



## Relación entre ansiedad y calidad de vida en personas con discapacidad motora de Manabí

**Autores:** Génesis Cecilia Cedeño Casquete  
Pontificia Universidad Católica del Ecuador, **PUCE**  
[gccedeno@pucesa.edu.ec](mailto:gccedeno@pucesa.edu.ec)  
Ambato, Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0003-2597-7179>

Darwin Raúl Noroña Salcedo  
Universidad Regional Autónoma de los Andes, **UNIANDES**  
[darwin\\_norona@yahoo.com](mailto:darwin_norona@yahoo.com)  
Quito, Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0002-0630-0456>

### Resumen

Esta investigación aborda la relación entre la ansiedad y la calidad de vida en personas con discapacidad motora, centrándose en los aspectos de ansiedad como rasgo y estado. El objetivo fue examinar la asociación entre los niveles de ansiedad y la calidad de vida en este grupo. Se aplicaron el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y la Escala de Calidad de Vida (GENCAT) a 177 participantes. Los resultados revelan que el 53.1% experimenta alta ansiedad estado, el 98.3% presenta alta ansiedad rasgo, y el 67.8% tiene una calidad de vida muy baja. El análisis inferencial muestra una correlación significativa entre ansiedad rasgo y calidad de vida, indicando que aquellos con alta ansiedad rasgo tienen 10.4 veces más probabilidades de tener baja calidad de vida. Sin embargo, la ansiedad estado no muestra una relación clara con la calidad de vida. Estos hallazgos destacan la complejidad de estos fenómenos en la población estudiada, abriendo la puerta a futuras investigaciones para comprender mejor estos aspectos.

**Palabras clave:** ansiedad; calidad de vida; discapacidad; población vulnerable.

**Código de clasificación internacional:** 6112.02 - Fenómenos de grupos minoritarios.

#### Cómo citar este artículo:

Cedeño, G., & Noroña, D. (2023). **Relación entre ansiedad y calidad de vida en personas con discapacidad motora de Manabí.** *Revista Científica*, 8(28), 245-266, e-ISSN: 2542-2987. Recuperado de: <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2023.8.28.13.245-266>

**Fecha de Recepción:**  
05-10-2022

**Fecha de Aceptación:**  
29-04-2023

**Fecha de Publicación:**  
05-05-2023



## Relationship between anxiety and quality of life in people with motor disabilities in Manabí

### Abstract

This research explores the relationship between anxiety and quality of life in individuals with motor disabilities, focusing on trait and state anxiety. The objective was to examine the association between anxiety levels and quality of life in this group. The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the Quality of Life Scale (GENCAT) were administered to 177 participants. Results reveal that 53.1% experience high state anxiety, 98.3% exhibit high trait anxiety, and 67.8% have very low quality of life. Inferential analysis shows a significant correlation between trait anxiety and quality of life, indicating that those with high trait anxiety are 10.4 times more likely to have low quality of life. However, state anxiety does not show a clear relationship with quality of life. These findings underscore the complexity of these phenomena in the studied population, paving the way for future research to better understand these aspects.

**Keywords:** anxiety; quality of life; disability; vulnerable population.

**International classification code:** 6112.02 - Minority group phenomena.

#### How to cite this article:

Cedeño, G., & Noroña, D. (2023). **Relationship between anxiety and quality of life in people with motor disabilities in Manabí.** *Revista Científica*, 8(28), 245-266, e-ISSN: 2542-2987. Recovered from: <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2023.8.28.13.245-266>

**Date Received:**  
05-10-2022

**Date Acceptance:**  
29-04-2023

**Date Publication:**  
05-05-2023



## 1. Introducción

La ansiedad, componente de la esfera emocional humana, se intensifica ante situaciones amenazadoras. Aunque sus respuestas no siempre reflejan peligros reales, se manifiesta en crisis y puede llegar al pánico (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). En la década de 1950, se conceptualizó como un malestar de sobreexcitación ante estímulos intrigantes que generan respuestas automáticas (Malmo, 1957).

En este sentido, Lang (1968): propuso la Teoría Tridimensional de la Ansiedad, que clasifica las respuestas emocionales en categorías cognitiva, fisiológica y comportamental, raramente relacionadas. Paralelamente, Epstein (1972): la considera un estado emocional de miedo. Pero de acuerdo con Lewis (1980): la define como una emoción centrada en eventos futuros desagradables y asociada al peligro.

Estudios sobre la ansiedad en adultos mayores con discapacidad destacan que las limitaciones asociadas a la edad afectan negativamente, generando ansiedad. Además, los cuidadores experimentan estrés y ansiedad al brindar apoyo total a personas dependientes en condiciones severas (Robles-Mejía, Fernández-Aucapiña, Herrera-Hugo y Tapia-Segarra, 2021); (Mbougou, Semino, Coronados y Ruiz, 2018a); (Gualpa, Yambay, Ramírez y Vázquez, 2019).

