

**Psychological Well-being of People with Physical Disabilities Living in  
the La Vicentina Community, Quito**  
**Bienestar psicológico de personas con discapacidad física que residen en  
la comunidad La Vicentina, Quito**

**Autores:**

Lcda. .Cabezas-Villón, Evelyn Estefanía  
UNIVERSIDAD BOLIVARIANA DEL ECUADOR  
Guayaquil – Ecuador

 [eecabezav@ube.edu.ec](mailto:eecabezav@ube.edu.ec)  
 <https://orcid.org/0009-0008-7064-9864>

Lcda. . Garcia-Villarrial, Greyci Viviana  
UNIVERSIDAD BOLIVARIANA DEL ECUADOR  
Guayaquil – Ecuador

 [gvgarciav@ube.edu.ec](mailto:gvgarciav@ube.edu.ec)  
 <https://orcid.org/0009-0004-5525-6019>

Dra .Montiel-Castillo, Vanessa Esperanza  
UNIVERSIDAD BOLIVARIANA DEL ECUADOR  
Guayaquil – Ecuador

 [vanessa.montiel@unae.edu.ec](mailto:vanessa.montiel@unae.edu.ec)  
 <https://orcid.org/0000-0003-2266-2219>

Dra .Pacheco-Lemus, Andrea Eugenia  
UNIVERSIDAD BOLIVARIANA DEL ECUADOR  
Coodinadora de la Maestria Estudios Interdisciplinarios sobre Discapacidad  
Guayaquil – Ecuador

 [aepachecol@ube.edu.ec](mailto:aepachecol@ube.edu.ec)  
 <https://orcid.org/0009-0001-4895-2161>

Fechas de recepción: 02-Sep -2025 aceptación: 02-Oct-2025 publicación: 31-Dic-2025

 <https://orcid.org/0000-0002-8695-5005>  
<http://mqrinvestigar.com/>



## Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo caracterizar la percepción del bienestar psicológico de las personas con discapacidad física residentes en la comunidad La Vicentina de Quito. Se empleó un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional y diseño ex post facto, con una muestra intencional de 30 participantes adultos miembros de esta comunidad. La recolección de datos se realizó mediante el Cuestionario de Salud General (GHQ-12), la Escala de Afectos Positivos y Negativos (PANAS) y la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), complementados con entrevistas semiestructuradas a siete usuarios. Los resultados cuantitativos mostraron que, aunque un 80 % de los participantes mantuvo o mejoró su sentido de utilidad y un 76,7 % su capacidad de afrontamiento, un 83,3 % reportó niveles elevados de tensión y un 76,7 % refirió problemas de sueño. El análisis cualitativo reveló que la terapia ocupacional favorece la integración social, el desarrollo de vínculos y la valoración de actividades significativas, mientras que las principales limitaciones se relacionan con la ansiedad, el insomnio y la autovaloración negativa. La discusión, sustentada en el modelo biopsicosocial, la perspectiva bioecológica y el enfoque de capacidades, señala que la rehabilitación centrada en ocupaciones puede mediar de manera efectiva entre la recuperación funcional y el bienestar subjetivo, siempre que se integren intervenciones psicoemocionales y apoyos comunitarios. Se concluye que fortalecer la atención primaria con programas interdisciplinarios y culturalmente pertinentes es clave para consolidar los logros funcionales y promover un bienestar psicológico duradero.

**Palabras clave:** discapacidad física; bienestar psicológico; terapia ocupacional; rehabilitación comunitaria

## Abstract

This study aimed to characterize the perception of psychological well-being in people with physical disabilities residing in the La Vicentina community, Quito. A quantitative approach was used, with a descriptive-correlational scope and an ex post facto design, involving an intentional sample of 30 adult participants who regularly attend occupational therapy at a type B health center. Data collection was carried out using the General Health Questionnaire (GHQ-12), the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), and the Satisfaction With Life Scale (SWLS), complemented by semi-structured interviews with seven users. Quantitative results showed that although 80% of participants maintained or improved their sense of usefulness and 76.7% their coping capacity, 83.3% reported high levels of tension and 76.7% reported sleep problems. Qualitative analysis revealed that occupational therapy promotes social integration, the development of bonds, and the appreciation of meaningful activities, while the main limitations are related to anxiety, insomnia, and negative self-assessment. The discussion, based on the biopsychosocial model, the bioecological perspective, and the capabilities approach, indicates that occupation-centered rehabilitation can effectively mediate between functional recovery and subjective well-being, provided that psycho-emotional interventions and community supports are integrated. It is concluded that strengthening primary care with interdisciplinary and culturally relevant programs is key to consolidating functional achievements and promoting lasting psychological well-being.

**Keywords:** physical disability; psychological well-being; occupational therapy; community-based rehabilitation

## Introducción

La discapacidad física constituye uno de los grandes retos sanitarios y sociales que enfrenta el mundo contemporáneo. Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, más de mil millones de personas viven en la actualidad con alguna forma de discapacidad, y aproximadamente 200 millones presentan limitaciones severas que perturban significativamente su funcionamiento diario (OMS, 2011). Esta cifra aumenta de forma sostenida, impulsada por el envejecimiento poblacional, la transición epidemiológica hacia enfermedades crónicas y la creciente incidencia de traumatismos resultantes de accidentes y de actos de violencia (Sainz de Murieta y Cisneros, 2022).

La región de América Latina alberga alrededor de 85 millones de personas con discapacidad, lo que eleva su incidencia por encima de la media global (Peña et al., 2021). En Ecuador, la prevalencia se aproxima al 6% y se acentúa en barrios urbanos marginales y zonas fronterizas, lo que sobrecarga la red de atención sanitaria y los programas de rehabilitación (Peña et al., 2021). El Censo Nacional 2022 documentó que 7 de cada 100 personas (1 009 435) experimentan limitaciones funcionales permanentes; la discapacidad física es la categoría más reportada, concentrándose en un 46 % de los casos (INEC, 2024). En el Distrito Metropolitano de Quito, el Registro Social contabilizó hasta julio de 2021 un total de 29 913 personas con discapacidad, de las cuales el 22,3 % se encontraba en situación de pobreza y el 1,6 % en pobreza extrema (Consejo de Protección de Derechos de Quito, 2021).

