000) aseguran que el 7.3% de los adultos sufre algún tipo de ansiedad, mientras que el 5.5% de los adultos mayores la padece. Al parecer, los investigadores se han acercado a estudiar la ansiedad en adultos mayores suponiendo que la manera en la que ellos y los adultos jóvenes experimentan este trastorno es igual, no obstante, existe evidencia de que ambos grupos experimentan o interpretan la ansiedad de manera muy distinta, inclusive existe diferencia entre los ancianos de 65 y los de 90 años (Chen et al., 2004).

La coexistencia de la ansiedad y otras enfermedades mentales, como la depresión (González-Celis, 2009) y la demencia, también hace muy difícil el diagnóstico en adultos mayores (Colidge et al., 2000; Kogan et al., 2000; Segal, 2000; Sheikh & Cassidy, 2000; Stanley & Novy, 2000); asimismo, puede presentarse junto con el alcoholismo o el uso de otras sustancias (Kaufman & Charney, 2000) y la prevalencia de estos trastornos afecta negativamente la calidad de vida del adulto mayor (Hopko, et al., 2000). Se espera que la gente con niveles altos de ansiedad perciba los síntomas con mayor intensidad y así, una mala calidad de vida. Esta población también es propensa a sobresaltarse por las sensaciones internas y las vuelven catastróficas, no porque su salud sea mala, sino que exista una asociación entre el comportamiento saludable y la discapacidad que puede ocasionar (McLeish, Zvolensky, Smits, Bonn-Miller, & Gregor, 2007).

Las preocupaciones de los adultos mayores se enfocan más hacia su salud y se preocupan poco por el trabajo, mientras que los

adultos jóvenes están más preocupados por su familia y la economía (Stanley & Novy, 2000). Lo mismo sucede con los adultos jóvenes, ya que en una investigación que se realizó con niños y adolescentes de hasta 18 años (Chen et al., 2004), se construyó y validó un instrumento de calidad de vida para adultos jóvenes de entre 18 a 25 años; en él se encontró que las mujeres reportaran mejor calidad de vida en aspectos como relaciones sociales, actividades estresantes y el papel moral del otro, mientras que los hombres tuvieron mejores valores en salud física y afecto negativo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la calidad de vida como *“la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en el cual ellos viven con relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses”* (Harper & Power, 1998, p. 551), incluyendo lo que la persona es capaz de hacer, los recursos con los que cuenta para lograr sus intereses, la sensación de bienestar y la satisfacción de sus necesidades, en función del medio ambiente al cual pertenece (González-Celis, 2005), como son la familia, la escuela o trabajo, la relación de pareja, etc., y que representan factores importantes para el funcionamiento humano (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2001).

En la etapa de la vejez se observa una disminución de las capacidades, agotamiento en la salud y en las habilidades cognitivas de la persona, así como aislamiento y pérdida económica (González-Celis, 2005) y si se sufre enfermedades crónicas - muy comunes en esta edad - implica un deterioro y limitación para la persona, impuestos por el simple paso de los años (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2001), lo que afecta en la percepción más deteriorada de su calidad de vida.

Tanto los adultos jóvenes como los adul-

tos mayores están en una etapa de muchos cambios. Los primeros están en la transición entre la adolescencia y la adultez madura; los adolescentes que dependen económicamente de sus padres y sólo acuden a la escuela, tienen cambios muy rápidos y repentinos en el papel que desempeñan al entrar a la adultez, adquieren nuevas ocupaciones y compromisos como un trabajo o una pareja estables, asumen verdaderas responsabilidades y deben decidir que hacer con sus vidas (Chen et al, 2004).