Para la *American Psychological Association (APA, 2010)*: la ansiedad, es una reacción emocional caracterizada por aprensión y síntomas somáticos que el individuo percibe como riesgo, catástrofe o calamidad inminente. El cuerpo se coloca en posición para afrontar la amenaza percibida. De acuerdo con la teoría de Spielberger (1966): la ansiedad se divide en: Ansiedad estado (AE), condición emocional transitoria, que varían en intensidad y duración, esta puede ser percibida como patológica, debido al aumento de actividad del sistema nervioso autónomo. Ansiedad rasgo (AR), tendencia ansiosa parcialmente estable con diferencias individuales, influenciada por factores



biológicos y aprendidos que giran en torno a la percepción, reacción y el aumento del estado ansioso (Spielberger y Díaz, 1975).

Para que la ansiedad sea considerada normal, su intensidad debe ser ligera, ayudando al sujeto en la resolución de conflictos y su adaptación en diversos contextos (Barlow y Durand, 2001). Mientras que la ansiedad patológica, su presencia es inesperada, involuntaria y consecutiva en ausencia de un estímulo negativo o amenazante (Clark y Beck, 2012). La ansiedad se tiende a confundir con el miedo, la cual es una respuesta emocional ante un estímulo, objeto o fenómeno que es real y es propio de toda reacción normal frente a un peligro, en cambio la ansiedad no se acompaña de objeto tiende a ser interna o desconocida.

Las personas con limitaciones físicas suelen experimentar sentimientos de inferioridad y baja autoestima. Para reducir la ansiedad, se sugiere considerar la fisonomía corporal de esta población, haciendo cambios en el estilo de vida, manteniendo una buena alimentación y realizando actividad física, como se observó en un estudio sobre personas con discapacidad intelectual (Mauro-Martín, et al., 2016).

Como lo hace notar Rendón, Hernández, Alomoto, Landeta, Marcillo y Romero (2018): la inclusión en deportes a personas con deficiencia física, reduce paulatinamente los niveles de ansiedad. Lo que evidencia que el deporte inclusivo que se ajuste a las necesidades y posibilidades físicas aportan beneficios a corto y largo plazo.

La ansiedad se vincula con afectaciones en el rol familiar, laboral, social y bienestar personal, impactando la calidad de vida. En el ámbito de la salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996): la define como la apreciación del individuo sobre su existencia y su interacción con el contexto cultural y valores.

Posterior a eso se fueron desarrollando los primeros modelos hasta la actualidad. Para Szalai (1980): la calidad de vida es una evaluación subjetiva



de sí mismo en cuanto a su nivel de percepción buena o satisfactoria de la vida en su conjunto. Es de considerar que el término satisfacción con la vida se tiende a asociar como sinónimo de la calidad de vida, por lo cual es pertinente diferenciarla. En este sentido, Veenhoven (1994): la define como el grado de complacencia global e indicador de la calidad de vida plena y positiva dentro del contexto del individuo. Por lo cual, la calidad de vida se enfoca en las condiciones y prácticas pertinentes que tienen como fin llevar una buena vida.

Como lo hace notar Ardila (2003): es subjetiva y objetiva, permitiendo tener una evaluación individual del ambiente que se desenvuelve. Adicional a ello, Schwartzmann (2003): considera que está formulada de acuerdo con los criterios personales del estado físico, afectivo, social, y la sintomatología que deriva el problema de salud que posea la persona.

La calidad de vida desde la teoría se la ha estudiado en diversos grupos de mujeres, niños y adultos, pero también en personas con discapacidad. Al respecto, Schalock y Verdugo (2007), citados por Gómez, Verdugo y Arias (2010): exponen que dentro de los estudios de discapacidad se ha poseído una buena aceptación a nivel internacional.

En diversos estudios en personas con capacidad disminuida, se ha constatado la influencia que varios factores tienen para incidir en la calidad de vida de esta población, tales como, la intensidad de las emociones positivas y negativas (Vera, Tánori, Bautista y Rodríguez, 2018); por otra parte, el grado de discapacidad (Verdugo, Torres y González, 2017a); la transitoriedad o permanencia de la misma (Pimienta, Cavallaro, Frank, Redruello, Facundo, Torre y Sánchez, 2019a); y la interacción con el entorno (Gaviria-Bustamante, Amador-Ahumada, Herazo-Beltrán y Hernández, 2019).