Durante gran parte del siglo XX, el análisis de la discapacidad física estuvo dominado por el modelo biomédico, que priorizaba la restauración de las funciones corporales comprometidas, reflejando las cicatrices de las guerras y de las grandes epidemias infecciosas (Peña et al., 2021). A fines de los años noventa, el modelo social comenzó a cobrar fuerza, proponiendo que la desventaja radica no en el organismo, sino en las dificultades que surgen de la interacción entre la deficiencia y un contexto físico, social y actitudinal que excluye (OMS, 2001). Esta nueva comprensión se vio robustecida por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) y por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ambas instituciones reafirmando la participación y la autonomía como derechos inherentes y no negociables (ONU, 2006).



Entender que la discapacidad se origina en el entorno social lleva a la conclusión de que cualquier respuesta efectiva debe involucrar a toda la comunidad. A pesar de esto, muchos profesionales de la salud, educados en un paradigma biomédico, dirigen su atención exclusivamente a la capacidad funcional, ignorando la complejidad biopsicosocial (Peña et al., 2021). Esta limitada preparación genera una profecía autocumplida que fortalece las barreras a la participación, evidenciada en cifras de empleo desalentadoras y en un escaso involucramiento en la vida comunitaria.

Bajo estas condiciones, la comunidad se convierte en el refugio y el entramado de recursos en el que la calidad de vida y el bienestar de las personas con discapacidad pueden florecer (Boada, 2004). La rehabilitación se despliega entonces como un proceso holístico que integra las dimensiones física, ocupacional, psicológica y social. Dentro de este enfoque, la terapia ocupacional cobra un papel central al facilitar el acceso y la involucración en ocupaciones que restituyen el sentido y la conexión de la persona con su entorno comunitario (Désiron et al., 2011).

A pesar de que tanto las normativas nacionales en América Latina como las convenciones internacionales hacen énfasis en la necesidad de una rehabilitación biopsicosocial que sea integral, aún existen lagunas en la evidencia científica de su impacto psicosocial en adultos con discapacidad física, y en particular sobre la atención que se proporciona en el primer nivel (Sainz de Murieta & Cisneros, 2022). La heterogeneidad temática y la inconsistencia de los diseños metodológicos en la literatura dificultan la posibilidad de que los formuladores de política construyan orientaciones fundamentadas en un cuerpo de datos alineado y coherente (Moreno et al., 2016).

El bienestar psíquico de esta población no se explica exclusivamente por el grado de severidad de la discapacidad, sino que está vinculado a la posibilidad concreta de participar en la sociedad, así como a la percepción de una vida con sentido personal, variables que se han definido como determinantes del estado de salud en su conjunto (Peña et al., 2021). Los estudios disponibles indican que los adultos con discapacidad física manifiestan puntuaciones más bajas en escalas de bienestar psicosocial y que esta desventaja se traduce en secuelas tanto físicas como emocionales, sobre todo cuando el cuidado de la salud psicoafectiva es inadecuado o se subestima (Gaviria et al., 2019).



La atención a los factores emocionales y al bienestar psicológico de las personas en rehabilitación es determinante para diseñar intervenciones que verdaderamente respondan a los requerimientos de los individuos. Un examen de cómo conviven las personas con discapacidad física en La Vicentina con su bienestar psicológico ofrecerá insumos para trazar programas que articulen los aspectos biológicos, psicológicos y sociales y que, a su vez, mantengan al ser humano en el centro del proceso (Molina et al., 2016).

Este trabajo tiene como objetivo general caracterizar la percepción del bienestar psicológico de las personas con discapacidad física residentes en la comunidad La Vicentina de Quito.

La investigación se inscribe en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, que declara la existencia de una “pandemia de discapacidad” y demanda la atención oportuna en los servicios de primer nivel, la capacitación de recursos humanos, la generación de evidencia y la planificación equitativa de la rehabilitación (OMS, 2017). La inclusión del concepto de bienestar psicológico, por tanto, ofrecerá una vía para desplegar servicios que se anclen en el modelo biopsicosocial y que promuevan la corresponsabilidad de los círculos familiares y comunitarios (Gaviria et al., 2019). De este modo, se procurará dejar atrás las visiones simplificadoras que igualan la rehabilitación a la mera recuperación física (Moreno et al., 2016).

## **Marco teórico**

### ***Bioecología y enfoque de capacidades***

Para analizar cómo la intervención rehabilitadora influye en el bienestar psicológico de las personas con discapacidad física, resulta fundamental entrelazar varios marcos teóricos. La propuesta bioecológica de Bronfenbrenner argumenta que el desarrollo humano procede de interacciones recíprocas entre niveles diferenciales: el micro, que abarca la vivencia individual; el meso, que articula familia, escuela y trabajo; y el macro, que comprende las políticas públicas y las orientaciones culturales (Bronfenbrenner, 1994). En esta lectura, la terapia ocupacional no solo busca la mejora del rendimiento personal, sino que también actúa sobre las redes de apoyo y sobre las condiciones estructurales que facilitan o limitan la participación.

Complementariamente, el enfoque de capacidades, formulado por Sen y reelaborado por Nussbaum, centra la atención en la provisión de libertades efectivas que permitan a las



personas “ser y hacer” aquello que valoran (Nussbaum, 2006). Desde esta óptica, la rehabilitación trasciende la mera restitución de funciones corporales y se redefine como un instrumento que posibilita elecciones y proyectos de vida que poseen sentido para el sujeto (Boada, 2004).

Ambos marcos conceptuales se articulan con el modelo social de la discapacidad y con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud de la OMS, creando un esquema teórico coherente para examinar no solo la función motora, sino también la participación social, la inclusión y la autodeterminación de las personas (OMS, 2001).

Multitud de investigaciones han corroborado que la terapia ocupacional mejora el bienestar psicológico de quienes presentan discapacidad física. Un ensayo controlado en Asia demostró que la inclusión de terapia ocupacional en el programa rehabilitador convencional propició aumentos estadísticamente significativos en el Índice de Reintegración a la Vida Normal y en la satisfacción acerca del desempeño ocupacional, sin que se registraran diferencias relevantes en las mediciones de fuerza o de amplitud articular (Désiron et al., 2011).

En el continente africano, un estudio transversal que involucró a 2 604 personas con discapacidad física puso de manifiesto que quienes tomaron parte en intervenciones de rehabilitación comunitaria que contenían terapia ocupacional reportaron, en promedio, calidad de vida y autoestima más elevadas que sus pares que no participaron en dichas actividades (Umunnah et al., 2023).