Los adultos mayores, por su parte, sufren de una serie de deterioros a nivel biológico, psicológico y/o social, principalmente pérdidas en la salud, de las capacidades y rendimiento cognitivo, de la memoria y del funcionamiento psicológico, carencia de trabajo y disminución de sus ingresos económicos; asimismo, se ve debilitada su red de apoyo social y del estatus social. Toda esta serie de pérdidas en el adulto mayor implica varias situaciones estresantes a las que se debe enfrentar el anciano, causando en él ansiedad que le impide adaptarse a esta nueva etapa de su vida (González-Celis, 2003).

De ahí la importancia de evaluar las diferencias en cuanto a la presencia de ansiedad entre los dos grupos de edad, ancianos y jóvenes estudiantes, con la finalidad de ser consideradas en un futuro e intervenir oportunamente, para asegurar un decremento en los niveles de ansiedad y, por ende, mejorar la calidad de vida.

El propósito de este estudio es describir, comparar y establecer la relación entre los niveles de ansiedad y calidad de vida en un grupo de jóvenes estudiantes universitarios y un grupo de adultos mayores, así como describir y comparar los niveles de los cuatro dominios de calidad de vida. También se pretende establecer diferencias debidas al género, ingreso económico y salud. Asimismo, debido a que los problemas que reportan las personas son

importantes detonadores de la ansiedad, se describen los principales problemas que presentan ambos grupos de edad.

MÉTODO

Participantes

Se realizó un diseño transversal correlacional con dos muestras, una de estudiantes jóvenes universitarios y otra de adultos mayores. Se seleccionaron por conveniencia a 214 estudiantes de las diferentes carreras que se imparten en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), de manera voluntaria, con un rango de edad de 17 a 26 años ($M = 20$, $DE = 2$), de los cuales 65% pertenecía al género femenino y el 35% restante al género masculino.

También se seleccionaron por conveniencia a 176 adultos mayores con un rango de edad entre 60 y 88 años de edad ($M = 72$, $DE = 6$), 85.2% mujeres y 14.8% hombres. Todos ellos asistían con regularidad, al menos un día a la semana, a uno de los cuatro centros culturales del Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (INAPAM) de la Ciudad de México.

Instrumentos

Se diseñó una ficha de datos sociodemográficos con la finalidad de obtener información general de los participantes, que constó de 31 ítems para el caso de adultos mayores y 20 ítems para estudiantes universitarios. Se les preguntaron datos como su estado civil, ingreso económico, nivel máximo de estudios, ocupación, actividades en su tiempo libre, religión, problemas o preocupaciones significativas y problemas de salud, entre otros.

Se utilizó también el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, por sus siglas en inglés) desarrollado por Beck en 1988 para evaluar específicamente la severidad de los síntomas de ansiedad de una persona. Consta de

Tabla 1. Medidas descriptivas de los instrumentos aplicados a las muestras de estudiantes universitarios (n = 214) y adultos mayores (n = 176)

Instrumento	M		DE		Mínimo		Máximo	
	Estudiantes	Adultos	Estudiantes	Adultos	Estudiantes	Adultos	Estudiantes	Adultos
WHOQoL	67.8	72.2	12.9	11.8	11	37.5	97	97
BAI	6.3	3.6	8.4	4.9	0	0	42	26

21 reactivos, cada uno de los cuales se califican en una escala de 4 puntos, en donde 0 significa “poco o nada” y 3 “severamente”. Se consideraron los puntajes de calificación de acuerdo con la estandarización en población mexicana (Robles, Varela, Jurado, & Páez, 2001). Los puntajes van de cero a tres, los cuales se suman dependiendo de la respuesta proporcionada. El nivel de ansiedad se considera mínimo cuando el puntaje obtenido va de 0 a 5, leve de 6 a 15, moderado de 16 a 30 y severo de 31 a 63.

El instrumento Calidad de Vida (WHO-QoL-Bref, por sus siglas en inglés), preparado por la OMS, traducido y adaptado por González-Celis (2002), también se usó. Este mide cuatro dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Consta de 26 ítems con cinco opciones de

respuesta en una escala tipo Likert, que va de uno a cinco puntos. Se obtuvieron cuatro sumas parciales para cada dominio, las cuales se transformaron en una escala de 0 a 100; así también se obtuvo el puntaje total de calidad de vida, donde a mayor la calificación, mejor calidad de vida.