Para Verdugo, Arias, Gómez y Schalock (2003): la calidad se divide en ocho dimensiones: Bienestar Emocional grado de placer del individuo que le capacita y permite hacer frente a las demandas o situaciones ambientales. Relaciones Interpersonales, tipo de afecto y logro de necesidades de afiliación



con otra persona. Bienestar Material, solvencia económica para adquirir, administrar sus necesidades materiales. Desarrollo Personal, proceso de evolución o cambios positivos que permite al individuo adoptar nuevas formas de pensamiento y actitudes.

En cuanto al Bienestar Físico, funcionamiento óptimo del cuerpo humano en base a las necesidades básicas de la vida diaria. Autodeterminación, capacidad que tiene el sujeto para dirigir el rumbo de su vida. Inclusión Social, integración y participación en comunidad, sin menoscabar la condición física, social o cultural, de este modo procurando la igualdad de condiciones. Por último, Derechos, condiciones necesarias de toda persona y busca procurar la igualdad de condiciones en el ejercicio de derechos, respeto e intimidad.

La calidad de vida ha sido ampliamente estudiada y se cuenta que está influenciada por factores de riesgo psicosociales, género o variables intervinientes como políticas públicas de los gobernantes, regeneración urbana, rehabilitación e inserción laboral. De lo anteriormente descrito, es poco lo que se conoce en cuanto a la relación que puede tener la ansiedad en la calidad de vida en especial en personas con discapacidad disminuida.

Al respecto, en Ecuador, de acuerdo al último censo ejecutado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2010): de los 14'483 499 habitantes, el 5,6% de la población ecuatoriana, muestra algún tipo de discapacidad, el total de personas con discapacidad motora en la provincia de Manabí, es de 24 168 que constan registradas en el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS, 2021a); siendo su equivalente al 52.73% de la población.

Ahora bien, la condición de discapacidad que predomina en Ecuador, es de tipo motora o física, por ello es necesario considerar las deficiencias corporales y/o viscerales, que derivan una dificultad significativa en la realización de actividades diarias y básicas que permitan la independencia y



autonomía de esta población. En tal sentido, la falta de autonomía en la movilidad, la inserción laboral, discriminación, estereotipos y descalificativos disminuye la probabilidad de tener una vida plena.

En Ecuador, solamente 2 de cada 10 personas con discapacidad accede a empleo digno y a una igualdad formal y material, reflejando desigualdades persistentes a pesar de leyes como el Código del Trabajo (CT, 2005): que establece un 4% de empleabilidad para este grupo. Aunque hay protección constitucional, su cumplimiento es incompleto.

Por otro lado, el presente estudio es importante porque impactará positivamente en la vida de las personas con capacidad disminuida motora, al ser un espacio para dar voz a aquellos que no la tienen. Se está luchando con desigualdades evitables, además de apelar con un principio tutelar de amparo a los más desprotegidos haciendo respetar la ley, y en el futuro este tipo de investigaciones hará que las personas tomen consciencia, no solo desde la moral sino sobre lo legal, porque el no cumplimiento de esto conlleva a sanciones.

Por parte de la ciencia, este estudio arrojó suficiente información empírica que permitió corroborar los postulados y las teorías de los esquemas interpretativos acerca de los trastornos cualitativos y su influencia en la calidad de vida y de cada uno de los aspectos que la conforman como puede ser el mismo estado de discapacidad según sea su gravedad y el limitante para la ejecución de actividades tal como menciona (Pimienta, Cavallaro, Frank, Redruello, Facundo, Torre y Sánchez, 2019b); y (Verdugo, Torres y González, 2017b). El aspecto social de movilidad como lo establece Sáenz (2018a); y entre muchos que se abarcarán en lo posterior.

En tal virtud, la presente investigación tuvo el objetivo de determinar la relación que la ansiedad ejerce en la calidad de vida de las personas con discapacidad motora de Manabí. Para este cometido, se cuantificó el nivel de ansiedad, se caracterizó el nivel de calidad de las personas y se construyó un



marco de referencia, teórico y metodológico, sobre el cual se logró describir los resultados obtenidos en el estudio.

## 2. Metodología

El enfoque de la investigación es cuantitativo, diseño no experimental, transversal de alcances descriptivo y correlacional. Se aplicó dos instrumentos: el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) ideada por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1997a); y la Escala (GENCAT) de Calidad de Vida realizada por Verdugo et al. (2009). La investigación estuvo planificada para abarcar las percepciones de 200 personas, no obstante, la utilización de criterios de selección permite conformar una población final de 177 individuos.

Se incluyeron a todos los miembros de la Fundación Amigos por la Discapacidad de Manabí que presentaban discapacidad motora, mayores de edad y que firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron a los informantes que al momento de la recolección de datos no se encontraban presentes y se eliminaron a los participantes que entregaron los dos cuestionarios, uno o ambos de manera incompleta.