En Europa, un análisis coste-beneficio ha estimado que cada libra destinada a la terapia del lenguaje (ámbito que complementa a la terapia ocupacional) genera un retorno social de 6,43 libras gracias a la disminución de la dependencia y al incremento de la productividad (Sainz de Murieta y Cisneros, 2022). Estos datos ponen de manifiesto que la rehabilitación genera réditos económicos y sociales que sobrepasan, de manera significativa, los logros clínicos inmediatos.

En América Latina, la información que vincula la terapia ocupacional con el bienestar psicológico es, aun, escasa. En Colombia, estudios han documentado mejoras en la percepción de apoyo social y en la autoevaluación de capacidades tras programas comunitarios de terapia ocupacional (Gaviria et al., 2019). Sin embargo, la diversidad de



diseños y instrumentos empleados dificulta la elaboración de metaanálisis que validen, de manera concluyente, la generalización de tales resultados.

Las iniciativas cubanas de rehabilitación comunitaria, donde la terapia ocupacional ocupa un lugar central, han evidenciado un incremento significativo de la participación de la población y de la reintegración laboral, en particular en contextos rurales (Molina et al., 2016). No obstante, la literatura existente en América Latina presenta escasez de herramientas estandarizadas orientadas a la evaluación del bienestar social y omite la sistematización de seguimientos longitudinales, lo que restringe la capacidad de inferir vínculos causales robustos (Moreno et al., 2016).

### ***Bienestar Psicológico***

El bienestar psicológico se entiende como una vivencia eudaimónica que pone énfasis en el desarrollo pleno del ser humano: consiste en encontrar un sentido a la existencia, en realizar plenamente el potencial interno y en cultivar relaciones interpersonales genuinas, todo ello sin reducir la búsqueda a la mera satisfacción hedonista del instante.

Esta concepción del bienestar desvincula la noción hedónica y la aúna con la del florecimiento humano, puesto que enfatiza la congruencia entre valores, metas y las rutinas diarias (Carmona-Rincón, 2023). En el modelo multidimensional de Ryff, que goza de amplia aceptación, el bienestar psicológico se sintetiza en seis dominios interdependientes: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, finalidad vital y crecimiento personal (Camacho et al., 2023). Tales dominios, a diferencia de estados afectivos efímeros, reflejan patrones duraderos de funcionamiento y de autovaloración, lo que resulta pertinente para perfilar el bienestar en contextos heterogéneos (Valencia et al., 2023). La persistencia del constructo encuentra respaldo en la evidencia psicométrica reciente en muestras hispanohablantes, que valida la estructura de seis factores y exhibe idoneidad en la consistencia interna, garantizando así su aplicación en la investigación y en entornos prácticos (García et al., 2024). Simultáneamente, indagaciones latinoamericanas contemporáneas documentan correlaciones típicas del bienestar eudaimónico con resiliencia, reducción de sintomatología emocional y mejores marcadores de adaptación, consolidando su valor para el estudio de la calidad de vida de poblaciones concretas, entre ellas personas con discapacidad (Nogueira et al., 2023).



## Material y métodos

### Material

El estudio se desarrolló con base en una batería de instrumentos estandarizados y herramientas de análisis que permitieron caracterizar el bienestar psicológico de personas con discapacidad física residentes en la comunidad La Vicentina (Quito, Ecuador). En la fase cuantitativa se aplicó el Cuestionario de Salud General (GHQ-12), cuyos ítems y opciones de respuesta se encuentran tabulados para una muestra de 30 participantes ( $n$  por ítem = 30), siguiendo el formato de respuesta de cuatro categorías (“mejor/igual/menos/mucho menos” o equivalentes según el enunciado) y su recuento de frecuencias absolutas, tal como consta en la matriz de tabulación.

Complementariamente, se emplearon la Escala de Afectos Positivos y Negativos (PANAS) y la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), integradas a un protocolo de entrevista semiestructurada para explorar con mayor profundidad la vivencia emocional, la valoración cognitiva de la vida y los indicadores de malestar psíquico. El guion de entrevista y el repertorio de escalas utilizados se describen en el documento metodológico, donde se especifica la finalidad de cada técnica y su modo de aplicación.

Para el procesamiento estadístico se utilizó SPSS v.21.0, con cálculo de frecuencias absolutas y relativas y representación gráfica de resultados; el análisis se complementó con lectura cualitativa de las entrevistas, conforme a la estrategia de triangulación prevista.

### Métodos

Se diseñó una investigación empírica de corte transversal. En este caso el alcance de la misma es exploratorio-descriptiva, dada la limitada evidencia sobre el bienestar psicológico de personas con discapacidad física en la comunidad la Vicentina así como para identificar tendencias, regularidades en primer acercamiento. Para la selección maestra se siguió un muestreo no probabilístico intencional en correspondencia con el alcance exploratorio del estudio, buscando que estas personas puedan aportar información valiosa sobre su bienestar psicológico. En este primer estudio no se busca la generalización de los resultados sino conocer el fenómeno y sus regularidades.

### Contexto, población y muestra



El estudio se realizó con personas adultas con discapacidad física residentes en la comunidad La Vicentina (Quito, Ecuador), sin vinculación institucional ni uso de registros clínicos. La muestra cuantitativa estuvo compuesta por 30 personas adultas con discapacidad física, con n=30 observaciones válidas por ítem del GHQ-12 según la tabulación aportada. La muestra cualitativa incluyó siete entrevistas semiestructuradas a usuarias/os en proceso de rehabilitación, seleccionadas/os por conveniencia, para profundizar en la experiencia subjetiva y social del bienestar.

Los criterios de inclusión definieron: presentar discapacidad física, asistir regularmente a terapia ocupacional en el primer nivel, manifestar voluntad de participación mediante consentimiento informado y no cursar trastornos psicopatológicos severos al momento de la evaluación. La salida del estudio se estableció por desistimiento voluntario.

### **Procedimiento de recogida de información**

La aplicación de instrumentos se realizó en los horarios previamente acordados en espacios reservados para garantizar confidencialidad y comodidad. Primero se administró el GHQ-12 (autoinforme asistido cuando fue necesario), y, posteriormente, la entrevista semiestructurada que integró bloques temáticos vinculados con PANAS (afectos positivos/negativos), SWLS (satisfacción global) y GHQ (síntomas recientes), con registro manuscrito/digital de respuestas y observaciones. La duración promedio por caso fue de 25 a 35 minutos. El estudio contó con aprobación del Comité de Ética municipal.

