

**INTEGRACIÓN Y COHESIÓN SOCIAL
PERCIBIDO POR PERSONAS CON
DISCAPACIDAD DE SEIS DEPARTAMENTOS
DE LA AMAZONÍA-ORINOQUÍA
COLOMBIANA¹⁰⁵**

**INTEGRATION AND SOCIAL COHESION
PERCEIVED BY PEOPLE WITH DISABILITIES
FROM SIX DEPARTMENTS OF THE
COLOMBIAN AMAZON-ORINOQUÍA**

Suly Castro Molinares¹⁰⁶

Jessica Moreno Castro¹⁰⁷

Angélica Cuello Villamil¹⁰⁸

Arley Camelo Ciro¹⁰⁹

Pares evaluadores: Red de Investigación en Educación, Empresa y Sociedad – REDIEES¹¹⁰.

¹⁰⁵ Derivado del proyecto de investigación Percepción de las personas con discapacidad física y sensorial sobre las posibilidades y oportunidades de inclusión social. Código PIE ECSAH 19/12-17 Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

¹⁰⁶ Licenciada en Ciencias Sociales, Universidad del Magdalena; Magister en Educación, Universidad del Norte; Doctora en Ciencias de la Educación, Universidad Rafael Belloso Chacín. Docente Universidad Nacional, Abierta y a Distancia – UNAD, Zona Amazonía Orinoquía. Correo electrónico suly.castro@unad.edu.co

¹⁰⁷ Psicóloga, Universidad Nacional, Abierta y a Distancia – UNAD. Líder Bienestar Universitario Universidad Nacional, Abierta y a Distancia – UNAD, Zona Amazonía Orinoquía. Correo electrónico jessica.moreno@unad.edu.co

¹⁰⁸ Psicóloga, Corporación Universitaria del Caribe – CECAR -; Especialista en Psicología clínica, Universidad San Buenaventura. Docente Universidad Nacional, Abierta y a Distancia – UNAD, Zona Amazonía Orinoquía. Correo electrónico angelica.cuello@unad.edu.co

¹⁰⁹ Licenciado en Filosofía, Universidad Nacional, Abierta y a Distancia; Especialista en Educación, Cultura y Política, Universidad Nacional, Abierta y a Distancia. Docente de la Universidad Nacional, Abierta y a Distancia – UNAD, Zona Amazonía Orinoquía. Correo electrónico arely.camelo@unad.edu.co

¹¹⁰ Pares evaluadores: Red de Investigación en Educación, Empresa y Sociedad – REDIEES

12. INTEGRACIÓN Y COHESIÓN SOCIAL PERCIBIDO POR PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE SEIS DEPARTAMENTOS DE LA AMAZONÍA-ORINOQUÍA COLOMBIANA¹¹¹

Suly Castro Molinares¹¹², Jessica Moreno Castro¹¹³, Angélica Cuello Villamil¹¹⁴, Arley Camelo Ciro¹¹⁵

RESUMEN

El presente estudio da cuenta de la percepción de las personas con discapacidad sobre el apoyo familiar para la integración social, y su relación con los niveles de cohesión social. Participaron en el estudio 612 personas con discapacidad motriz, sensorial y de la comunicación, de los departamentos de Amazonas, Casanare, Guainía, Guaviare, Meta y Vichada, en Colombia. Se diseñaron y validaron dos cuestionarios: El primero, conformado por ocho (8) ítems que indagan por el apoyo familiar para la integración social percibido por las PcD; arrojó un Alpha de Cronbach de 0.901. El segundo instrumento, referido al nivel de cohesión social, consta de quince (15) ítems; arrojó un Alpha de Cronbach de 0.883. Los resultados indican que las PcD perciben altos niveles de apoyo de la familia para la integración social, mientras que, en el caso de la cohesión social, los resultados indican percepción moderada. Se encontró correlación significativa positiva entre las dos variables. Estos resultados vislumbran la importancia de que las familias cuenten con el acompañamiento y el apoyo del Estado, para promover efectivos procesos de integración de sus miembros con discapacidad.

¹¹¹ Derivado del proyecto de investigación Percepción de las personas con discapacidad física y sensorial sobre las posibilidades y oportunidades de inclusión social Código PIE ECSAH 19/12-17 Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

¹¹² Licenciada en Ciencias Sociales, Universidad del Magdalena; Magister en Educación, Universidad del Norte; Doctora en Ciencias de la Educación, Universidad Rafael Belloso Chacín. Docente Universidad Nacional, Abierta y a Distancia – UNAD, Zona Amazonía Orinoquía. Correo electrónico suly.castro@unad.edu.co

¹¹³ Psicóloga, Universidad Nacional, Abierta y a Distancia – UNAD. Líder Bienestar Universitario Universidad Nacional, Abierta y a Distancia – UNAD, Zona Amazonía Orinoquía. Correo electrónico jessica.moreno@unad.edu.co

¹¹⁴ Psicóloga, Corporación Universitaria del Caribe – CECAR -; Especialista en Psicología clínica, Universidad San Buenaventura. Docente Universidad Nacional, Abierta y a Distancia – UNAD, Zona Amazonía Orinoquía. Correo electrónico angelica.cuello@unad.edu.co

¹¹⁵ Licenciado en Filosofía, Universidad Nacional, Abierta y a Distancia; Especialista en Educación, Cultura y Política, Universidad Nacional, Abierta y a Distancia. Docente de la Universidad Nacional, Abierta y a Distancia – UNAD, Zona Amazonía Orinoquía. Correo electrónico arely.camelo@unad.edu.co

ABSTRACT

This study gives an account of the perception of family support for social integration, of people with disabilities and its relationship with levels of social cohesion. 612 people with motor, sensory and communication disabilities from the departments of Amazonas, Casanare, Guainía, Guaviare, Meta and Vichada, in Colombia, participated in the study. Two questionnaires were designed and validated: The first, made up of eight (8) items that inquire about family support for linking to support groups and networks, freedom of expression, participation in activities and social events, in addition to the roles of responsibility in the family perceived by people with disabilities; yielded a Cronbach's Alpha of 0.901. The second instrument, referring to the level of social cohesion perceived by the people with disabilities: consists of fifteen (15) items that inquire about participation events and social groups, the sense of belonging to the community and the level of trust in the State institutions and the public service providers; yielded a Cronbach's Alpha of 0.883. The results indicate that people with disabilities perceive high levels of family support for social integration, while in the case of social cohesion, the results indicate moderate perception. A significant positive correlation was found between the two variables. These results show the importance of families having the accompaniment and support of the State, the community and organizations to promote effective integration processes in members with disabilities.

PALABRAS CLAVE: inclusión social, discapacidad, apoyo familiar, redes de apoyo, participación, sentido de pertenencia.

Keywords: social inclusion, disability, family support, support networks, participation, sense of belonging.

INTRODUCCIÓN

En el tema de la discapacidad, según Rahman y Singh (2019), la discusión no puede limitarse a las dificultades en actividades físicas y funcionamiento. En efecto, la discusión sobre la discapacidad se ha ampliado a aspectos tales como los efectos de la discapacidad y la capacidad de respuesta del sistema de salud, la cohesión social, calidad de vida e integración social de las personas en condición de discapacidad.

Se destaca así la importancia de examinar la asociación de la discapacidad con estos elementos, puesto que sus implicaciones van más allá de cuestiones meramente físicas, dado que tiene connotaciones en los sistemas en los que está inmerso el ser humano, la sociedad y sus miembros, además, de la importancia que puede tener para la calidad de vida, concepto extremadamente amplio que también incluye la integración y la cohesión social como unas de sus dimensiones.

La integración social, entendida como el proceso y el resultado de otorgar derechos y oportunidades reales de participación, en todas las formas y esferas de la vida pública (educación, ocio, trabajo, actividades sociopolíticas, etc.), juntos y en igualdad de condiciones con otros miembros de la sociedad (Мартинюк, 2018)

Al estudiar cómo la discapacidad afecta la calidad de vida, se debe empezar por examinar cómo afecta la cohesión social. Según Durkheim (1964), quien usó este término por primera vez, la cohesión social es la interdependencia entre los individuos de una sociedad con lealtad colectiva e integración entre sus miembros. La cohesión social es de suma importancia, toda vez que aborda componentes cruciales en el bienestar social e individual y en la reducción de factores de riesgos. Así, el componente social es un aspecto esencial que guarda relación con el bienestar y calidad de vida de las personas.