Con relación al Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), elaborada por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1997b): consta de 40 preguntas dispuestas en dos subescalas independientes que son Ansiedad Estado (AE) y Ansiedad Rasgo (AR). El índice de fiabilidad de alfa de Cronbach llegó al 0,91 en AE y 0,89 para AR. La calificación fue sumar las cuatro respuestas en la escala de Likert Nada (0), Algo (1), Bastante (2) y Mucho (3) que corresponde a la AE. Por otra parte, la AR Casi nunca (0), A veces (1), A menudo (2), Casi siempre (3), ambas contienen calificación inversa en algunos ítems. Finalmente se obtiene la puntuación directa de STAI Estado (emoción efímera y pasajera) y Rasgo (tendencia ansiosa constante y parmenente).

Por otro lado, la Calidad de Vida, creada por Verdugo et al., (2009), está



compuesta de 69 ítems, dispuesta en 8 dimensiones: Bienestar emocional (BE), Relaciones interpersonales (RI), Bienestar material (BM), Desarrollo personal (DP), Bienestar físico (BF), Autodeterminación (AU), Inclusión social (IS), Derechos humanos (DR); con opción múltiple en escala de Likert, Siempre o Casi Siempre (1), Frecuentemente (2), Algunas Veces (3), Nunca o Casi Nunca (4), y en otras el puntaje es inverso.

El índice de fiabilidad de alfa de Cronbach es de 0.85, para la obtención de los resultados, se suma los puntajes directos de cada dimensión y se comparan con los baremos personas de otros colectivos, luego esas puntuaciones estándar se contrastan con los percentiles de las dimensiones y se obtiene un índice de calidad de vida.

Se realizaron 3 tipos de análisis. El primero descriptivo, donde se obtuvieron la frecuencia y porcentajes de los resultados de cada uno de los test, así como las medidas de tendencia central como son la media aritmética y la mediana. En dispersión los cuartiles y la desviación estándar. Para el segundo análisis, se calculó la Chi-cuadrado con un nivel de significación de 0.05 para confirmar las relaciones estadísticamente significativas entre la ansiedad y la calidad de vida.

La hipótesis de investigación indicaba que las personas que presentaban niveles altos de ansiedad presentarían calidad de vida baja. Así mismo, se complementó con el estadístico Gamma para determinar la fuerza y la dirección de la inferencia estadística y se calculó el *Odds Ratio* o razón de momios para comprobar la probabilidad de ocurrencia. Los cálculos se realizaron en el paquete estadístico del *IBM SPSS Statistics*. En cuanto a las consideraciones éticas, se firmó un consentimiento informado, los participantes estuvieron enterados de los alcances y propósitos de la investigación, de igual manera, se manejó la confidencialidad y el respeto a la dignidad intrínseca del ser humano.

### 3. Resultados

De los porcentajes arrojados en la tabla 1, encontramos que el 33.9% son mujeres y el 66.1% son hombres; el 55.4% oscila entre 36 y 44 años de edad, siendo esto que el grupo etario mayoritario se trata de varones mayores adultos en su mayoría. De igual forma se evidencia que el 43.5% de la población presenta un grado de discapacidad de entre 75% a 84% distribuidas en su mayoría en la ciudad de Portoviejo 15.3% y Manta 9.6%.

**Tabla 1.** Variables Sociodemográficas.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	60	33.9
Hombres	117	66.1
<b>Edad</b>		
Entre 18 y 24	3	1.7
Entre 25 y 35	38	21.5
Entre 36 y 45	98	55.4
Entre 46 y 60	35	19.8
Más de 61	3	1.7
<b>Discapacidad</b>		
30% a 49%	28	15.8
50% a 74%	65	36.7
75% a 84%	77	43.5
85% a 100%	7	4.0
<b>Cantón</b>		
24 de mayo	6	3.4
Bolívar	9	5.1
Chone	9	5.1
El Carmen	6	3.4
Flavio Alfaro	6	3.4
Jama	7	4.0
Jaramijó	3	1.7
Jipijapa	11	6.2
Junín	2	1.1
Manta	17	9.6
Montecristi	11	6.2
Olmedo	5	2.8
Paján	3	1.7
Pedernales	11	6.2
Pichincha	3	1.7
Portoviejo	27	15.3
Puerto López	5	2.8
Rocafuerte	9	5.1
San Vicente	6	3.4
Santa Ana	5	2.8
Sucre	12	6.8
Tosagua	4	2.3
X=177		

Fuente: Los Autores (2021).

El puntaje total de ansiedad en la que se presenta en la tabla 2 fue de

212.71 (variación: 507.50). La mitad de los participantes obtuvo puntajes menores de 210.00, con una diferencia de 18 entre el máximo y mínimo, evidenciando asimetría positiva y platicurticidad en la ansiedad estado. La ansiedad rasgo presentó un puntaje de 298.64 (variación: 501.40). La mitad de los miembros logró puntuaciones menores a 280.00, con una diferencia de 26 entre el máximo y mínimo, y una distribución de puntuaciones asimétrica positiva y platicúrtica.