### **Variables e indicadores**

El GHQ-12 aportó indicadores de malestar y funcionamiento en dominios cotidianos (concentración, sueño, utilidad, decisiones, tensión/ansiedad, disfrute/afrontamiento, estado de ánimo, confianza/valía, felicidad global), con codificación en cuatro categorías por ítem y recuento de frecuencias. Las entrevistas permitieron contextualizar estos resultados, captando matices narrativos sobre apoyo social, rutina ocupacional y percepción de cambios físicos/simbólicos asociados a la rehabilitación.

### **Consideraciones éticas**

La investigación se condujo en estricta consonancia con los principios de respeto, beneficencia y justicia. Con anterioridad a la inclusión en el estudio, cada participante recibió un documento informativo redactado en lenguaje accesible y se obtuvo su consentimiento



informado mediante firma o huella, cuando el contexto lo exigía. Se consignó, de manera explícita, que la participación era completamente voluntaria y que era posible la retirada en cualquier momento, sin que ello acarreará repercusiones. Se aseveró la confidencialidad y el anonimato mediante la asignación de códigos alfanuméricos y la estricta separación de los datos identificatorios de las respuestas, cuyo acceso se restringió exclusivamente al equipo de investigación. Los datos fueron preservados en archivos digitales encriptados y almacenados con contraseñas, y su custodia se limitó a un plazo determinado para fines académicos; concluido ese plazo, todos los registros fueron destruidos con procedimientos seguros. No se recurrió a historias clínicas, expedientes ni registros de instituciones de salud; la información se obtuvo exclusivamente de personas adultas con discapacidad física que residen en la comunidad La Vicentina, a través de los instrumentos diseñados para el estudio. La participación no comportó riesgos mayores a los normales que se derivan de completar cuestionarios; ante cualquier signo de incomodidad o malestar, se reiteró la oportunidad de omitir preguntas o de hacer cesar su intervención, sin exigencia de justificación.

### **Plan de análisis**

Se efectuó estadística descriptiva (frecuencias absolutas y relativas) y representación gráfica para cada ítem del GHQ-12, y se integraron los hallazgos con el corpus cualitativo mediante triangulación temática. El procesamiento se realizó con SPSS v.21.0; la representación gráfica se generó a partir de las distribuciones observadas, en coherencia con los estándares de presentación de resultados de la revista.

### **Fuentes secundarias y función en el estudio**

Para fortalecer la base científica y estructurar el marco teórico, se revisaron libros y artículos científicos sobre discapacidad, rehabilitación (incluida la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad), terapia ocupacional y bienestar psicológico, priorizando literatura regional y lineamientos de la OMS. En términos de tipología de contribuciones:

- En reseñas de literatura, se realizó síntesis de enfoques y evidencia relevantes;
- En estudios de caso reportados, se extrajeron descubrimientos principales y su transferibilidad;
- En investigación empírica, se atendió a la demostración de hipótesis y los efectos sobre calidad de vida/participación;



- En artículos metodológicos, se consideraron procedimientos propuestos para la evaluación y la intervención;
- En artículos teóricos, se integraron principios del modelo social, la ICF, la bioecología y el enfoque de capacidades para interpretar los hallazgos del estudio. Estas fuentes secundarias figuran en la bibliografía del manuscrito.

## Resultados

Los resultados de las encuestas, analizados en conjunto con las entrevistas cualitativas, revelan un panorama complejo en el que los participantes experimentan tanto dificultades como fortalezas. Específicamente, el análisis del GHQ-12 muestra que el 50% de la muestra reporta un deterioro en su capacidad de concentración, un dato que se alinea con la fatiga y el estrés propios del proceso de rehabilitación. A pesar de este hallazgo, la interpretación global sugiere que los participantes manifiestan un aumento de síntomas de ansiedad y alteraciones del sueño, pero al mismo tiempo demuestran una notable capacidad de agencia en su día a día. Las narrativas de las entrevistas complementan esta visión, mostrando que el apoyo social y las terapias sistemáticas actúan como factores protectores, fortaleciendo la sensación de utilidad y la habilidad para manejar adversidades. No obstante, la incertidumbre sobre su pronóstico clínico y su futuro laboral sigue siendo una fuente de ansiedad. En resumen, los datos evidencian una coexistencia de malestar psicológico y resiliencia, donde los participantes logran mantener un cierto grado de funcionalidad y satisfacción a pesar de las dificultades.

### Descripción de la muestra

La población estuvo constituida por personas adultas con discapacidad física residentes en la comunidad La Vicentina (Quito, Ecuador). Para evaluar la salud mental general se utilizó el GHQ-12, administrándose un total de 30 cuestionarios válidos (n=30 por ítem en los porcentajes) y complementándose con 7 entrevistas semiestructuradas orientadas a explorar afectos (medidos con el PANAS), satisfacción con la vida (SWLS) y malestar psíquico.

**Tabla 1**

*Número de adultos encuestados*

| Técnica / Instrumento         | N  | Observación breve                         |
|-------------------------------|----|-------------------------------------------|
| Encuesta GHQ-12 (salud mental | 30 | Tabulación por ítem con recuentos y total |



|                           |                          |       |                                                                                   |
|---------------------------|--------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>general)</b>           |                          | n=30. |                                                                                   |
| <b>Entrevistas</b>        | <b>semiestructuradas</b> | 7     | Profundización cualitativa en afectos, satisfacción de vida e integración social. |
| <b>(PANAS, SWLS, GHQ)</b> |                          |       |                                                                                   |

*Nota: a pesar de que el encabezado de la plantilla utiliza el término “estudiantes”, la muestra corresponde a adultos con discapacidad física; se mantiene el rótulo para respetar el formato de la revista.*

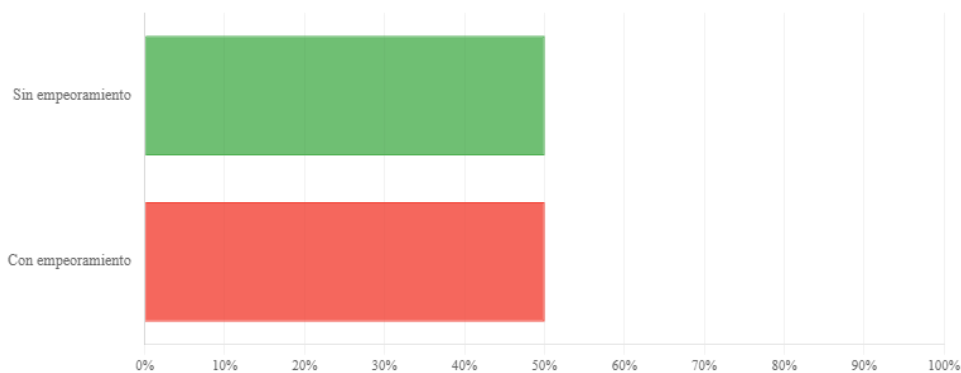
### Análisis de los Resultados

Los resultados del GHQ-12 (n=30) se presentan en su conjunto, integrados con los datos cualitativos de las entrevistas (n=7). Para ajustarse a la nomenclatura de la revista, las figuras muestran la distribución de las respuestas en dos categorías: “Sin empeoramiento” (respuestas sin cambio o mejores en ítems de valencia positiva; igual o sin cambio en ítems de valencia negativa) y “Con empeoramiento” (respuestas peores en ítems de valencia positiva; respuestas más frecuentes en ítems de valencia negativa).