No obstante, la integración y la cohesión sociales pueden verse reducidas en personas con discapacidad – PcD, dadas las dificultades que experimenta este grupo poblacional, no por sus características físicas o funcionales, si no por las barreras mentales y emocionales que enfrentan en su entorno social (Мартинюк, 2018). Deben sobrevivir diariamente a diferentes situaciones que se les presentan en su diario vivir, aprender a entender, aceptar o sobrellevar su deficiencia, sino vivir con la hostilidad, los prejuicios y la discriminación debido a su condición de discapacidad (Coleridge, 2006).

La discapacidad debe considerarse como un problema de desarrollo, porque existen suficientes evidencias que demuestran que las PcD se encuentran desamparadas, atraviesan dificultades socioeconómicas, además sufren más pobreza que las personas sin discapacidad, es por ello uno de los mayores desafíos a nivel mundial es velar por la igualdad de derechos de esta población (OMS, 2011).

En este sentido, el enfoque diferencial es un elemento clave, en el cual se parte de la comprensión de la diversidad de las personas y las características particulares de cada uno. También implica reconocer la existencia de grupos poblacionales que por sus condiciones y características étnicas, ciclo vital, género, orientaciones sexuales e identidades de género, discapacidad (...), son más vulnerables y requieren un abordaje ajustado a sus necesidades y condiciones particulares (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2019); de igual forma, afirma que es el punto de partida para la implementación de la política pública e integra esta visión haciendo énfasis en los derechos humanos, toda vez que, las personas puedan gozar de los mismos derechos y equidad social.

Integración Social y Cohesión social, algunas consideraciones teóricas

La integración social es considerada como un proceso durante el cual, por un lado, el individuo a integrarse busca adaptarse a la vida en sociedad y muestra disposición para «incrustarse» en la estructura y, por otro lado, la sociedad (incluidos algunos profesionales, comunidades, grupos culturales o de otro tipo) percibe adecuadamente las posibilidades y necesidades individuales de estas personas, se organiza y estructura no solo para adaptarse a sus características, sino también para aceptar a un individuo específico sobre la base de los principios de tolerancia, objetividad, justicia social, proporcionando así las condiciones necesarias para ello y su autorrealización; también es el resultado de tal interacción individual-social y un indicador de su eficacia.

Para Мартинюк (2018), la integración social está referida al proceso y el resultado de otorgar derechos y oportunidades reales a las PcD para participar en todas las formas y esferas de la vida pública (educación, ocio, trabajo, actividades sociopolíticas, etc.), juntos y en igualdad de condiciones con otros miembros de la sociedad. Es decir, la integración social, es un proceso bidireccional, en el que cada persona es «objeto de integración» y a su vez un sujeto, desempeñando un rol activo en dicho proceso.

La familia juega un rol clave en la integración social de las PcD. Cada familia es diferente, con situaciones y contextos distintos, mediada por distintos niveles educativos, económicos y sociocultural, así como cada uno de los miembros que la conforman; cada miembro de una familia puede influir sobre los otros miembros y brindar apoyo, en actividades físicas y sociales (De Zaldo, 1999). Cuando una persona con discapacidad se convierte en adulta, la familia también proporciona una amplia gama de ayudas, ayudándoles a ser independientes y a participar ampliamente en la sociedad, apoyar sus aspiraciones educativas y laborales, y promover la participación en comunidades locales (Grossman y Magaña, 2016).

El apoyo familiar es fundamental en la sociedad. Ortiz (2007) menciona que existen numerosos factores demográficos, sociales, políticos, económicos y culturales, que lo justifican. La razón fundamental es que los apoyos o redes sociales, que construyen los distintos miembros de la familia, se configura en un apoyo emocional que lleva a la PcD afrontar la discapacidad de mejor manera. Así, las familias construyen y consolidan redes sociales de apoyo (familiares, vecinales, de amistad y vinculadas con profesionales), fundamentales para las posibilidades de inclusión social de las PcD (Abad-Salgado, 2016).

Por su parte, la cohesión social es un constructo complejo de definir y medir, dada su naturaleza social y por su base en la percepción, que generalmente resulta de normas y valores. En términos simples, se puede definir como los vínculos sociales que mantienen unida a una sociedad. Es una característica de la sociedad perteneciente a las conexiones y relaciones sociales entre individuos o grupos (McCracken, 1998).

La cohesión social, por su contenido y contexto, se orienta al bienestar de ahí su importancia en los procesos de inclusión social de las PcD. Para Durkheim, la cohesión social guarda estrecha relación con el sentido de identidad y pertenencia común. En tal sentido, la cohesión social conceptualiza los elementos que unen y mantienen unidas a las personas en la sociedad y tienen como objetivo reducir los factores de riesgo asociados que van desde la salud hasta el bienestar social (Rahman & Singh, 2019).

La pertenencia es un aspecto fundamental para que se desarrollen procesos de cooperación social, para que las sociedades puedan resistir las tendencias de fragmentación, y para afianzar la inclusión y cohesiones sociales. La pertenencia está estrechamente ligada al desarrollo de la identidad individual y colectiva de un grupo que comparte una cultura,

unos valores y principios prosociales, pero que también es reconocido por sus particularidades y diferencias (Wormald, Flores, Sabatini, Trebilcock y Rasse, 2012).

Una sociedad socialmente cohesionada proporciona un sentido de pertenencia, participación, inclusión, reconocimiento y legitimidad a todos los miembros, sin embargo, dada la heterogeneidad de una sociedad en términos demográficos, sociales y culturales, en ella coexisten diferentes grupos cuya vulnerabilidad a diferentes tipos de factores de riesgo varía. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos – OCDE (2012), indica que una sociedad cohesionada trabaja por el bienestar de todos sus miembros, lucha contra la exclusión y la marginación, crea un sentido de pertenencia, promueve la confianza y ofrece a sus miembros la oportunidad de movilidad ascendente.

La CEPAL (2007) por su parte, definió inicialmente la cohesión social como la dialéctica entre los mecanismos instituidos de inclusión y exclusión social y las percepciones y reacciones de los ciudadanos con respecto a la operación de dichos mecanismos (pertenencia). De este modo, la cohesión social puede ser entendida como la capacidad de las instituciones para reducir de modo sustentable las brechas sociales con apoyo ciudadano (CEPAL, 2010). El apoyo ciudadano se refleja así, en la percepción y confianza en la democracia, en las instituciones del Estado, los partidos políticos, las ramas del poder público y en el mercado.

Así, cuando se habla de cohesión social, se hace referencia al vínculo efectivo de las personas a las instituciones sociales que deben garantizar los diversos componentes de la calidad de vida y bienestar, especialmente la familia, los mercados y el Estado, que articulados complementados, se constituyen en los espacios institucionales determinantes para el bienestar y la cohesión social (CEPAL, 2010).

En lo que tiene que ver con las familias, estas actúan como un mecanismo de provisión de bienestar a sus miembros, no solo desde la distribución de recursos de distinta naturaleza, sino también al asignar roles. Se debe indicar, por otra parte, que los indicadores de cohesión social en torno a la familia no se refieren precisamente a la extensión de familias bien constituidas según el criterio tradicional, sino más bien se hace referencia a los niveles en que, independiente de la forma en que estén constituidas las familias o las tipologías de familia, todas las personas participen de relaciones dentro de sus familias en que sean acogidos y respetados.

Avances y dificultades para los procesos de integración y cohesión social de las PcD

A pesar de los avances logados por las PcD a través de procesos de fortalecimiento en su posición social, política y moral, los ciudadanos globalmente no han reconocido sus capacidades físicas y cognitivas, se les siguen considerando como víctimas, cuyo único propósito en la vida es existir (Amoroso, 2020), privándolos de la aceptación y el reconocimiento como personas con igualdad de derechos y oportunidades. De ahí la importancia de establecer un sistema de protección integral que permita visibilizar a las PcD, fortalecer, promover y divulgar los derechos y deberes de este grupo poblacional, lo que facilitaría los procesos de cohesión e integración social.

La revisión de algunos estudios que abordan la cohesión social y la discapacidad, dejan ver algunas limitaciones en ellos, lo que puede obedecer al uso de distintas conceptualizaciones de la cohesión. La mayoría de los estudios utilizan redes sociales, apoyo social y el capital como indicador de cohesión social (Rahman y Singh, 2019). Además, en la mayoría de los estudios se tomaron sólo dominios explícitos de discapacidad como actividades instrumentales de la vida diaria o actividades del cuidado personal.