Por último, calidad de vida alcanzó un puntaje de 876.21 con una variación de 816.92, la mitad de los evaluados logró puntajes menores a 860.00, la diferencia entre el puntaje máxima y mínima fue de 56, observándose que la distribución de las puntuaciones en la calidad de vida es asimétrica positiva y leptocúrtica.

**Tabla 2.** Análisis descriptivos de los test.

		Estadístico	Error estándar
Ansiedad Estado	Media	212.71	.38146
	Mediana	210.00	
	Desviación estándar	507.50	
	Mínimo	15.00	
	Máximo	33.00	
	Asimetría	.604	.183
	Curtosis	-.967	.363
Ansiedad Rasgo	Media	298.64	.37688
	Mediana	280.00	
	Desviación estándar	501.40	
	Mínimo	20.00	
	Máximo	46.00	
	Asimetría	.818	.183
	Curtosis	-.062	.363
Calidad de vida	Media	876.21	.61404
	Mediana	860.00	
	Desviación estándar	816.92	
	Mínimo	66.00	
	Máximo	122.00	
	Asimetría	1.30	.183
	Curtosis	4.10	.363

**Fuente:** Los Autores (2021).

Con relación a la tabla 3, refleja que 94 personas equivalente al 53.1% de la población presentaron una ansiedad estado alta, lo cual indica que el estado emocional transitorio de esta población se encuentra en constante

tensión y el aumento de actividad sistema nervioso autónomo es significativo. Por su parte el 46.9% que corresponde a 83 personas obtuvieron una ansiedad estado medio la cual tiende a modificar según la intensidad y el tiempo.

**Tabla 3.** Resultados Ansiedad Estado.

ANSIEDAD ESTADO	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	94	53.1
MEDIO	83	46.9
Total	177	100.0

**Fuente:** Los Autores (2021).

En la tabla 4 la ansiedad rasgo alto se empodera en 174 personas que corresponden al 98.3% de los participantes, lo que indica que su personalidad tiene la tendencia y predisposición a presentar inestabilidad emocional. A su vez, tan solo el 1.7% que equivale a 3 participantes, evidencia una ansiedad rasgo medio, lo que muestra que son proclives a elevar sus síntomas ansiosos y desequilibrio en su esfera afectiva.

**Tabla 4.** Resultados de Ansiedad Rasgo.

ANSIEDAD RASGO	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	174	98.3
MEDIO	3	1.7
Total	177	100.0

**Fuente:** Los Autores (2021).

En la tabla 5, el 67.8% (120 participantes) refleja una calidad de vida muy baja. Solo el 2.3% (4 participantes) muestra una calidad de vida alta, indicando que sus expectativas y necesidades generan satisfacción óptima.

**Tabla 5.** Resultados Calidad de vida.

CALIDAD DE VIDA	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJO	120	67.8
INFERIOR A LA NORMA	48	27.1
NORMAL	5	2.8
ALTO	4	2.3
Total	177	100.0

**Fuente:** Los Autores (2021).

Con respecto a la tabla 6, el valor inferencial p de ansiedad rasgo fue

significativo para calidad de vida, y la confirmación o la negación de la hipótesis la podemos hacer en el análisis de dicha tabla, es por lo tanto que básicamente se concluye que las personas que están presentando ansiedad rasgo tienen 10.4 veces más de probabilidades de tener una baja calidad de vida.

Sin embargo, esto lo establecemos en un análisis superficial del OR sin considerar el rango de confianza, el cual nos indica que la unidad está presente entre el límite inferior y el límite superior, por lo tanto, no se puede establecer una predicción efectiva y tampoco se puede comprobar la hipótesis, aunque si bien es cierto que existe una relación entre ambas variables no se establece una asociación.

**Tabla 6.** Análisis inferencial, comprobación de hipótesis o ratio.

FACTORES	CALIDAD DE VIDA				
	P	GAMMA	OR	LINF	LSUP
ANSIEDAD ESTADO	.178	-	-	-	-
ANSIEDAD RASGO	.003	-0.20848	10.4	0.849	126.78

**Fuente:** Los Autores (2021).

#### 4. Discusión

En lo antes expuesto vemos una sintonía con lo obtenido por Mboundou, Semino, Coronados y Ruiz (2018b): donde prevalece la ansiedad estado medio (54%) y en contraste la ansiedad rasgo en un nivel medio (49.2%), en una población de cuidadores primarios de pacientes con discapacidad. Pero diferente a lo hallado en Vancini, et al., (2019a): donde ansiedad rasgo y estado se localiza en un nivel medio (81.30% - 68.80% respectivamente) en su gran mayoría donde solo el (6.30%) se encuentra con una presencia emocional de ansiedad alta tanto de rasgo como de estado.