Procedimiento

Estudiantes universitarios:

Los instrumentos se aplicaron en la modalidad de autorreporte y de manera individual. La actividad se llevó a cabo en las instalaciones del FESI. Se siguió el mismo orden de aplicación de las pruebas para todos los participantes.

Adultos mayores:

Los participantes de este grupo fueron entrevistados individualmente y siguiendo el

Tabla 2. Puntuaciones de los dominios de calidad de vida en estudiantes universitarios (n = 214) y adultos mayores (n = 176)

Dominios de calidad de vida	M		DE		Mínimo		Máximo	
	Estudiantes	Adultos	Estudiantes	Adultos	Estudiantes	Adultos	Estudiantes	Adultos
Salud física	70	71	13.74	13.97	31	25	100	100
Salud psicológica	67	71	15.53	15.27	6	25	94	100
Relaciones sociales	72	75	19.62	16.92	0	25	100	100
Medio ambiente	63	73	13.74	14.88	0	25	100	100

mismo orden de aplicación para todos: la ficha de datos sociodemográficos, el WHO-QoL-Breve y el BAI. Para estos dos últimos se utilizaron tarjetas blancas de 11 x 14 cm, en las cuales se imprimió cada una de las opciones de respuesta. Para el caso del WHO-QoL-Breve, se usaron figuras de caritas de sonrientes hasta tristes, para la dimensión de calidad: muy buena, buena, regular, mala y muy mala; para la dimensión de satisfacción se consideraron los siguientes niveles: muy satisfecho, satisfecho, regular, insatisfecho y muy insatisfecho; y con un cuadro completamente relleno de un color hasta vacío, para la dimensión de intensidad, se tomaron los siguientes: completamente, bastante, moderadamente, un poco y nada; asimismo para la dimensión de frecuencia: siempre, muy seguido, moderadamente, a veces y nunca. Las tarjetas de intensidad también se utilizaron al aplicar la prueba BAI.

La duración de la entrevista fue libre atendiendo que no rebasara los 60 minutos. En caso de que en el momento de la entrevista el participante se viera indisposto para continuar con la sesión, ésta se suspendía y se le citaba para otro día. Siempre se cuidó de que la aplicación fuera homogénea para todos los participantes, asimismo, se controlaron las variables extrañas como: ruido, interrupciones, distracciones y fatiga, entre otras.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se presentan las medidas descriptivas de los puntajes totales obtenidos por las dos muestras de participantes en cada uno de los instrumentos (WHOQoL y BAI).

Al establecer relaciones entre los puntajes obtenidos por los estudiantes universitarios en las medidas de calidad de vida y ansiedad mediante un coeficiente de correlación *r* de Pearson, se encontró una asociación moderada, negativa y significativa ($r = -0.38$, $p <$

0.01). Respecto a la muestra de adultos mayores, la fuerza de correlación fue semejante a la de los estudiantes universitarios, moderada, negativa y significativa ($r = -0.37$, $p < 0.01$), lo que indica que a menor puntaje de ansiedad, mayores puntajes de calidad de vida en ambos grupos.