No obstante, lo anterior, en el contexto internacional, los conceptos de inclusión social en las PcD se han expandido permitiendo la influencia positiva de prácticas comunicativas con el objetivo de mejorar la calidad de vida de estas personas, por medio de la empatía, asertividad, y las relaciones sociales que permitan una nueva visión de la sociedad (Kim, Shin, Yu & Kim, 2017).

En el contexto nacional e internacional, entidades como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de Estados Americanos (OEA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han promulgado iniciativas que consagran declaraciones en materia de principios y derechos en favor de las personas discapacitadas. En este marco, el Estado Colombiano, ha cumplido una tarea fundamental en materia de oportunidades e inclusión social de las PcD. Sin embargo, existen dificultades de seguimiento de ejecuciones concretas a la hora de implementarlas y ponerlas en prácticas en las comunidades (Soto, 2013, p.20).

A juicio de Soto (2013), en Colombia las PcD han tenido relevancia en los últimos veinte años, dados los avances en los mecanismos normativos y legales para su protección

integral y fortalecimiento de sus derechos. Sin embargo, a pesar de la existencia de un ordenamiento jurídico que pretende reducir discapacidades, se carece de una cultura integracionista basada en la solidaridad que fomente la inclusión material de las PcD.

Para el Ministerio de Salud y Protección Social (2008), en Colombia se han presentado avances significativos en la implementación de la normatividad, los cuales benefician y contribuyen al fortalecimiento y cumplimiento de los derechos en la protección, y atención de las PcD. Tal es el caso de la ley 1145 de 2007, que promueve la formulación e implementación de la política pública de discapacidad, mediante la articulación entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local, a través de la estructuración y operatividad del Sistema Nacional de Discapacidad (SND), con el fin de garantizar sus derechos fundamentales, reglamentados en su funcionamiento a través de la Resolución 3317 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

La Ley 1346 de 2009 que ratifica a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, implementadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas, con el propósito de promover, proteger y asegurar la igualdad de condiciones y el cumplimiento de los derechos humanos. La Ley estatutaria 1618 de 2013, que promueve el pleno ejercicio de los derechos de las PcD, mediante la incorporación de medidas de inclusión, para así eliminar toda forma de discriminación por razón de discapacidad.

El Acuerdo 002 de noviembre 8 de 2013, mediante el Consejo Nacional de Discapacidad –CND, recomienda a las entidades públicas nacionales y territoriales que integran el Sistema Nacional de Discapacidad, implementar mecanismos para mantener actualizado el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad. -RLCPD. El Acuerdo 003 de febrero 19 de 2014, a través del Consejo Nacional de Discapacidad -CND, emite recomendaciones sobre el Observatorio Nacional de Discapacidad -OND, como una estrategia técnica que recopila, investiga, analiza y genera información, para contribuir al seguimiento de los esfuerzos en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad.

La Resolución 113 de 2020, por la cual el Ministerio de Salud y Protección Social dictan disposiciones en relación con la certificación de discapacidad y el Registro de localización y caracterización de PcD. Resolución 1043 de 2020, por la cual se reconoce la asignación de recursos destinados a la implementación de la certificación y registro de

localización y caracterización de personas con discapacidad. Como también los lineamientos de prevención del contagio por COVID-19 y atención en Salud PcD, sus familias, las personas cuidadoras y actores del sector salud.

Es menester examinar estos datos a la luz de la participación de dicha población en la vida social, puesto que las etiquetas sociales pueden ser excluyentes en muchas esferas de la vida cotidiana, especialmente en las PcD; el éxito de la implementación de las políticas y estrategias asociadas requieren procesos equitativos e inclusivos que consideren los aportes de todos los interesados, especialmente aquellos cuyo bienestar depende de tales políticas.

Por otra parte, frente a estas situaciones, la familia tiene un rol esencial, como fuente de motivación, participación en las comunidades y de forma activa en la sociedad (Stojkow & Żuchowska-Skiba, 2019), 2019). Al respecto, Grossman y Magaña (2016, p.241) indican que “necesitamos entender más acerca de cómo la provisión familiar de cuidados, los apoyos y servicios pueden influir en los resultados de las personas con discapacidades, como la participación comunitaria, el empleo, la salud y el bienestar, y vida independiente”.

En el marco de una mirada holística donde no solo se contempla el modelo médico, sino el social, en el que se reconoce la intervención individual, pero, asimismo, plantea que el mundo ha sido diseñado para personas «sin discapacidades», las organizaciones y los ámbitos sociales juegan un papel clave, destacándose la familia como pilar a considerar en la articulación de procesos y oportunidades en pro de las PcD (Madrigal, 2015).

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación es de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental transeccional y de alcance descriptivo-correlacional. Inicia como un estudio descriptivo, por cuanto se busca describir cómo son y cómo se manifiestan las variables de estudio, en este caso cómo perciben las personas con discapacidad los procesos de integración y cohesión social. Asimismo, pretende conocer la relación o el grado de asociación o variación existente entre las dos variables en la muestra o contexto definido.

Población y muestra

Con respecto al contexto colombiano, y al tomar como referencia la proyección poblacional para el 2020 del Censo Nacional de Población y Vivienda - CNPV 2018, del Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE–, en Colombia residen

1.553.437, lo que representa el 3.05% de la población total PcD. De estas personas, 761.741 son mujeres (49,04%) y 788.382 (50,75%) son hombres (Ministerio de la Protección Social, 2020), tal como se muestra a continuación (Tabla 1):

Tabla 1. Población con discapacidad en Colombia

	PcD	Mujeres	Hombres
Población con discapacidad	1.553.437	761.741	788.382
Porcentaje respecto al total de la población	3,05%.	1,5%	1,55%
Porcentaje respecto al total personas con discapacidad		49,04%	50,75%

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD), Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad – RLCPD. Fecha de corte: junio de 2020.

De acuerdo con las cifras presentadas, se evidencia que la distribución de PcD con respecto a hombres y mujeres en el territorio nacional, es similar; con diferencias de 1% aproximadamente.

Para el estudio se seleccionaron a PcD de ambos sexos, que reportaran discapacidad motriz, sensorial y de la comunicación y con edades de 18 años en adelante y residentes en uno de los seis (6) departamentos de la Amazonía y Orinoquía Colombiana: Amazonas, Casanare, Guainía, Guaviare, Meta y Vichada.

La siguiente tabla muestra la distribución de las PcD en cada departamento seleccionado para el estudio.

Tabla 2. Distribución de PcD en los departamentos de la Amazonía - Orinoquía Colombia

Departamento	PcD	Porcentaje respecto al total de la población
Amazonas	2.662	3,3%
Casanare	15.378	3.97%
Guainía	594	1,32%
Guaviare	1.843	1,55%
Meta	26.542	2.52%
Vichada	1.068	1,32%

Fuente: Elaboración propia a partir de Bodega de Datos de SISPRO (SGD), Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad – RLCPD. Fecha de corte: junio de 2020.

Con base en los reportes del Observatorio Nacional de Discapacidad Ministerio de la Protección Social (2020) y de la Dirección de Censos y Demografía del DANE (2010), se obtuvieron datos aproximados del tamaño de la población de cada departamento, dado que los rangos de edad empleados por el DANE para distribuir la población son: de 0 a 4 años, de 5 a 14, de 15 a 44, de 45 a 59 y de 60 años y más. Para el estudio se considera la edad mínima de 18 años, la cual se ubica en el rango de 15 a 44 años, lo que sugiere que en esta investigación el cálculo de la población es superior al real.

Tabla 3. Población con discapacidad motriz, sensorial y de la comunicación ≥ 15 , residentes en los departamentos considerados para el estudio.

Departamento	PcD residentes	PcD motriz, sensorial y de la comunicación ≥ 15
Amazonas	2.662	341
Casanare	15.378	3.059
Guainía	594	101
Guaviare	1843	622
Meta	26.542	2.686
Vichada	1.068	207
Total	48.087	7.016

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del Observatorio Nacional de Discapacidad – Ministerio de la Protección Social (2020) y de la Dirección de Censos y Demografía – DANE (2010)

Para obtener el tamaño óptimo de la muestra se utilizó la fórmula para población finita, obteniéndose una muestra de $n = 608$, con nivel de confianza del 99% y un error máximo admisible: del 5%. Una vez se obtuvo el tamaño de la muestra, se optó por la técnica de muestreo estratificado con afijación proporcional. El cálculo de la muestra de cada estrato se hizo mediante la calculadora en Excel de libre acceso, elaborada y publicada por la Universidad de Granada.