Relacionar la calidad de vida con alguna deficiencia emocional la trató de hacer también Vancini, et al., (2019b): el cual no encontró una relación al comparar en dos poblaciones diferentes sus condiciones deportivas sin que el resultado tenga una inferencia en su calidad de vida y estabilidad emocional, anulando así la hipótesis de su investigación al igual que la hipótesis de ésta.



Entre las causas que influyen en la baja calidad de vida de este colectivo existen múltiples factores, entre ellos: La transitoriedad o gravedad de la discapacidad, que limitan la ejecución de actividades cotidianas, ante la falta de asistencia sanitaria y ayudas técnicas como bastones, andadores, sillas de ruedas, que brindarían apoyo a este colectivo, tal como lo encontrado en (Pimienta, Cavallaro, Frank, Redruello, Facundo, Torre y Sánchez, 2019c); y (Verdugo, Torres y González, 2017c).

Las barreras arquitectónicas, entendida como la poca accesibilidad universal que está presente en su medio, con obstáculos que inciden en la calidad de vida, al no garantizar la habitabilidad y seguridad del entorno, las cuales son condiciones indispensables para favorecer la libre movilidad de esta persona, tal como lo manifestado en cuanto a la Influencia del tipo de vivienda (Sáenz, 2018b).

Barreras actitudinales o teorías de desigualdad social que menoscaban la equidad e igualdad de oportunidades en el medio que se desenvuelven, por lo cual el estigma y espacios de exclusión que percibe este grupo ejercen en la disminución de la calidad de vida, así como lo encontrado en González, Ducca y García (2020): la discriminación también se traslada en la poca inclusión laboral de las empresas públicas y privadas, que se tiñen por la creencia de poca productividad o minusvalía.

A su vez el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS, 2021b): recoge datos laborales relevantes, teniendo una población con edad de trabajar de entre los 18 a los 64 años de 297 543 personas con discapacidad de los cuales tan solo 68 901 (incluyendo cuidadores) tienen un empleo adecuado lo que quiere decir que tan solo 2 de cada 10 tienen empleo digno, por lo que podemos decir que la falta de empleo afecta drásticamente la calidad de vida.

Sumado a todo lo anterior, la población en edad de jubilación, que abarca el grupo de 51 años en adelante, consta de 219,461 personas con



discapacidad. Sin embargo, únicamente 26,925 de ellas reciben pensión jubilatoria. Esto indica que solo 1 de cada 10 personas en esta categoría recibe este beneficio. Esta situación se agrava en la población con doble vulnerabilidad, como es el caso de las personas de la tercera edad. De este grupo, solo 18,401 reciben pensión jubilatoria, lo que representa también una proporción de 1 de cada 10.

Sin duda alguna los datos antes expuestos ponen en contexto la situación que vive la persona con discapacidad en territorio ecuatoriano, la población de este estudio comprende personas asociadas a fundaciones que prestan su contingente para ayudarlos de alguna forma, lo que les da sentido a los resultados obtenidos de tan baja calidad de vida que se ven reflejados en la presente investigación.

En esta perspectiva, las personas con discapacidad son 3 veces más vulnerables a sufrir algún tipo de violencia sea física, sexual y emocional. Es de considerar que cuando la discriminación se extiende por su condición limitante, razón de género, grupo étnico, etc., se exponen a una doble o triple discriminación (Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, 2018).

En cuanto a las limitaciones, no se encontraron artículos de las dos variables idénticas, no obstante, los resultados se compararon con estudios similares. Los autores declaran no tener conflictos de intereses respecto al presente estudio.

## 5. Conclusión

Aunque en la presente investigación se puede establecer una relación inferencial pero no asociación, esto quiere decir que no se puede predecir una afectación a partir de la presencia de la variable independiente ansiedad como rasgo hacia la variable dependiente, calidad de vida.

La ansiedad estado no estuvo relacionada en este grupo vulnerable como lo son las personas con discapacidad por su efímera y transitoria



presencia, este estado emocional puede verse afectado en pequeña o gran medida debido a los factores estimulantes y dominio emocional, esto se ve reflejado en los resultados del análisis donde el valor diferencial es muy superior a los establecido en los estándares para dicho análisis lo que concluye que no existe ningún tipo de relación entre la ansiedad estado y la calidad de vida.