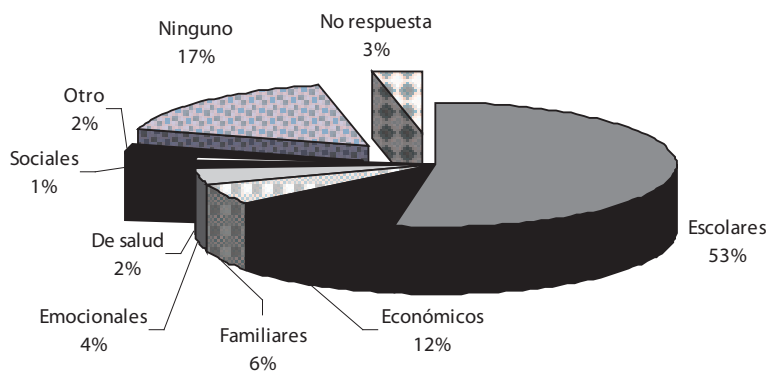
Las puntuaciones medias obtenidas en cada uno de los dominios de calidad de vida aparecen en la Tabla 2, donde resalta que la medida más alta tanto para estudiantes universitarios como para adultos mayores fue para relaciones sociales, con una puntuación de 72 y 75, respectivamente; los puntajes más bajos para estudiantes fueron para medio ambiente universitarios (63) y para los adultos mayores fueron para salud física y salud psicológica, ambos con una puntuación de 71.

Con respecto a los principales problemas que reportaron los estudiantes universitarios, estos fueron escolares, económicos y familiares (Figura 1), mientras que los adultos mayores manifestaron mayor preocupación por la familia, el dinero y la salud (Figura 2).

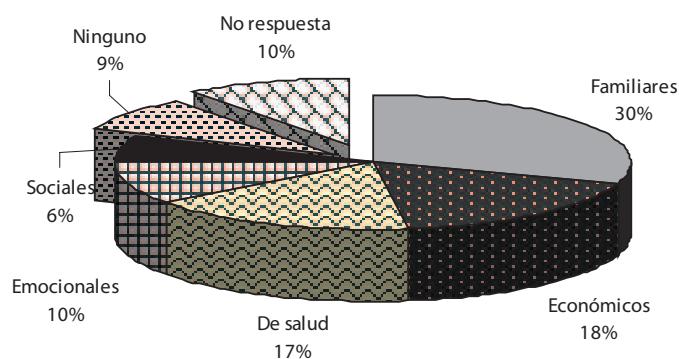
En cuanto a las comparaciones entre ambas muestras de participantes (Tabla 3), se encontró que los adultos mayores manifestaron tener una mayor calidad de vida que los estudiantes universitarios; en cuanto a los niveles de ansiedad, los puntajes de los adultos mayores fueron más bajos que los de los estudiantes universitarios.

En la Tabla 4 se observa que los dominios de calidad de vida en los que se presentaron diferencias significativas entre estudiantes universitarios y adultos mayores fueron salud psicológica y medio ambiente, siendo ambas puntuaciones más altas para los adultos mayores que para estudiantes universitarios, es decir, los adultos mayores se perciben con mayor calidad de vida en el dominio de salud psicológica y encuentran

Figura 1. Problemas o preocupaciones que reportan los estudiantes universitarios.



Preocupaciones que reportan los adultos mayores



más confortable su medio ambiente que los estudiantes universitarios.

Con respecto a las diferencias por género de los participantes (Tabla 5), se encuentra que en ninguna de las dos muestras existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres en calidad de vida.

Por otra parte, se encontró una diferencia significativa en las puntuaciones de calidad de vida (Tabla 6) de aquellos satisfechos con su ingreso económico y aquellos no satisfechos, tanto en la muestra estudiantes universitarios como en adultos mayores.

En la Tabla 7 se observa que la diferencia en la calidad de vida entre los adultos mayores que reportaron estar enfermos o no es significativa; mientras que en los estudiantes universitarios no es significativa. En

ambas muestras la calidad de vida tiende a ser mayor entre quienes expresaron no estar enfermos, que en aquellos que dijeron presentar problemas de salud.

Por otro lado, al analizar las puntuaciones de ansiedad entre mujeres, así como entre hombres de ambas muestras (Tabla 8), se encontró que existe una diferencia significativa en las calificaciones de ansiedad entre mujeres, pero no así entre los hombres, aunque en ambos casos las puntuaciones fueron más altas en los estudiantes universitarios.