Tabla 4. Distribución de la muestra según los departamentos

Departamento	No. sujetos en el estrato	Proporción	Muestra del estrato
Amazonas	341	4,9	30
Casanare	3.059	43,5	264
Guainía	101	1,4	9
Guaviare	622	8,9	54
Meta	2.686	38,3	233
Vichada	207	3,0	18
Total	7.016	100%	608

Fuente: Elaboración propia

Técnicas e Instrumentos

Para la recolección de los datos se emplearon dos instrumentos *ad hoc* tipo cuestionarios diseñados por las autoras, para ser aplicado a modo de entrevista.

Cuestionario referido al apoyo familiar para la integración social percibido por las PcD:

Compuesto por ocho (8) ítems que indagan por el apoyo familiar para la vinculación a grupos y redes de apoyo, la libertad de expresión, participación en actividades y eventos sociales, asumir roles de responsabilidad en la familia. Cada ítem cuenta con cuatro opciones de respuesta: siempre (4), casi siempre (3), casi nunca (2) y nunca (1). Los puntajes altos indican altos niveles de integración percibido, las puntuaciones bajas indican bajos niveles de integración percibido y las puntuaciones medias niveles moderados.

Se emplea el siguiente baremo para la interpretación de los datos obtenidos del instrumento referido al nivel de integración social percibido por las PcD:

Tabla 5. Baremo nivel de apoyo familiar para la integración social percibido por las PcD

Valores	Escala de respuesta
$8 \leq X < 12$	Muy bajo
$13 \leq X < 17$	Bajo
$18 \leq X < 22$	Moderado
$23 \leq X < 27$	Alto
$28 \leq X < 32$	Muy alto

Fuente: Las autoras

Cuestionario referido al nivel de cohesión social percibido por las PcD: consta de quince (15) ítems: dos (2) ítems referidos a la participación en grupos sociales; cinco (5) que indagan por el sentido de pertenencia a la comunidad, con opciones de respuestas siempre (4), casi siempre (3), casi nunca (2) y nunca (1); ocho (8) ítems que indagan por el nivel de confianza en las instituciones del Estado y las entidades prestadoras de servicios públicos con las opciones de respuesta mucha confianza (4), algo de confianza (3) poca confianza (2) y ninguna confianza (1); los puntajes altos indican altos niveles de cohesión percibido, las puntuaciones bajas indican bajos niveles de cohesión percibido y las puntuaciones medias niveles moderados.

Tabla 6. Baremo cohesión social percibido por las PcD

Valores	Escala de respuesta
$13 \leq X < 20$	Muy bajo
$21 \leq X < 28$	Bajo
$29 \leq X < 36$	Moderado
$37 \leq X < 44$	Alto
$45 \leq X < 52$	Muy alto

Fuente: Las autoras

Se adicionaron 10 ítems para recabar información referida a la edad, sexo, estrato socioeconómico, estado civil, nivel de escolaridad, municipio de residencia, actividad laboral, personas a cargo y tipo de discapacidad.

Plan de análisis

Para el análisis de los datos se empleó el software estadístico SPSS v. 20. Se realizó la prueba de confiabilidad mediante el coeficiente Alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna de los instrumentos. Se inició el análisis mediante estadística descriptiva para obtener frecuencias, medias y desviación estándar. También se calcularon correlaciones de Pearson para establecer las posibles relaciones entre las variables nivel de integración y cohesión social percibido por las PcD.

Consideraciones éticas

La investigación no representaba ningún riesgo físico, psicológico ni social para los participantes, de acuerdo con la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud. Los encuestadores entregaron a cada participante una invitación a hacer parte del estudio, se les explicó sobre el propósito de este y se les solicitó su consentimiento, garantizándoles la confidencialidad de los resultados y la protección de su identidad. Se indicó, además, que cada participante estaba en libertad de decidir si participaba o no en el estudio, y de desistir en el momento que quisiera.

RESULTADOS

Caracterización de la muestra

Como producto del muestreo estratificado para calcular el tamaño de la muestra, se definió que esta estaría integrada por 608 participantes. Sin embargo, se tomó la decisión de ampliarla como medida de prevención en caso de que algunas PcD no aceptaran participar en el estudio, o que, habiendo aceptado, decidieran abandonar la entrevista sin completar el reporte de la información solicitada en los cuestionarios, como efectivamente sucedió. Es así como en algunos departamentos se logró la muestra proporcional, en otros se superó y en uno no se logró completar, esto porque algunas personas no estaban disponibles al momento del abordaje y algunos participantes se retiraron sin terminar la entrevista. En total participaron 612 PcD.

Tabla 7. Distribución de la muestra según los departamentos de la Amazonía Orinoquía incluidos en el estudio

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
Amazonas	30	4.9
Casanare	243	39.7
Guainía	17	2.8
Guaviare	58	9.5
Meta	244	39.9
Vichada	20	3.3
Total	612	100.0

Fuente: elaboración propia

Del total de participantes, 302 (49%) son mujeres y 310 (51%) son hombres. En la tabla 8 se muestra que el rango de edad que prevalece el de 18 a 29 años (46%), seguido del de 30 a 39 años (20%). Los demás rangos no superaron el 12%.

Tabla 8. Distribución por edades

Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 18 a 29 años	281	45.9
De 30 a 39 años	122	19.9
De 40 a 49 años	69	11.3
De 50 a 59 años	72	11.8
De 60 años o más	68	11.1
Total	612	100.0

Fuente: elaboración propia

Un aspecto de interés en la caracterización de los participantes es el relacionado con el tipo de discapacidad. Algunas personas reportaron más de un tipo de discapacidad, dentro de las contempladas para el estudio. En lo que respecta a las discapacidades sensoriales y de la comunicación, se observa en la tabla 9, que las más frecuentes son debilidad visual, debilidad auditiva, sordera y ceguera. En la de tipo motriz, prevalecen la discapacidad motriz o motora. En menor porcentaje la discapacidad musculoesquelética y la paraplejia. En la misma tabla se reportan las personas con más de una discapacidad. Entre estas, se encuentran siete (1,1%) con debilidad auditiva y discapacidad motriz o motora, seis (1,0%) con hipoacusia y discapacidad musculoesquelética, seis (1,0%) con sordera y discapacidad motriz o motora y cinco (0,8%) debilidad visual y discapacidad motriz o motora.

Tabla 9. Distribución de la muestra según tipo de discapacidad

Tipos de discapacidad	Frecuencia Porcentaje	
	N	%
Sensoriales y de la Comunicación		
Ceguera	34	5.6
Debilidad auditiva	100	16.3
Debilidad visual	110	18.0
Hipoacusia	20	3.3
Mudez	35	5.7
Sordera	40	6.5
Motrices	N	%
Cuadriplejía	11	1.8
Motriz o motora	139	22.7
Musculoesquelética	35	5.7
Paraplejía	27	4.4
Secuela de poliomielitis	5	.8
Discapacidad múltiple	N	%
Ceguera y cuadriplejía	1	.2
Ceguera y motriz o motora	1	.2
Ceguera y discapacidad musculoesquelética	2	.3
Ceguera y secuela de poliomielitis	1	.2
Debilidad auditiva y cuadriplejía	1	.2
Debilidad auditiva y motriz o motora	7	1.1
Debilidad auditiva y discapacidad musculoesquelética	2	.3
Debilidad auditiva y secuela de poliomielitis	3	.5
Debilidad visual y motriz o motora	5	.8
Debilidad visual y discapacidad musculoesquelética	2	.3
Debilidad visual y paraplejía	2	.3
Debilidad visual y secuela de poliomielitis	2	.3
Hipoacusia y cuadriplejía	2	.3
Hipoacusia y motriz o motora	2	.3
Hipoacusia y discapacidad musculoesquelética	6	1.0
Hipoacusia y paraplejía	2	.3
Hipoacusia y secuela de poliomielitis	1	.2
Mudez y cuadriplejía	1	.2
Mudez y motriz o motora	1	.2
Mudez y discapacidad musculoesquelética	1	.2
Mudez y secuela de poliomielitis	2	.3
Sordera y cuadriplejía	1	.2
Sordera y motriz o motora	6	1.0
Sordera y discapacidad musculoesquelética	2	.3

Total	612	100.0
--------------	------------	--------------

Fuente: elaboración propia

Se encontró que, del total de los participantes, 317 (52%) se ubican en el estrato socioeconómico 1, 201 (33%) en el estrato 2, 72 (12%) en el 3, 12 (2%) personas en el estrato 4 y 10 (2%) en el estrato 5. En cuanto al estado civil, 389 (62%) de los participantes reportaron ser soltero, 97 (16%) casados, 97 (16%) en unión libre y 38 (6%) indicaron ser viudos. Sobre el nivel de escolaridad, 219 (36%) alcanzaron estudios de primaria, 181 (30%) son bachilleres, 59 (10%) reportaron estudios universitarios, 58 (9%) estudios técnicos y 95 (15%) manifestaron no haber recibido ningún tipo de educación formal. En cuanto al estado civil, de las PcD que participaron en la muestra, 380 (62%) indicaron estar solteros, 97 (16%) casados, 97 (16%) en unión libre y 38 (6%) son viudos.