En la dimensión de concentración (ítem 1), la distribución de la muestra revela una división equitativa entre quienes narran una estabilización (50,0%) y quienes perciben deterioro (50,0%). Este patrón sugiere una alteración contextual congruente con la fatiga acumulativa y el estrés inherentes a la rehabilitación. Véase Figura 1.

### Figura 1

*Distribución de respuestas sobre capacidad de concentración*

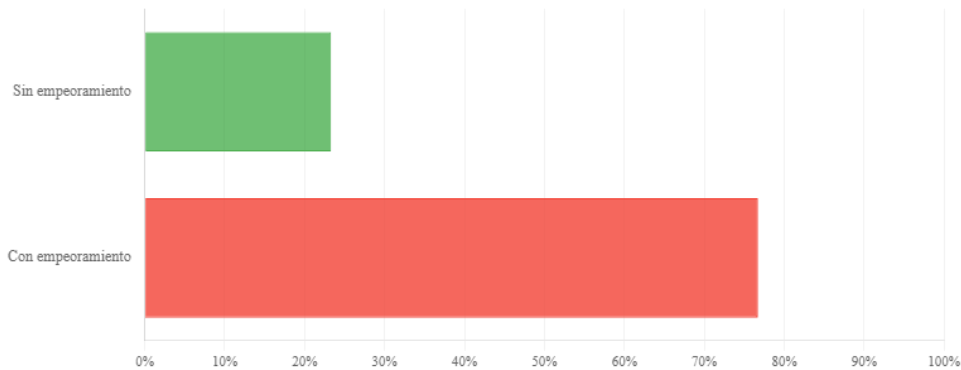


*Nota: Sin empeoramiento incluye respuestas "mejor/igual que lo habitual"; Con empeoramiento incluye "menos/mucho menos que lo habitual".*

En relación con el sueño y las preocupaciones (ítem 2), el 76,7% evidencia un incremento de interferencia nocturna, señal que apunta a rumia y estrés ansioso, y que debería incorporarse de forma dirigida en la planificación rehabilitadora. Véase Figura 2.

### Figura 2

*Impacto de preocupaciones en el sueño (GHQ-12, ítem 2)*

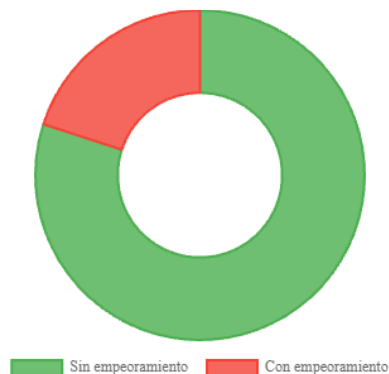


**Nota:** Mayor proporción reporta interferencia del sueño por preocupaciones.

La autoevaluación del sentido de utilidad (ítem 3) presenta un balance alentador: el 80,0% no refiere agravamiento, coherente con los relatos sobre la reintegración a quehaceres domésticos y comunitarios. Véase Figura 3.

### Figura 3

*Percepción de utilidad en la vida (GHQ-12, ítem 3)*

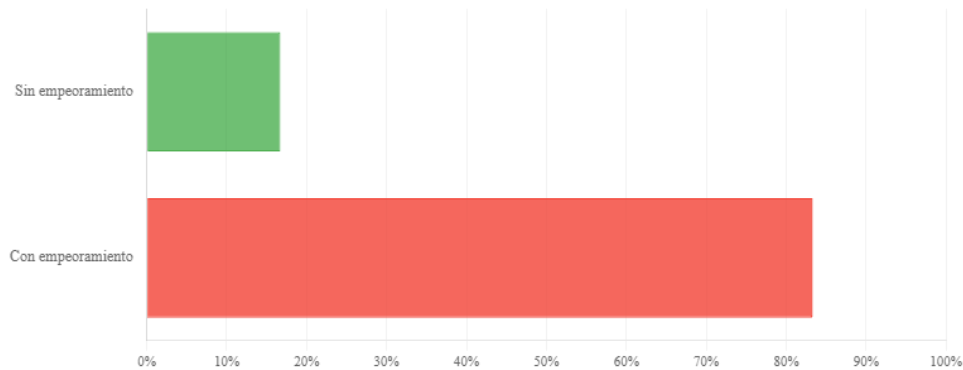


**Nota:** La mayoría mantiene o mejora su sentido de utilidad.

La dimensión de tensión y agobio (ítem 5) revela el desbalance más marcado, con un 83,3% que reporta deterioro. Este resultado ayuda a entender la coexistencia de mejoras funcionales con un malestar emocional que persiste. Véase Figura 4.

#### Figura 4

*Niveles de tensión y agobio (GHQ-12, ítem 5)*

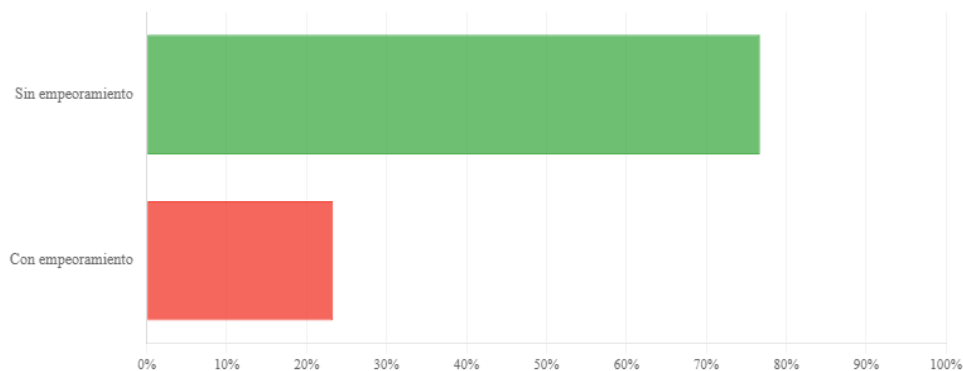


**Nota:** *Indicador con mayor deterioro reportado.*

Sobre la capacidad de afrontamiento (ítem 8), el 76,7% se sitúa en la banda de estabilidad (sin empeoramiento), lo que sugiere la internalización de recursos efectivos, potenciados por la terapia ocupacional. Véase Figura 5.