En la Tabla 9 se puede notar que las comparaciones de las puntuaciones de calidad de vida indicaron que no hay diferencia significativa entre hombres, pero sí entre mujeres, siendo las mujeres adultas mayores quienes presentaron mejores puntajes

Tabla 3. Comparación de los niveles de calidad de vida y ansiedad entre **estudiantes universitarios (n = 214) y adultos mayores (n =176)**

Variable	Muestra	M	t	gl	p <
Calidad de vida	Estudiantes	67.8	3.48	388	0.001
	Adultos mayores	72.2			
Ansiedad	Estudiantes	6.33	3.93	388	0.001
	Adultos mayores	3.64			

Tabla 4. Comparación en los niveles para los dominios de calidad de vida entre estudiantes universitarios (n=214) y adultos mayores (n=176).

Salud física	Estudiantes	70	0.833	388	NS
	Adultos mayores	71			
Salud psicológica	Estudiantes	67	2.408	388	0.05
	Adultos mayores	71			
Relaciones sociales	Estudiantes	72	1.300	388	NS
	Adultos mayores	75			
Medio ambiente	Estudiantes	63	7.034	388	0.001
	Adultos mayores	73			

de calidad de vida. Las calificaciones de los hombres adultos mayores son prácticamente iguales a las de los universitarios.

DISCUSIÓN

En este estudio las calificaciones de ansiedad de los adultos mayores son más bajas

en comparación con las de estudiantes universitarios. Esto puede explicarse porque las estrategias de afrontamiento que los adultos han desarrollado a lo largo de su experiencia de vida (Montorio, 2000; Aleixandre, 2004) y, por lo tanto, su vulnerabilidad ante los estresores, son menores que en cualquier otro

Tabla 5. Diferencia de los niveles de calidad de vida a partir del género en estudiantes universitarios y adultos mayores

Variable	Muestra	n	M	t	gl	p	
Calidad de Vida	Estudiantes universitarios	Femenino	139	67.50	0.440	212	NS
		Masculino	75	68.32			
	Adultos mayores	Femenino	150	72.83	1.780	174	NS
		Masculino	26	68.40			

Tabla 6. Diferencia de los niveles de calidad de vida entre los que están satisfechos e insatisfechos con su ingreso económico, en estudiantes universitarios y adultos mayores

Variable	Muestra	n	M	t	gl	p	
Calidad de vida	Estudiantes universitarios	Satisfecho	136	70.56	4.434	202	0.001
		Insatisfecho	68	62.41			
	Adultos mayores	Satisfecho	123	73.83	2.730	166	0.007
		Insatisfecho	45	68.53			

Tabla 7. Diferencia de los niveles de calidad de vida entre los que están o no enfermos, en estudiantes universitarios y adultos mayores

Variable	Muestra	n	M	t	gl	p	
Calidad de Vida	Estudiantes universitarios	Enfermo	35	64.01	1.906	212	NS
		Sano	179	68.53			
	Adultos mayores	Enfermo	110	69.53	4.013	174	0.001
		Sano	66	76.6			

Tabla 8. Diferencia en los niveles de ansiedad por sexo entre estudiantes universitarios y adultos mayores

Variable	Muestra	n	M	t	gl	p	
Ansiedad	Femenino	Estudiantes universitarios	139	7.46	4.294	204.31	0.001
		Adultos mayores	150	3.62			
	Masculino	Estudiantes universitarios	75	4.24	0.375	99	NS
		Adultos mayores	26	3.77			

Tabla 9. Diferencia en los niveles de la calidad de vida por sexo entre estudiantes universitarios y adultos mayores

Variable	Muestra	n	M	t	p	
Calidad de vida	Femenino	Estudiantes universitarios	139	67.5	3.656	0.001
		Adultos mayores	150	72.8		
	Masculino	Estudiantes universitarios	75	68.3	0.031	NS
		Adultos mayores	26	68.4		

grupo de edad (Montorio, 2000). Es probable que alta ansiedad repercute en la apreciación de la calidad de vida de las personas y que por ello la calidad de vida percibida por los estudiantes universitarios sea menor que la de los adultos mayores.