Al preguntar a los participantes si desarrollaban alguna actividad laboral que les generara ingresos económicos, se encontró que 331 (54%) no realiza ninguna actividad laboral y 281 (46%) si realiza una actividad laboral que le genera ingresos. Un aspecto de interés en el estudio tiene que ver con las responsabilidades económica de las PcD en su núcleo familiar, por tanto, se preguntó si en ese momento tenían personas a cargo. Del total de la muestra, 229 (37%) manifestó que sí y 383 (63%) manifestó que no tener personas a cargo.

Prueba de confiabilidad y análisis factorial exploratorio de los instrumentos

Se aplicó el método de consistencia interna para estimar la fiabilidad de los instrumentos con base en el alfa de Cronbach. Asimismo, se aplicó Análisis Factorial.

Cuestionario apoyo familiar para la integración social percibido por las PcD

Se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.901, lo cual revela una fuerte relación entre los ítems, es decir, alta confiabilidad.

Se aplicó la prueba de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), en la que se obtuvo $KMO = 0,889$ y en la prueba de esfericidad de Bartlett, estadísticamente significativa, $X^2 = 2848.054$, ($p = 0,000$), lo que indica que se cumplían las condiciones para el uso del análisis factorial. Se aplicó el análisis de componentes principales para estimar los pesos factoriales aportados por cada ítem del cuestionario a los factores o componentes

principales obtenidos y el porcentaje de la varianza explicada. La prueba arrojó una estructura factorial unidimensional, es decir con un único factor, con autovalor de 4.806 que explica el 60,01% de la varianza (Tabla 10).

Tabla 10. Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4.806	60.069	60.069	4.806	60.069	60.069
2	881	11.017	71.087			
3	614	7.674	78.760			
4	511	6.382	85.142			
5	402	5.025	90.167			
6	322	4.027	94.194			
7	252	3.152	97.347			
8	212	2.653	100.000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

La matriz de componentes obtenida indica que los ocho (8) ítems definidos en el cuestionario están bien representados mediante un factor (Tabla 11).

Tabla 11. Estructura factorial definida para el cuestionario apoyo familiar para la integración social percibido por las PcD

Ítems	Cuestionario apoyo familiar para la integración social percibido por las PcD	Componente
		1
Ítem 4	Su familia interviene para apoyarle cuando se le vulneran sus derechos	.829
Ítem 8	Su familia le ayuda a afrontar las dificultades que se presentan en su proceso de integración a la comunidad	.824
Ítem 2	Su familia le anima para que se vincule a los grupos de apoyo que hay en su comunidad o municipio	.805
Ítem 1	Su familia le ha acompañado y ha participado de las actividades de grupo a las que usted es invitado o desea asistir	.803
Ítem 3	En su grupo familiar, usted puede expresar sus ideas y sentimientos con toda libertad y tranquilidad	.792
Ítem 5	Le invitan a participar en actividades, reuniones y eventos que organizan amigos, familiares y otras familias	.785
Ítem 6	Su familia le anima para que se integre a grupos culturales, políticos, cívicos o religiosos de su comunidad	.778
Ítem 7	Asume tareas o roles de responsabilidad dentro de la familia	.546

Cuestionario referido al nivel de cohesión social percibido por las PcD

Se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.883, lo cual revela una fuerte relación entre los ítems, es decir, alta confiabilidad. Los resultados de las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin – KMO= 0.874 y de esfericidad de Bartlett, $X^2= 4231.806$, ($p=0,000$) indican que se cumplían las condiciones para el uso del análisis factorial. El análisis de componentes principales y el porcentaje de la varianza explicada arrojó una estructura factorial bidimensional, es decir con dos factores: Factor I “Confianza en las instituciones del Estado y las entidades prestadoras de servicios públicos”, con autovalor de 5.479 que explica el 42,145% de la varianza; Factor II “Sentido de pertenencia a la comunidad” con autovalor de 2.350 que explica el 18.079% de la varianza. Los dos factores alcanzan a explicar el 60,224% de la varianza total (Tabla 12).

Tabla 12. Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	.479	42.145	42.145	5.479	42.145	42.145	4.556	35.050	35.050
2	.350	18.079	60.224	2.350	18.079	60.224	3.273	25.175	60.224
3	.972	7.479	67.703						
4	.780	6.000	73.703						
5	.563	4.333	78.036						
6	.538	4.135	82.171						
7	.507	3.897	86.068						
8	.431	3.317	89.385						
9	.350	2.695	92.080						
0	.308	2.372	94.452						
1	.301	2.312	96.763						
2	.221	.701	98.465						
13	.200	1.535	100.000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

A continuación, se muestran los resultados de la matriz de componentes rotados, con los valores de cada ítem del cuestionario y su respectiva carga factorial (Tabla 13).

Tabla 13. Estructura factorial definida para el cuestionario nivel de cohesión social percibido por las PcD

Ítems	Cuestionario nivel de cohesión social percibido por las PcD	Componente	
		1	2
Ítems 8	Cuanta confianza tiene usted en el gobierno	795	142
Ítems 9	Cuanta confianza tiene usted en los partidos políticos	779	096
Ítems 12	Cuanta confianza tiene usted el sistema judicial (Jueces, fiscales, abogados)	770	144
Ítems 14	Cuanta confianza tiene usted en las empresas de servicio públicos (acueducto, energía, telefonía, gas natural)	751	191
Ítems 13	Cuanta confianza tiene usted en los comerciantes	736	087
Ítems 10	Cuanta confianza tiene usted en la alcaldía municipal	729	164
Ítems 11	Cuanta confianza tiene usted en las fuerzas armadas (policía – ejército)	711	117
Ítems 15	Cuanta confianza tiene usted en los empleados públicos	676	219
Ítems 5	Se siente respetado y valorado por los miembros de su comunidad	094	870
Ítems 4	Se siente a gusto en la comunidad a la que pertenece	086	858
Ítems 7	Percibe actitudes solidarias hacia usted, por parte de los miembros de su comunidad	214	801
Ítems 3	Participa en la organización o desarrollo de las actividades que se programan en su comunidad	156	717
Ítems 6	Recibe atención preferencial cuando realiza trámites en las entidades públicas y privadas	197	664

Fuente: Elaboración propia

Análisis descriptivo de los resultados

Apoyo familiar para la integración social

Se presenta a continuación en análisis descriptivo de la variable Apoyo familiar para la integración social percibido por las PcD. En términos generales, se obtuvo una media $\bar{X}=25.33$, $\sigma=5.25$ valor que se ubica en el rango alto en la escala de respuesta del baremo creado para este instrumento.

Al discriminar la información por departamento, se observa que el más alto nivel de apoyo familiar para la integración social se presenta en el departamento del Amazonas ($\bar{X}=27.70$, $\sigma=5.08$), seguido por Guainía ($\bar{X}=26.76$, $\sigma=5.70$) y Casanare ($\bar{X}=25.83$, $\sigma=4.85$), y

los más bajos en los otros tres departamentos así: Guaviare ($\bar{X}= 24.45, \sigma= 4.16$), Vichada ($\bar{X}= 24.70, \sigma= 5.88$) y Meta ($\bar{X}= 24.71, \sigma= 5.67$). Al comparar los datos de cada departamento, mediante la prueba estadística de Kruskal-Wallis, se hallaron diferencias significativas ($X^2= 18.662$; $gl = 5$; $p = 0.002$).

Los resultados que dan cuenta del apoyo familiar percibido, según el tipo de discapacidad, expuestos en la tabla 14, muestran que todas las PcD de tipo sensorial y de la comunicación y las de discapacidad motriz, obtuvieron puntuaciones ubicadas en el rango alto ($23 \leq X < 27$) según el baremo establecido para la interpretación de los datos. Lo que significa alta percepción del apoyo familiar para los procesos de integración social.