#### Figura 5

*Capacidad de afrontamiento de problemas (GHQ-12, ítem 8)*

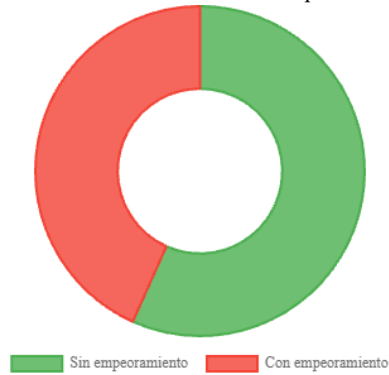


**Nota:** *Preservación de estrategias de afrontamiento efectivas.*

Por último, el indicador de felicidad general (ítem 12) ofrece un cuadro menos adverso, con un 56,7% que no reporta empeoramiento, apuntando a la persistencia de focos de bienestar aun en contextos estresantes. Considérese la Figura 6.

#### Figura 6

*Percepción de felicidad general (GHQ-12, ítem 12)*



**Nota:** Balance moderadamente positivo considerando todas las circunstancias.

La interpretación conjunta de los datos presenta un esquema bifásico: niveles incrementados de síntomas ansiosos y de alteración del sueño, coexistiendo con la preservación de elementos de agencia diaria (valor de la experiencia, estrategias de afrontamiento) y con un índice de satisfacción global moderado. Las narrativas cualitativas refuerzan este esquema al indicar que las prácticas terapéuticas sistemáticas y el respaldo social consolidan la sensación de utilidad y la destreza para manejar contingencias, mientras que la incertidumbre asociada al pronóstico clínico y a la esfera laboral mantiene activada la sintomatología ansiosa.

## Discusión

Los resultados presentan un perfil dual: se aprecian, en primer plano, logros consistentes en autoeficacia, en la valoración del rol desempeñado, en el disfrute cotidiano y en el afrontamiento, y, en segundo plano, una carga ansiosa que sigue interrumpiendo el sueño, matizando el estado de ánimo y, en algunos subgrupos, debilitando la autoevaluación. En términos generales, el 76,7 % de la muestra se siente igualmente o más capacitada para enfrentar desafíos, un 60 % refiere mayor disfrute en las actividades realizadas, mientras que un 83,3 % experimenta aumento en la tensión o el agobio, y el 76,7 % refiere que las preocupaciones perturban el sueño. Esta conjunción indica que el proceso de rehabilitación logra, por ahora, conservar la autonomía en la cotidianidad (recuperación de roles y rutinas), aunque las exigencias emocionales del curso clínico y de las condiciones de vida continúan operando.

Desde los principios del modelo biopsicosocial y de la ICF, resulta plausible concluir que la reintegración en ocupaciones significativas podría actuar como mediadora entre las intervenciones rehabilitadoras y el bienestar subjetivo: aquellos que logran reincorporar

actividades que valoran tienden a mantener o incluso a aumentar el disfrute y la utilidad, aun en presencia del malestar ansioso.

La capacidad para gestionar problemas cotidianos y la percepción de utilidad (un 80% de los participantes reporta sentir la misma o mayor utilidad en sus actividades) configuran factores mediadores consistentes con la propuesta teórica de la terapia ocupacional, que postula la inherente interrelación entre individuo, ocupaciones significativas y contexto medioambiental. Simultáneamente, la ansiedad se presenta como un estrangulador transversal. Aun cuando los indicadores funcionales se estabilizan o mejoran, el grado elevado de hiperactivación –reflejado en intensa fatiga, alteraciones del sueño y reacciones de tensión– constriñe la auténtica percepción de bienestar subjetivo. Este conflicto entre la capacidad de decidir y el malestar persistente daría cuenta de la ambivalencia afectiva documentada, donde un 56,7% reporta síntomas depresivos con mayor frecuencia, pero un mismo porcentaje expresa niveles de felicidad global que se mantienen o superan los previos. Los patrones de cambio no son, sin embargo, homogéneos para la totalidad de la muestra. La distribución se presenta en segmentos casi equivalentes (un 50% que no presenta empeoramiento y un 50% que sí lo reporta) y la autoevaluación sobre la capacidad decisional se muestra en equilibrio precario: 53,3% se considera igual o más capaz, frente a un 46,7% que se percibe con menos o con mucha menos capacidad que antes. Estas cisuras sugieren la intervención de factores diferenciales que no han sido cuantificados en profundidad: intensidad del dolor, comorbilidades, franjas etarias, dinámicas laborales, y condiciones de carga o de cuidados en el hogar. Estas variables no alineadas podrían condicionar de manera sistemática la reactividad y la evolución de cada individuo en el programa.

La autodesvalorización reseñada (66,7 % reportó “valer menos”) destaca, aunque no devenga en una reducción lineal de la “felicidad”: aparentemente, los marcadores de autovalía y la valoración global de la vida se desacoplan, fenómeno que podría explicarse por redes de apoyo social y competencias de afrontamiento, tal como revelan las entrevistas cualitativas. A fin de validar estas conjeturas, se plantea la necesidad de estudios longitudinales y análisis refinados por subgrupos.

Dichos datos armonizan con la bibliografía existente: el patrón de agencia ocupacional combinado con malestar emocional residual concuerda con hallazgos que indican que la

terapia ocupacional y la rehabilitación integral logran avances en participación y calidad de vida que sobrepasan los cambios biomédicos (Désiron et al., 2011). Igualmente, la rehabilitación comunitaria orientada a la ocupación se asocia con aumentos en calidad de vida y autoestima en comparación con quienes no se involucran (Umunnah et al., 2023). La OMS, en la agenda Rehabilitation 2030, resalta la necesidad de articular la rehabilitación de primer nivel mediante un enfoque equitativo y de capacitación específica, a fin de conectar la mejora funcional con el sostén psicosocial. La escasa, aunque creciente, literatura en el ámbito regional corrobora que la contextualización comunitaria de las intervenciones eleva el apoyo social y la participación (Sainz de Murieta & Cisneros, 2022).