Estos resultados indican que tanto en los estudiantes universitarios, como en los adultos mayores, la ansiedad repercute negativamente en su calidad de vida (Hopko et al., 2000). Sin embargo, a diferencia de algunos estudios anteriores (González-Celis & Padilla, 2006), los problemas que los adultos mayores presentaron como los más importantes son la familia, el dinero, y la

salud en tercer lugar; mientras que los estudiantes de este estudio se preocupaban más por la escuela, el dinero y la familia (Stanley & Novy, 2000). La importancia de conocer los problemas o preocupaciones que perciben los individuos se centra en las estrategias de afrontamiento que utilizan y en el impacto que pueda tener en su calidad de vida, ya que se tiene documentado que los adultos mayores emplean distintas estrategias de afrontamiento que los adultos jóvenes (Colidge et al., 2000).

A pesar de las pérdidas que las personas sufren a lo largo de la vida (González-Celis, 2005; Chen, 2004), las enfermedades que

van desarrollando los adultos mayores (Kogan et al., 2000; Sheikh & Cassidy, 2000) y los deterioros que pueden llegar a tener con la edad, las calificaciones de calidad de vida fueron más altas y las de ansiedad más bajas en los adultos mayores que en los estudiantes de esta investigación. Una posible explicación es que en la vejez se han desarrollado las estrategias de afrontamiento adecuadas o más adaptativas y funcionales para enfrentar los problemas de la vida diaria (Stanley & Novy, 2000; González-Celis & Padilla, 2006). Aunque estar enfermo sí altera la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores, tal vez no es lo suficientemente importante para tener una percepción más pobre que la de los más jóvenes.

En cuanto a diferencias por género, se sabe que los cambios fisiológicos en las mujeres son más drásticos que en los hombres, lo cual probablemente repercute en la vida de las personas, sobre todo los cambios hormonales en las mujeres. En este estudio los resultados no son claros para apoyar que la ansiedad y la calidad de vida entre las universitarias sean mayores o mejores, aunque parecen ser más inadecuadas que las de adultos mayores (Kogan et al., 2000).

A pesar de los síntomas por las enfermedades que en los adultos mayores puedan desarrollar aun mayor ansiedad, los estudiantes universitarios tienen un nivel más elevado, grupo al que hay que atender, ya que es muy probable que esta ansiedad la lleven a lo largo de toda su vida y al llegar a una edad avanzada estos niveles aumenten y lleguen a un nivel patológico por la historia de ansiedad de los estudiantes en su edad adulta y en la adultez mayor. Es importante que se estudie cuáles son las estrategias de afrontamiento que desarrollan los adultos mayores, para así intervenir en las poblaciones que más lo necesiten e incrementar la

calidad de vida en la población en general; de ahí que se recomienda tomar en cuenta evaluar y comparar las estrategias de afrontamiento utilizadas en estos dos grupos de edad.

Cabe mencionar que una limitación del presente estudio es la imposibilidad de asegurar que el comportamiento en cuanto a la calidad de vida y la ansiedad que hoy presentan los adultos jóvenes - que es mayor en calidad de vida y menor en ansiedad para el grupo de adultos mayores - pueda modificarse con el paso del tiempo. Sólo mediante un estudio longitudinal se podría valorar la transformación - en caso de que la hubiera - de los niveles de ansiedad y percepción de calidad de vida de los adultos jóvenes de hoy - los adultos mayores de 2050 - con el paso del tiempo, puesto que sería muy aventurado afirmar que el comportamiento que exhibieron los ancianos de la investigación será semejante a la de los jóvenes cuando sean adultos mayores y que, por ende, disminuirán los niveles de ansiedad y mejorará la calidad de vida. Lo que sí queda claro es que la calidad de vida está relacionada con los niveles de ansiedad.