En este grupo humano, la calidad de vida fue muy baja, posiblemente debido a la estigma social y temas socioculturales, la escasa igualdad de condiciones, la desatención por parte de las autoridades que son obligadas a tutelar y luchar por sus derechos, el no sentirse escuchados al elevar su voz y dar su opinión. Esto se debe a que son estipulados como personas con vulnerabilidad y a su vez como grupos de atención prioritaria, donde el Estado es garante de la correcta sinapsis entre la sociedad y las personas con discapacidad.

Por lo cual, es necesario hacer investigaciones posteriores con un diseño explicativo que determinen la relación que pueda existir con los criterios de la sociedad.

## 6. Referencia

- APA (2010). **APA Diccionario conciso de Psicología**. ISBN: 978-607-448-060-3. México: El Manual Moderno; American Psychological Association.
- Ardila, R. (2003). **Calidad de vida: Una definición integradora**. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164, ISSN: 0120-0534. Colombia: Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Barlow, D., & Durand, M. (2001). **Psicología anormal: Un enfoque integral**. ISBN: 978-970-686-046-0. México: International Thomson Editores.
- Clark, D., & Beck, A. (2012). **Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad**. ISBN: 978-84-330-2537-1. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.



- CONADIS (2021a,b). **Estadísticas de Discapacidad**. Quito, Ecuador: Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades.
- CT (2005). **Código del Trabajo**. Suplemento del Registro Oficial No. 167, 16-dic.-2005. Ecuador: Registro Oficial.
- Epstein, S. (1972). **The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy**. In I. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research*. (pp. 291-337). New York, United States: Academic Press.
- Gaviria-Bustamante, K., Amador-Ahumada, C., Herazo-Beltrán, Y., & Hernández, D. (2019). **Relación entre el funcionamiento y la calidad de vida en personas con discapacidad**. *Avft: Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(2), 116-173, e-ISSN: 2610-7988. Venezuela: Sociedad Venezolana de Farmacología y de Farmacología Clínica y Terapéutica.
- Gómez, L., Verdugo, M., & Arias, B. (2010). **Calidad de vida individual: avances en su conceptualización y retos emergentes en el ámbito de la discapacidad**. *Psicología Conductual*, 18(3), 453-472, e-ISSN: 1132-9483. España: Fundación VECA para el Avance de la Psicología Clínica Conductual.
- González, D., Ducca, L., & García, C. (2020). **La incidencia del apoyo social comunitario en la calidad de vida de personas con discapacidad**. *Siglo Cero*, 51(3), 83-103, e-ISSN: 0210-1696. Recuperado de: <https://doi.org/10.14201/scero202051383103>
- Gualpa, M., Yambay, X., Ramírez, A., & Vázquez, A. (2019). **Carga laboral y ansiedad en cuidadores de personas con discapacidad severa**. *Universidad, Ciencia y Tecnología*, 23(95), 33-39, e-ISSN: 2542-3401. Venezuela: AutanaBooks, S.A.S. - Universidad Experimental Politécnica Antonio José de Sucre.
- INEC (2010). **Población y Demografía. Resultados Censo de Población**.



Ecuador: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

- Lang, P. (1968). **Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct.** In J. M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy*. (pp. 90-102). Washington, D.C., United States: American Psychological Association. Recovered from: <http://dx.doi.org/10.1037/10546-004>
- Lewis, A. (1980). **Problems presented by the ambiguous word anxiety as used in psychopathology.** In G., Burrows & Davies B (Ed.), *Handbook of studies on anxiety*. (1-15). Amsterdam, Holland: Elsevier/North-Holland.
- Malmö, R. (1957). **Anxiety and behavioral arousal.** *Psychological Review*, 64(5), 276-287, e-ISSN: 1939-1471. Recovered from: <https://doi.org/10.1037/h0043203>
- Mauro-Martín, I., Onrubia-González, J., Garicano-Vilar, E., Cadenato-Ruiz, C., Hernández-Villa, I., Rodríguez-Alonso, P., ... & Angulo-García, B., ... (2016). **Análisis del estado nutricional y composición corporal de personas con discapacidad intelectual.** *Revista de Neurología*, 62(11), 493-501, e-ISSN: 1576-6578. Recuperado de: <https://doi.org/10.33588/rn.6211.2015505>
- Mbougou, Y., Semino, L., Coronados, Y., & Ruiz, D. (2018a,b). **Estados emocionales y carga del cuidador principal de pacientes discapacitados por ictus.** *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 10(3), 1-11, e-ISSN: 2078-7162. Cuba: Sociedad Cubana de Medicina Física y Rehabilitación.
- OMS (1996). **¿Qué calidad de vida?.** *Foro Mundial de la Salud*, 17(4), 385-387. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Pimienta, J., Cavallaro, R., Frank, S., Redruello, E., Facundo, L., Torre, R., & Sánchez, S. (2019a,b,c). **Calidad de vida de pacientes con discapacidad transitoria o permanente en ortopedia y traumatología.** *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*,



29(2), 40-43, e-ISSN: 1515-8659. Argentina: Asociación Médica de Bahía Blanca.