Por otra parte, entre las PcD múltiple, algunos alcanzaron puntajes que se ubican en el rango muy alto ($28 \leq X < 32$), mientras que dos personas obtuvieron puntuaciones que se ubican en el rango de bajo ($13 \leq X < 17$), lo que significa baja percepción de apoyo familiar para la integración social. Sin embargo, al comparar los promedios de cada participante según el tipo de discapacidad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($X^2= 46.504$; $gl = 34$; $p = 0.75$).

Tabla 14. Nivel de apoyo familiar percibido según el tipo de discapacidad

Tipos de discapacidad	Media	Desv. típ.
Sensoriales y de la Comunicación		
Ceguera	24.82	5.55
Debilidad auditiva	25.46	5.45
Debilidad visual	24.59	5.58
Hipoacusia	25.20	4.36
Mudez	25.74	4.33
Sordera	24.67	4.35
Motrices		
Cuadriplejía	26.91	4.08
Motriz o motora	24.95	5.73
Discapacidad musculoesquelética	27.14	3.62
Paraplejía	26.70	3.44
Secuela de poliomielitis	25.20	5.45
Discapacidad múltiple		
Ceguera y cuadriplejía	23.00	.

Ceguera y motriz o motora	32.00	.
Ceguera y discapacidad musculoesquelética	21.00	15.56
Ceguera y secuela de poliomielitis	28.00	.
Debilidad auditiva y cuadriplejía	16.00	.
Debilidad auditiva y motriz o motora	27.57	5.47
Debilidad auditiva y discapacidad musculoesquelética	28.00	1.41
Debilidad auditiva y secuela de poliomielitis	24.00	7.00
Debilidad visual y motriz o motora	24.00	6.59
Debilidad visual y discapacidad musculoesquelética	32.00	.00
Debilidad visual y paraplejía	31.00	1.41
Debilidad visual y secuela de poliomielitis	32.00	.00
Hipoacusia y cuadriplejía	19.00	5.66
Hipoacusia y motriz o motora	29.00	4.24
Hipoacusia y discapacidad musculoesquelética	26.67	4.27
Hipoacusia y paraplejía	22.00	.00
Hipoacusia y secuela de poliomielitis	32.00	.
Mudez y cuadriplejía	20.00	.
Mudez y motriz o motora	27.00	.
Mudez y discapacidad musculoesquelética	14.00	.
Mudez y secuela de poliomielitis	28.00	5.66
Sordera y cuadriplejía	21.00	.
Sordera y motriz o motora	25.67	4.13
Sordera y discapacidad musculoesquelética	30.00	.00
Total	25.33	5.25

Fuente: elaboración propia

A continuación, los resultados de la percepción del apoyo familiar para la integración social según la edad: de 18 a 29 años: $\bar{X}=25,59$, $\sigma=4.78$; de 30 a 39 años: $\bar{X}=25.62$, $\sigma=4.91$; de 40 a 49 años: $\bar{X}=25.42$, $\sigma=5.72$, los de 50 a 59 años: $\bar{X}=24.11$, $\sigma=6.47$; y de los de 60 años en adelante: $\bar{X}=24.94$, $\sigma=5.69$. Estos datos indican que los más jóvenes perciben mayor apoyo familiar para la integración social. Pareciera que a medida que aumenta la edad, las PcD se sienten menos apoyadas, sin embargo, esto tiende a cambiar cuando se llega a la etapa de adulto mayor. En todo caso, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas al comparar las medias obtenidas de cada participante en función de la edad ($X^2=2.101$; $gl=4$; $p=0.717$).

Los siguientes son los resultados de la percepción de las PcD, según el estrato socioeconómico: estrato 1: $\bar{x}= 24,74, \sigma= 5.51$; estrato 2: $\bar{x}= 25.59, \sigma= 4.93$; estrato 3: $\bar{x}= 25.61, \sigma= 4.34$; estrato 4: $\bar{x}= 29,42, \sigma= 4.83$; y estrato 5: $\bar{x}= 32.00, \sigma= 0.00$. Se observa que quienes se ubican en los estratos más altos perciben mayor apoyo de la familia que las personas ubicadas en los estratos bajos. Y que a medida que disminuye el estrato socioeconómico, disminuye la percepción del apoyo familiar para los procesos de integración. Al realizar la prueba estadística de Kruskal-Wallis, se hallaron diferencias significativas ($X^2 = 34.399$; $gl = 4$; $p = 0.000$).

En el caso del estado civil, los resultados son: soltero: $\bar{x}= 25.04, \sigma= 5.38$; casado: $\bar{x}= 26.77, \sigma= 4.85$; unión libre $\bar{x}= 25.17, \sigma= 5.18$; y viudo $\bar{x}= 25.00, \sigma= 5.75$. Los datos indican que los casados muestran mejores resultados en la percepción del apoyo familiar para los procesos de integración. Al comparar los promedios obtenidos se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 8.182$; $gl = 3$; $p = 0.042$).

En el caso del nivel de escolaridad, los hallazgos indican que los universitarios reportan el mayor nivel de percepción del apoyo familiar. Se observa que a medida que disminuye el nivel de escolaridad, también disminuye el nivel de percepción de las PcD del apoyo familiar para los procesos de integración. Encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 57.623$; $gl = 4$; $p = 0,000$). Al realizar las pruebas *post-hoc*, se pudieron establecer tres subgrupos, el primero conformado por los que reportaron ningún estudio y estudios de primaria, el segundo subgrupo integrado por los que reportaron estudios de bachillerato y técnico y en el tercer subgrupo solo se ubican los que reportaron estudios universitarios.

Tabla 15. Percepción del apoyo familiar para la integración social según nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad	Media	Desv. típ.
Ninguno	23.55	6.81
Primaria	24.32	5.11
Bachillerato	25.82	4.17
Técnico	26.84	4.79
Universitario	28.98	3.82

Fuente: elaboración propia

Por otra parte, los resultados indican que las PcD que desempeñan alguna actividad que les genera ingresos, muestran mejores resultados en cuanto a la percepción del apoyo familiar para los procesos de integración ($\bar{X}= 25.72$, $\sigma= 5.30$), que las personas que no desarrollan alguna actividad laboral ($\bar{X}= 25.01$, $\sigma= 5.19$) encontrándose, mediante la prueba de la U de Mann-Whitney, diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de los dos grupos ($p = 0.032$).

Se finaliza el análisis descriptivo de la variable percepción del apoyo familiar para la integración social, con los resultados de la pregunta si las PcD tienen o no personas a cargo. Se observa que quienes reportaron que sí, muestran un puntaje levemente mayor $\bar{X}= 25.75$ ($\sigma= 5.15$), que el de las PcD sin nadie a cargo $\bar{X}= 25.09$ ($\sigma= 5.30$), sin embargo, no se hallaron diferencias significativas entre la mediana de los dos grupos ($p = 0.107$).

Cohesión social percibido por las PcD

El análisis descriptivo de la variable cohesión social, arroja una media $\bar{X} = 34.21$, $\sigma= 7.39$ valor que se ubica en el rango de moderado ($29 \leq X < 36$) en la escala de respuesta del baremo creado para este instrumento

Se inicia la indagación sobre la cohesión social, preguntando a los participantes si hacían parte de algún tipo de organización o grupo comunitario. Frente a esto, el 61% de los participantes reportó su participación en grupos de interés: 22% en grupos culturales, 18% en grupos de deporte o arte, 14% en comunidades religiosas, 5% hace parte de grupos cívicos y 2% participa en grupos políticos. El restante 39% reporta no hacer parte de ninguna organización o grupo.

Al discriminar los datos por departamento, se observa que las PcD residentes en el Amazonas expresan alto nivel de cohesión social ($\bar{X}= 41.97$, $\sigma= 8.28$), mientras que los residentes de Guainía registraron el menor puntaje ($\bar{X}= 28.82$, $\sigma= 5.04$), ubicándose en el rango de bajo en la escala de respuesta. Los demás departamentos coinciden con la media general, es decir, con puntajes que se ubican en el rango moderado de la escala ($29 \leq X < 36$).

Al comparar la media de cada departamento, mediante la prueba estadística de Kruskal-Wallis, se hallaron diferencias significativas ($X^2 = 50.506$; $gl = 5$; $p = 0.000$). Realizadas las pruebas *post-hoc*, se pudieron establecer tres subgrupos homogéneos; por un

lado, el subgrupo conformado por los departamentos que obtuvieron los puntajes más bajos: Guainía, Vichada y Meta, el segundo subgrupo conformado por los departamentos de Casanare y Guaviare y en el tercer subgrupo, se ubica el departamento del Amazonas con el más alto puntaje.