La importancia de estudios comparativos entre dos cohortes, en este caso entre estudiantes universitarios y adultos mayores que pertenecen a dos generaciones con grandes diferencias en su historia de vida, radica en la planeación de estrategias de intervención en edades tempranas, previas a la vejez, que contribuyan en el mejoramiento de la calidad de vida.

Por último, la ansiedad es considerada uno de los trastornos más comunes, por lo que sus síntomas pueden percibirse como leves y no se les presta la atención que debieran, pero tanto quienes la padecen, como los clínicos que la tratan, reconocen sus enormes efectos en la calidad de vida de

quienes tienen algún trastorno de ansiedad. El estudio de la relación entre estas variables es muy reciente (Schneier, 2000).

Es poco lo que se ha estudiado sobre la relación entre calidad de vida y ansiedad, a pesar de que la experiencia clínica sugiere que la calidad de vida puede verse afectada por los trastornos de ansiedad.

Las relaciones sociales, las actividades laborales y en sí la vida en general del paciente con ansiedad pueden verse afectadas debido a los síntomas cognitivos, de activación fisiológica y la conducta de evitación que ocurre en las etapas de ansiedad, por consiguiente, por la desmoralización y vergüenza que pueden traer los síntomas con ellas.

La importancia de la comparación entre ansiedad y calidad de vida radica en el deterioro sustancial en la calidad subjetiva, el funcionamiento objetivo y las circunstancias ambientales de quienes padecen este trastorno. La calidad de vida disminuye a través del distrés que la experiencia de la ansiedad significa para quien la padece, la conducta de evitación y el estigma social que trae consigo el hecho de tener algún desorden emocional.

REFERENCIAS

- Aleixandre, M. (2004). Los trastornos afectivos: depresión y ansiedad. En N. Yuste, R. Rubio, & M. Aleixandre. *Introducción a la psicogerontología* (pp. 195-212). Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (2001). Trastornos de ansiedad, miedos y fobias. En C. Saldaña (Dir. y coord): *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente* (pp. 59-82). Madrid: Pirámide.
- Chen, H., Cohen, P., Kasen, S., Gordan, K., Dufur, R., & Smailes, E. (2004). Construction and validation of a quality of life instrument for young adults. *Quality of Life Research*, 13, 747-759.
- Colidge, F., Segal, D., Hook, J., & Stewart, S. (2000). Personality Disorders and Coping Among Anxious Older Adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(2), 157-172.
- Derakshan, N. & Eysenck, M. (2001). Manipulation of focus of attention and its effects on anxiety in high-anxious individuals and repressors. *Anxiety, Stress and Coping*, 14, 173-191.
- Dugas, M. (2000). Generalized Anxiety Disorder Publications: So Where Do We Stand? *Journal of Anxiety Disorders*, 14(1), 31-40.
- Forsell, Y. & Winblad, B. (1997). Anxiety disorders in non-demented and demented elderly patients: prevalence and correlates (letter). *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 62, 294-295.
- González-Celis, R. A. L. (2002). *Efectos de Intervención de un Programa de Promoción a la Salud sobre la Calidad de Vida en Ancianos*. Tesis Doctoral. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- González-Celis, R. A. L. (2003). Los adultos mayores: un reto para la familia. En: L. L. Eguiluz (Comp.) *Dinámica de la familia* (pp. 127-138). México: Editorial Pax.
- González-Celis, R. A. L. (2005). ¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos? En: L. Garduño, B. Salinas, & M. Rojas *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. (pp. 259-294). México: Plaza y Valdez.
- González-Celis, R. A. L. (2009). Composición factorial del Inventario de Depresión de Beck en ancianos mexicanos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 1(1), 15-28.
- González-Celis, R. A. L. & Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5(3), 501-509.
- Harper, A. & Power, N. (1998). Development of the World Health Organization WHOQoL- Bref Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Himmelfarb, S. & Murrell, S. A. (1984). The prevalence and correlates of anxiety symptoms in older adults. *The Journal of Psychology*, 116, 159-167.
- Hopko, D., Bourland, S., Stanley, M., Beck, J., Novy, D., Averill, P., & Swann, A. (2000). Generalized