Rendón, P., Hernández, J., Alomoto, R., Landeta, L., Marcillo, J., & Romero, E. (2018). **Inclusión de discapacitados físicos en la práctica del parataekwondo. Efecto en la ansiedad.** *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(1), 22-31, e-ISSN: 1561-3011. Cuba: ECIMED.

Robles-Mejía, M., Fernández-Aucapiña, N., Herrera-Hugo, B., & Tapia-Segarra, J. (2021). **Ansiedad y depresión en adultos mayores con enfermedades catastróficas y/o discapacidades del Proyecto de Atención Domiciliaria del cantón Girón.** *Polo del Conocimiento*, 6(2), 110-124, e-ISSN: 2550-682X. Ecuador: Imprenta y Casa Editora "Coni".

Sáenz, I. (2018a,b). **Influencia del tipo de vivienda en la calidad de vida de las personas mayores con discapacidad intelectual o del desarrollo.** *Siglo Cero*, 49(1), 89-106, e-ISSN: 0210-1696. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.14201/scero201849189106>

Schwartzmann, L. (2003). **Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales.** *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21, e-ISSN: 0717-9553. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>

Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). **Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar.** *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59, e-ISSN: 1518-6148. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>

Spielberger, C. (1966). **Theory and research on anxiety.** In C. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behavior*. (pp. 3-19). New York, United States: Academic Press.

Spielberger, C., & Díaz, R. (1975). **Inventario de ansiedad, rasgo-estado IDARE.** ISBN: 968-426-863-7. México: El Manual Moderno.



- Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1997a,b). **Manual STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo**. ISBN: 84-7174-447-3. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Szalai, A. (1980). *The meaning of comparative research on the quality of life*. In A Szalai & Frank. M. (Ed.), *The quality of life. Comparative studies*. (pp. 338-340). London, England: Sage.
- UNFPA (2018). **Mujeres y jóvenes con Discapacidad**. New York, Estados Unidos: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Vancini, R., Gomes, A., Paula-Oliveira, H., Lira, C., Rufo-Tavares, W., Andrade, M., ... Knechtle, B. (2019a,b). **Quality of Life, Depression, Anxiety Symptoms and Mood State of Wheelchair Athletes and Non-athletes: A Preliminary Study**. *Frontiers in Psychology*, 10(1848), 1-7, e-ISSN: 1664-1078. Recovered from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01848>
- Veenhoven, R. (1994). **El estudio de la satisfacción con la vida**. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116, e-ISSN: 1132-0559. España: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Vera, J., Tánori, J., Bautista, G., & Rodríguez, C. (2018). **Bienestar Subjetivo en Personas con Discapacidad Motriz en México**. *Revista Psicología e Saúde*, 10(2), 15-24, e-ISSN: 2177-093X. Recuperado de: <https://doi.org/10.20435/pssa.v10i2.694>
- Verdugo, M., Arias, B., Gómez, L., & Schalock, R. (2003). **Manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida**. ISBN: 978-84-393-7928-7. Barcelona, España: Editorial Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya.
- Verdugo, Z., Torres, C., & González, J. (2017a,b,c). **Calidad de vida en personas con discapacidad grave y muy grave**. *Rdcn: Discapacidad, Clínica y Neurociencias*, 4(1), 37-46, e-ISSN: 2341-2526. España: Universidad de Alicante.

**Génesis Cecilia Cedeño Casquete**  
e-mail: [gccedeno@pucesa.edu.ec](mailto:gccedeno@pucesa.edu.ec)



Nacida en Portoviejo, Ecuador, el 22 de octubre del año 1993. Licenciada en Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL); Maestrante en Psicología con Mención en Intervención en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), Sede Ambato; cuento con Diplomados en Teología, hebreo y griego antiguo; Participé en la Cumbre Internacional de Salud y Educación Emocional, además de varios seminarios, talleres y cursos en el área de grupos vulnerables y discapacidad.

**Darwin Raúl Noroña Salcedo**e-mail: [darwin\\_norona@yahoo.com](mailto:darwin_norona@yahoo.com)

Nacido en Quito, Ecuador, 13 de marzo del año 1983. PhD. en Ciencias de la Salud Ocupacional por la Universidad de Guadalajara México (UAG); Magister en Seguridad Laboral por la Universidad Central del Ecuador (UCE); Profesional en el área de talento humano; cambio de cultura organizacional; violencia de género; discriminación e interculturalidad y en investigación, desarrollo y ejecución de proyectos técnicos; especial en énfasis en dirección de equipos de trabajo; consultorías profesionales y docencia universitaria.