Al analizar los datos que revelan el nivel de cohesión social percibido por las PcD que participaron en el estudio, según el tipo de discapacidad, se observa que de las PcD sensorial y de la comunicación, los que presentan mudez obtuvieron mayor puntaje, sin superar la categoría de moderado. Por otra parte, de las PcD motriz, quienes presentan paraplejía y cuadriplejía se ubican con los mayores puntajes. Y, entre los que padecen más de una discapacidad, obtuvieron mayores puntajes los que presentan debilidad visual y discapacidad musculoesquelética, ceguera y discapacidad musculoesquelética, hipoacusia y paraplejía e hipoacusia y secuela de poliomielitis, todos con puntajes que se ubican en la categoría muy alto ($45 \leq X < 52$). Al aplicar la prueba estadística de Kruskal-Wallis, se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 60.902$; $gl = 34$; $p = 0.003$).

Tabla 16. Nivel de cohesión social según tipo de discapacidad

Tipos de discapacidad	Media	Desv. típ.
Sensoriales y de la Comunicación		
Ceguera	33.29	6.26
Debilidad auditiva	34.08	7.17
Debilidad visual	33.81	8.27
Hipoacusia	31.80	7.43
Mudez	35.11	5.33
Sordera	32.95	8.26
Motrices		
Cuadriplejía	34.64	6.33
Motriz o motora	33.38	6.55
Discapacidad musculoesquelética	33.71	5.99
Paraplejía	35.22	6.81
Secuela de poliomielitis	32.40	7.02
Discapacidad múltiple		
Ceguera y cuadriplejía	21.00	.
Ceguera y motriz o motora	37.00	.

Ceguera y discapacidad musculoesquelética	47.00	7.07
Ceguera y secuela de poliomielitis	39.00	.
Debilidad auditiva y cuadriplejía	25.00	.
Debilidad auditiva y motriz o motora	32.43	7.98
Debilidad auditiva y discapacidad musculoesquelética	41.50	9.19
Debilidad auditiva y secuela de poliomielitis	40.67	7.57
Debilidad visual y motriz o motora	33.80	9.83
Debilidad visual y discapacidad musculoesquelética	52.00	00
Debilidad visual y paraplejía	39.50	71
Debilidad visual y secuela de poliomielitis	45.00	9.90
Hipoacusia y cuadriplejía	37.50	71
Hipoacusia y motriz o motora	33.00	4.24
Hipoacusia y discapacidad musculoesquelética	42.00	9.21
Hipoacusia y paraplejía	47.00	00
Hipoacusia y secuela de poliomielitis	46.00	.
Mudez y cuadriplejía	29.00	.
Mudez y motriz o motora	33.00	.
Mudez y discapacidad musculoesquelética	42.00	.
Mudez y secuela de poliomielitis	41.50	12.02
Sordera y cuadriplejía	30.00	.
Sordera y motriz o motora	41.67	8.19
Sordera y discapacidad musculoesquelética	45.00	00
Total	34.21	7.39

A continuación, los resultados del nivel de cohesión social según la edad: de 18 a 29 años: \bar{X} = 33.32, σ = 6.92; de 30 a 39 años: \bar{X} = 34.08, σ = 7.21; de 40 a 49 años: \bar{X} = 34.07, σ = 7.09, los de 50 a 59 años: \bar{X} = 34.12, σ = 8.82; y de los de 60 años en adelante: \bar{X} = 38.50, σ = 7.01. Los resultados indican que las personas de 60 años o más perciben mayores niveles de cohesión social que el resto del grupo. Pareciera que a medida que aumenta la edad de las PcD también aumenta la cohesión social. Se encontraron diferencias significativas al comparar las medias obtenidas de cada participante en función de la edad ($X^2 = 27.144$; $gl = 4$; $p = 0.000$). Al realizar las pruebas *post-hoc*, se pudieron establecer dos subgrupos, el primero conformado por las personas entre 18 y 59 años (los cuatro primeros rangos

establecidos en la escala de edades) y el segundo subgrupo conformado únicamente por las personas de 60 años o más.

Al verificar los datos según el estrato socioeconómico, se observa que quienes se ubican en los estratos más altos perciben mayor cohesión social que las personas ubicadas en los estratos bajos: estrato 1: $\bar{X}= 33.99, \sigma= 7.63$); estrato 2: $\bar{X}= 33.58, \sigma= 6.71$; estrato 3: $\bar{X}= 34.98, \sigma= 7.84$; estrato 4: $\bar{X}= 39.91, \sigma= 6.42$ y estrato 5: $\bar{X}= 42.10, \sigma= 0.32$. Prácticamente, a medida que aumenta el estrato socioeconómico, aumenta el nivel de cohesión social. Al respecto, se encontraron diferencias significativas entre los grupos ($X^2 = 28.007$; $gl = 4$; $p = 0.000$).

En el caso del estado civil, los resultados son: soltero: $\bar{X}= 33.04, \sigma= 7.35$; casado: $\bar{X}= 35.87, \sigma= 6.48$; unión libre $\bar{X}= 35.34, \sigma= 7.27$; y viudo $\bar{X}= 38.81, \sigma= 7.38$. Se observa que, del total de la muestra, los viudos muestran mejores resultados en la cohesión social, con diferencias significativas ($X^2 = 31.261$; $gl = 3$; $p = 0.000$).

Al comparar los resultados en función del nivel de escolaridad, los hallazgos indican que los universitarios reportan el mayor puntaje. Se observa que prácticamente, a medida que aumenta el nivel de escolaridad, también aumenta la cohesión social de las PcD (Tabla 18). Los resultados de la prueba de Kruskal-Wallis mostraron diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 32.376$; $gl = 4$; $p = 0.000$). Las pruebas *post-hoc*, se permitieron establecer dos subgrupos, el segundo subgrupo conformado por los que reportaron estudios universitarios y el primer subgrupo con el resto de los integrantes de la muestra.

Tabla 17. Nivel de Cohesión social según nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad	Media	Desv. típ.
Ninguno	32.53	9.01
Primaria	33.38	7.34
Bachillerato	34.69	6.44
Técnico	34.28	6.84
Universitario	38.44	6.29

Los resultados indican que las PcD que generan ingresos por alguna actividad laboral, muestran mejores resultados para los procesos de cohesión social ($\bar{X}= 34.70, \sigma= 7.48$), que

las personas que no generan ingresos por alguna actividad laboral ($\bar{x}= 33.79$, $\sigma= 7.29$), encontrándose mediante la prueba de la U de Mann-Whitney, diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de los dos grupos ($p = 0.022$).

Para finalizar el análisis descriptivo de la variable cohesión social, en función de las respuestas sobre personas a cargo, no se observan mayores diferencias entre quienes reportaron tener personas a cargo ($\bar{x}= 34.20$, $\sigma= 7.93$) y quienes no ($\bar{x}= 34.21$, $\sigma= 7.05$). Asimismo, los resultados de la prueba de la U de Mann-Whitney no muestran diferencias significativas entre la mediana de los dos grupos ($p = 0.760$).

Análisis correlacional

Realizado el análisis descriptivo de los resultados de la variable apoyo familiar para la integración social y la variable cohesión social, se procedió al análisis de correlación con el estadístico r de Pearson. Se encontró una correlación significativa positiva ($r = 0.411$; $p = 0.000$). Este resultado sugiere que en la medida que aumenta el apoyo familiar para la integración social de las PcD, aumentan los procesos de inclusión social.

Ahora bien, al correlacionar la variable apoyo familiar con los dos componentes o factores de la variable cohesión social se observa, en ambos casos, una correlación significativa positiva (tabla 18).

Tabla 18. Correlación entre las variables

Variable y factores	1	2
Apoyo familiar para la Integración social	-	
Sentido de pertenencia a la comunidad	.476**	-
Confianza en las instituciones	.258**	.372**

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La discapacidad es una condición que repercute en todos los ámbitos en los que se desenvuelve la persona que la experimenta, de ahí que las PcD se ubiquen entre los grupos poblacionales más vulnerables y con riesgo de inequidad, desigualdad y exclusión. Ello amerita respuestas efectivas del Estado, en lo nacional y municipal, con políticas y acciones que garanticen el mejoramiento de su calidad de vida desde los principios de la inclusión, y desde programas centrados en las realidades de las familias, para la satisfacción de sus necesidades (Abad, 2016).