Desde el marco teórico, los hallazgos reafirman un modelo bioecológico de desarrollo y de capacidades: los programas de rehabilitación logran enriquecer los “funcionamientos” y las libertades (“ser y hacer”), pero las mejoras observadas siguen condicionadas por determinantes de niveles meso y macro (apoyos de familiares, niveles de ingreso, y barreras actitudinales) cuya modificación no coincide necesariamente con la velocidad de la recuperación de la función física. Tal situación demanda diseños intervencionales que operen a múltiples escalas, combinando la práctica clínica con las redes comunitarias y las intervenciones en políticas locales.

Desde la perspectiva práctica, los resultados sugieren acciones inmediatas para el servicio: (i) integrar un módulo psicoemocional en la rutina de terapia ocupacional, que incluya psicoeducación en manejo de la ansiedad, higiene del sueño, técnicas de relajación y activación conductual, orientado a los dos indicadores más comprometidos (calidad del sueño y niveles de tensión); (ii) colaborar con los sistemas familiares y redes de apoyo para asegurar decisiones compartidas y preservar rutinas significativas; y (iii) realizar un seguimiento breve a través de GHQ, PANAS y SWLS en intervalos regulares que permitan identificar empeoramientos y reajustar los planes de intervención. Estas propuestas se alinean con el diseño metodológico del estudio y los instrumentos efectivamente aplicados a lo largo de la investigación.

Los resultados de las encuestas, analizados en conjunto con las entrevistas cualitativas, revelan un panorama complejo en el que los participantes experimentan tanto dificultades como fortalezas. Específicamente, el análisis del GHQ-12 muestra que el 50% de la muestra

reporta un deterioro en su capacidad de concentración, un dato que se alinea con la fatiga y el estrés propios del proceso de rehabilitación. A pesar de este hallazgo, la interpretación global sugiere un patrón de respuesta bifásico: los participantes manifiestan un aumento de síntomas de ansiedad y alteraciones del sueño, pero al mismo tiempo demuestran una notable capacidad de agencia en su día a día. Las narrativas de las entrevistas complementa esta visión, mostrando que el apoyo social y las terapias sistemáticas actúan como factores protectores, fortaleciendo la sensación de utilidad y la habilidad para manejar adversidades. No obstante, la incertidumbre sobre su pronóstico clínico y su futuro laboral sigue siendo una fuente de ansiedad.

### Conclusiones

Los resultados obtenidos aportan evidencias concluyentes acerca del impacto sostenido de un modelo de rehabilitación centrado en ocupaciones en la agencia cotidiana de las personas con discapacidad física que participaron en el estudio. La agencia se reflejó en la conciencia de utilidad, en el placer que reportan las actividades significativas y en la habilidad para afrontar diversos problemas, aunque se evidenció, al mismo tiempo, una carga de ansiedad suficientemente elevada como para perturbar el sueño y modificar el humor. La coexistencia de estos fenómenos configura una “doble cara” del bienestar psicológico que se considera esperable en trayectorias de recuperación en las que logros funcionales y la recuperación de roles sociales se encuentran permanentemente mediadas por incertidumbres en el ámbito médico, laboral y familiar. Dentro de ese horizonte, los resultados cuantitativos atestiguan un equilibrio relativamente estable entre dominios que se mantienen (utilidad, afrontamiento, disfrute) y dominios que continúan expuestos (tensión/ansiedad, insomnio, autovaloración). Los relatos obtenidos en las entrevistas permiten, sin embargo, completar esta lectura al evidenciar que, además de las rutinas terapéuticas, el respaldo familiar y el contacto con pares logran conferir significados de logro y pertenencia que funcionan como amortiguadores del malestar emocional.

Los hallazgos avalan la conveniencia de considerar el bienestar a través de una postura biopsicosocial: la participación ocupacional relevante actúa como mediador entre la recuperación funcional y el bienestar subjetivo, si bien esta mediación se ve influida por factores contextuales (apoyos, prejuicios y situación económica) que no se ajustan

simultáneamente a la evolución de la capacidad física. Además, la ansiedad se presenta como una limitación persistente: sin intervenciones dirigidas (psicoeducación, regulación del sueño y manejo de la reactividad), las mejoras funcionales rara vez se consolidan como bienestar subjetivo duradero. Este resultado articula con los lineamientos de Rehabilitation 2030 (OMS, 2017, 2021) y con estudios que subrayan los mayores beneficios psicosociales cuando la rehabilitación articula los dominios ocupacional y comunitario (Désiron et al., 2011).

Desde la perspectiva de salud pública y de gestión de servicios, se reitera que los centros de atención primaria están en posición de integrar de manera rutinaria intervenciones psicoemocionales de baja intensidad junto a la rehabilitación ocupacional, de reforzar el soporte a los núcleos familiares y a las redes sociales, y de realizar, de manera breve y periódica, el seguimiento de indicadores afectivos y de satisfacción vital. Esta estrategia favorece la sedimentación de las ganancias funcionales en la cotidianidad, disminuye la probabilidad de recaídas emocionales y favorece una mayor adherencia a los tratamientos.

El estudio, por otra parte, revela heterogeneidad intra-grupo en ámbitos cognitivos (específicamente, en atención y en capacidad de decidir) y en la autoevaluación, lo que hace patente la necesidad de formular planes de intervención adaptados y de considerar subgrupos especializados (según la edad, las comorbilidades, las exigencias de atención, o el contexto laboral). Aunque el diseño del estudio y el tamaño de la muestra limitan la capacidad de realizar inferencias causales o de efectuar subanálisis complejos, la coincidencia entre las cifras y las narrativas proporciona un aval empírico a las tendencias emergentes y sugiere acciones de mejora que pueden implementarse a corto plazo.

El programa de rehabilitación analizado logra establecer los recursos necesarios para que los individuos recuperen tareas significativas y mantengan su rutina diaria. Sin embargo, para que estas mejoras se conviertan en bienestar emocional duradero, es imperativo que el servicio integre de manera anticipada el tratamiento de la ansiedad y los trastornos del sueño, así como que refuerce el entrelazamiento de las intervenciones con el entorno comunitario y familiar.

### Referencias bibliográficas

Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JB1 manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute.



- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Registro Oficial.
- Blake, W. M., & Darling, C. A. (2000). Quality of life: Perceptions of African Americans. *Journal of Black Studies*, 30(3), 411-427.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Désiron, H. A. M., de Rijk, A., Van Hoof, E., & Donceel, P. (2011). Occupational therapy and return to work: A systematic literature review. *BMC Public Health*, 11, 615. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-615>
- Felce, D., & Schalock, R. L. (1997). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 18(6), 507-521.
- Fuentes de la Rosa, Y., Rodríguez Ramos, J. F., Bofill Corrales, A., Rodríguez Ramos, I., & Carbó Ordaz, A. (2012). Impacto social de las salas de rehabilitación en un municipio cubano. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 4(3), 177-186. [medigraphic.com](http://medigraphic.com)
- Helander, E. (2000). *Rehabilitación basada en la comunidad: Estrategia de rehabilitación, equiparación de oportunidades, reducción de la pobreza e inclusión social de las personas con discapacidad*. Organización Mundial de la Salud.
- Hinrichs, T., Brach, M., Völker, K., Lange, E., & Wilke, C. (2011). Effects of physical activity on quality of life in older adults with physical disabilities: A systematic review. *Geriatric Nursing*, 32(2), 79-87. [pmc.ncbi.nlm.nih.gov](http://pmc.ncbi.nlm.nih.gov)
- Iannaccone, S., Castellazzi, P., Giordani, A., & De Luca, G. (2020). COVID-19 rehabilitation units are twice as expensive as regular rehabilitation units. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52(6), jrm00073. <https://doi.org/10.2340/16501977-2716> [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov](http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... Stewart, L. A. (2020). PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

- Organización Mundial de la Salud. (1996). *WHOQOL-BREF: Introducción, administración, puntuación y versión genérica de la evaluación: Versión de prueba de campo, diciembre de 1996*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *World report on disability 2011*. OMS/Banco Mundial.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Rehabilitation 2030: A call for action*. Informe de la reunión, 6-7 febrero 2017, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Rehabilitation: Key facts*. Nota informativa. [who.int](http://who.int)
- Peña-Hernández, P. (2021). Fisioterapia y rehabilitación integral de personas con discapacidad: Revisión narrativa. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(6), 642-655. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5558857> redalyc.org
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Sainz de Murieta, E., & Cisneros, M. T. (2022). Rehabilitación y capacidad funcional en la salud del siglo XXI. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 45(3), e1028. <https://doi.org/10.23938/ASSN.1028>
- Schalock, R. L., & Brown, I. (2002). *Quality of life for people with intellectual and other developmental disabilities: Applications across individuals, organizations, communities, and systems*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Stang Alva, M. F. (2011). *Las personas con discapacidad en América Latina: Del reconocimiento jurídico a la desigualdad real (LC/W.411)*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist y explicación. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Umunnah, J., Adegoke, B., Uchenwoke, C., Ossai, E., & Onwuekwe, O. (2023). Impacto de la rehabilitación basada en la comunidad sobre la calidad de vida y la autoestima de personas con discapacidad física y sus familiares. *Global Health Journal*, 7(2), 87-93. <https://doi.org/10.1016/j.glohj.2023.03.002>
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>



**Conflicto de intereses:**

Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

**Financiamiento:**

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

**Agradecimiento:**

N/A

**Nota:**

El artículo no es producto de una publicación anterior.

**Anexos**

**Anexo 1. Instrumentos aplicados en la investigación**

**1. Cuestionario de Salud General (GHQ-12)**

**Objetivo:** Evaluar el bienestar psicológico reciente y la presencia de síntomas de malestar emocional en las últimas semanas.

**Instrucciones:** Lea cuidadosamente cada pregunta. Marque con una cruz la opción que mejor describa su situación en las últimas semanas.

¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

- Mejor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más

¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos útil que lo habitual
- Mucho menos



¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- Más capaz que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos capaz que lo habitual
- Mucho menos

¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más

¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más

¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos

¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?

- Más capaz que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos capaz que lo habitual
- Mucho menos

¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual



- Mucho más

¿Ha perdido confianza en sí mismo?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más

¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más

¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

- Más feliz que lo habitual
- Aproximadamente lo mismo que lo habitual
- Menos feliz que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

## 2. Escala de Afectos Positivos y Negativos (PANAS)

**Objetivo:** Medir la frecuencia e intensidad de emociones positivas y negativas durante la última semana.

**Instrucciones:** Lea cada palabra y marque la opción que indique con qué intensidad ha experimentado ese sentimiento en la última semana.

Escala de respuesta:

- 1 = Muy poco o nada
- 2 = Algo
- 3 = Moderadamente
- 4 = Bastante
- 5 = Extremadamente

Lista de emociones:



- Interesado(a)
- Entusiasmado(a)
- Fuerte, enérgico(a)
- Orgullosa(a)
- Inspirado(a)
- Estimulado(a)
- Decidido(a)
- Atento(a)
- Activo(a)
- Alerta, despierto(a)
- Irritable
- Tenso(a), con malestar
- Disgustado(a), molesto
- Temeroso(a), atemorizado(a)
- Avergonzado(a)
- Nervioso(a)
- Miedoso(a)
- Asustado(a)
- Culpable
- Hostil

### 3. Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

**Objetivo:** Evaluar la percepción global de satisfacción con la vida.

**Instrucciones:** Indique su grado de acuerdo con cada afirmación, usando la siguiente escala:

- 1 = Muy en desacuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 3 = Ligeramente en desacuerdo
- 4 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo



- 5 = Ligeramente de acuerdo
- 6 = De acuerdo
- 7 = Muy de acuerdo

**Ítems:**

- En la mayoría de los aspectos, mi vida es cercana a mi ideal.
- Las condiciones de mi vida son excelentes.
- Estoy satisfecho(a) con mi vida.
- Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida.
- Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.

**4. Entrevista Psicológica Semiestructurada**

**Objetivo:** Profundizar en la experiencia subjetiva de bienestar psicológico y en la percepción sobre el proceso de rehabilitación.

**Bloques temáticos:**

- Influencia de la terapia ocupacional en emociones y estado de ánimo.
- Cambios en la percepción de satisfacción con la vida.
- Principales desafíos emocionales o psicológicos enfrentados.
- Aspectos de la terapia que más contribuyen al bienestar social.
- Cambios percibidos en la salud física (dolor, sueño, energía).
- Recomendaciones para mejorar el servicio de rehabilitación.
- Adecuación cultural y contextual de las intervenciones.