- anxiety disorder in older adults: Examining the relation between clinician severity ratings and patients self-reported measures. *Depression and Anxiety*, 12, 217-225.
- Kaufman, J. & Charney, D. (2000) Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 12, 69-76.
- Kogan, J. N., Edelstein, B. A., & Mc Kee, D. R. (2000). Assessment of anxiety in older adults: Current status. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(2), 109-132.
- Lader, M. (2001). Ansiedad en ancianos. En: D. Wheatley & D. Smith. *Psicofarmacología de los trastornos cognoscitivos y psiquiátricos en el anciano*. (pp. 139-152). España: Ed. Masson.
- McLeish, A., Zvolensky, M., Smits, J., Bonn-Miller, M., & Gregor, K. (2007). Concurrent associations between anxiety sensitivity and perceived health and health disability among young adult daily smokers. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(1), 1-11.
- Miceli, M. & Castelfranchi, C. (2005). Anxiety as an "epistemic" emotion: An uncertainty theory of anxiety. *Anxiety, Stress, and Coping*, 18(4), 291-319.
- Montorio, I. (2000). Tratamiento conductual de la ansiedad. En: I. Montorio & M. Izal (Eds.) *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. (pp. 11-175). Madrid: Ed. Síntesis.
- Ownby, R., Harwood, D., Arker, W., & Duara, R. (2000). Predictors of anxiety in patients with Alzheimer's disease. *Depression and Anxiety*, 11, 38-42.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Sánchez-Sosa, J. J. & González-Celis, R. A. L. (2001). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: V. Caballo [Director]. *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. (pp. 473-492). Madrid: Ed. Pirámide.
- Schneier, F.R (2000). Calidad de vida en los trastornos de ansiedad. En H. Katschnig, H. Freeman, & N. Sartorius (Ed.). *Calidad de vida en los trastornos mentales*. (pp. 141-155). Barcelona: Masson.
- Segal, D. (2000). Introduction to the Special Issue on Anxiety in the Elderly. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(2), 105-107.
- Sheikh, J. & Cassidy, E. (2000). Treatment of anxiety disorders in the elderly: Issues and strategies. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(2), 173-190.
- Snyder, A. Stanley, M. Novy, D. Averill, P. & Beck, J. (2000). Measures of depression in older adults with generalized anxiety disorder: A psychometric evaluation. *Depression and Anxiety*, 11, 114-120.
- Spangler, G., Pekrun, R., Kramer, K., & Hofmann, H. (2002). Students' emotions, physiological reactions, and coping in academic exams. *Anxiety, Stress and Coping*, 15(4), 413-432.
- Stanley, M. & Novy, D. (2000). Cognitive-behavior therapy for generalized anxiety in late life: An evaluative overview. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(2), 191-207.
- Stöber, J. & Pekrun, R. (2004). Advances in test anxiety research. *Anxiety, Stress, and Coping*, 17(3), 205-211.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *Psicología del envejecimiento*. (pp. 172-202). Madrid: Ediciones Morata.
- Veenman, M., Kerseboom, L., & Imthorn, C. (2000). Test anxiety and metacognitive skillfulness: availability versus production deficiencies. *Anxiety, Stress, and Coping*, 13, 391-412.
- Williams, J. & Hargreaves, I. (1998). Neurosis: Trastornos depresivos y de ansiedad. En A. Lazarus, & A. Colman (Comp.): *Psicología anormal*. (pp. 23-62). México: Fondo de Cultura Económica.

Recibido el 19 de Mayo, 2009

Revisión final 4 de Julio, 2009

Aceptado el 6 de Julio, 2009