La familia como sistema, cumple un importante rol en el proceso de integración social de las PcD. La capacidad de la familia para su organización interna y funcional es lo que favorece la superación de los obstáculos, barreras y entornos discapacitantes que deben afrontar estas personas, y así posibilitar el ejercicio pleno de sus derechos. Esto es posible porque las familias construyen y consolidan redes sociales de apoyo que son fundamentales para la apertura de múltiples posibilidades de inclusión social de las PcD (Abad-Salgado, 2016)

Los resultados de este estudio indican que las PcD que participaron en el mismo, perciben un alto nivel de apoyo familiar para los procesos de integración, siendo los departamentos de Amazonas y Guainía los que muestran mayores avances en este aspecto. Estos departamentos, con población mayoritariamente indígena, conservan tradiciones culturales y sociales, además de fuertes vínculos familiares, que se constituyen en elementos protectores y promotores de la integración social de sus miembros, especialmente cuando son adultos mayores y padecen alguna discapacidad. Asimismo, se reconoce por parte de la familia, de que en esta etapa de la vida las personas son más vulnerables a la exclusión social y a una menor supervivencia.

Las PcD ubicadas en los estratos más altos, con mayor nivel escolar y con pareja, perciben mayor apoyo familiar que quienes están en condiciones menos favorables en cuanto a estos indicadores. Se podría decir que factores contextuales como el desempleo, el bajo ingreso, el bajo nivel escolar de los miembros de las afectan los procesos de integración social. Más cuando por la discapacidad, una persona no consigue empleo y, en consecuencia, no genera ingresos para sus propios gastos y para aportar a la economía familiar, sino que,

por el contrario, deberá depender de los ingresos de otros miembros (Carrillo y Molina, 2016).

En lo que tiene que ver con la cohesión social, expresada en el sentido de pertenencia y el nivel de confianza en las instituciones y entidades del estado, percibido por las PcD, los resultados, muestran que solo uno de los seis departamentos reporta alto nivel de cohesión social. Esto se entiende como débil respuesta y capacidad de una sociedad para garantizar el bienestar de todos sus miembros, para minimizar las disparidades y evitar marginación, para gestionar las diferencias y divisiones y garantizar los medios para lograr el bienestar de todos los miembros (Europa 2007).

Si bien los datos obtenidos dan cuenta de una importante participación de las PcD en organizaciones o grupos comunitarios, sin embargo, es necesario implementar estrategias que fomenten la participación de la población, toda vez, que esto tiene un efecto preventivo en términos de aislamiento social y la soledad. (Stojkow & Żuchowska-Skiba, 2019). Asimismo, mediante la construcción de redes de relaciones, confianza e identidad entre diferentes grupos se promueve un alto sentido de pertenencia, lo que previene la discriminación, exclusión y desigualdades excesivas (Langer, Stewart, Smedts & Demarest, 2017).

El estudio destaca la importancia del apoyo social, tanto de los padres como de la comunidad, a los jóvenes con discapacidad, por cuanto mostraron ser el grupo etario con más bajos niveles de cohesión percibido. Varios estudios confirman que los jóvenes con discapacidad experimentan retrasos en el desarrollo del funcionamiento social durante la transición a la edad adulta (Heppe, Kef, de Moor & Schuengel, 2020).

Asimismo, los resultados obtenidos con respecto a la relación o asociación de la escolaridad y del nivel socioeconómico y de las PcD y la cohesión social, concuerdan con el estudio realizado con Rahman & Singh (2019), donde los niveles de cohesión son bajos en adultos mayores que no tienen educación formal y pertenecen a clases sociales bajas, respectivamente.

Finalmente, la correlación de la variable apoyo familiar con los dos componentes o factores de la variable cohesión social, muestran una correlación significativa positiva. De lo cual se infiere que, a mayor percepción de apoyo familiar para la integración en las PcD,

mayores niveles de sentido de pertenencia y confianza en las empresas de servicio y las instituciones del Estado.

Estos resultados muestran la importancia del apoyo familiar para los procesos de integración social, y, por ende, de cohesión social de las PcD, pero para que esto sea posible, se requiere del apoyo interinstitucional y del fortalecimiento de las políticas públicas que ubiquen a las PcD y a sus familias no como objetos de acciones, sino como sujetos de derecho que posibiliten mejores oportunidades de acceso a la educación, la salud, el empleo, la recreación y la participación ciudadana.

Es pertinente atender de forma oportuna y adecuada las necesidades de las PcD, específicamente en el fortalecimiento de los procesos de integración y cohesión social; si bien, los planes de gobierno de los diferentes departamentos de la Amazonía Orinoquía colombiana la incluyen y resaltan como prioritario el bienestar de dicha población, como se logró evidenciar en la investigación desarrollada la mayoría de dichos departamentos, se debe seguir avanzando al respecto.

Se debe seguir avanzando en la formulación de programas dirigidos a familiares de PcD, sensibilizándolos de la importancia de generar procesos y habilidades en la convivencia de apoyo mutuo en pro del bienestar, con un enfoque diferencial de edad, estado civil, actividad laboral, nivel de escolaridad.

Por parte de las Instituciones y organizaciones, gubernamentales y no gubernamentales, se hace prioritario prestar especial interés a los alcances y trato de que brindan en sus diferentes servicios a las PcD, de modo tal que puedan percibirlos de forma favorable. Se requiere coordinación de orden interinstitucional e interdisciplinar, desde el conocimiento de los contextos y las comunidades, para brindar un acompañamiento pertinente y efectivo a las familias.

De esta manera, esta investigación permitirá vislumbrar algunos escenarios de las PcD, a su vez, que aporta desde la academia a la reflexión constante de las dinámicas sociales y a la construcción de una sociedad más equitativa e incluyente.

Agradecimientos: a los estudiantes del Semillero de Investigación Sikuaní y a los docentes y estudiantes del Sistema de Servicio Social Unadista –SISSU–, residentes en los seis departamentos de la Amazonía y Orinoquía Colombiana considerados para el estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad-Salgado, A.M. (2016). Familia y discapacidad: consideraciones apreciativas desde la inclusión. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 8, 58-77.
- Acuerdo 002 de noviembre de 2013. Por el cual el Consejo Nacional de Discapacidad efectúan algunas recomendaciones sobre el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. <https://bit.ly/3e98JgK>
- Acuerdo 003 de noviembre de 2014. Por el cual Consejo Nacional de Discapacidad hace recomendaciones sobre el Observatorio Nacional de Discapacidad – OND. <https://bit.ly/3nHtFP0>
- Alcaldía mayor de Bogotá, (s.f.). Secretaría de integración social. [página web] <https://bit.ly/3xJeJo0>
- Amoroso, A. (2020). Extended Commentary: Moving Towards a More Inclusive Society: Full Inclusion for Those with Disabilities. *International Social Science Review*, 96(2), 20. <https://bit.ly/3ec9IIN>
- Carrillo, M. y Molina, P. (2016). Inclusión Social de las personas con discapacidad en las Américas. En: Equidad e inclusión social: Superando desigualdades hacia sociedades más inclusivas. Editores Muñoz, B. y Barrantes, A. Organización de Estados Americanos – OEA. <https://bit.ly/3nEZzf7>
- Coleridge, P. (2006). *Disability, Liberation and Development*, London: *Oxfam*. <http://hdl.handle.net/10546/122661>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2007). *Cohesión Social: Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. <https://bit.ly/3aZlg4p>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2010). *Cohesión social en América Latina. Una revisión de conceptos, marcos de referencia e indicadores*. <https://bit.ly/3tgULxw>
- De Zaldo, G. F. (1999). The Social Integration of Individuals with Disabilities. *Bilingual Review; Tempe, Ariz*, 24(1), 3-18.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2010). Dirección de Censos y Demografía. <http://ondiscapacidad.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/Mapa-dinamico.aspx>

- Europe, C. O. (2007). Report of high-level task force on social cohesion in the 21st century—Towards an active, fair and socially cohesive Europe Brussels, Council of Europe.
- Grossman, B. R., & Magaña, S. (2016). Introduction to the special issue: Family Support of Persons with Disabilities Across the Life Course. *Journal of Family Social Work*, 19(4), 237. <https://doi.org/10.1080/10522158.2016.1234272>
- Heppe ECM, Kef S, de Moor M, Schuengel C. (2020). Loneliness in young adults with a visual impairment: Links with perceived social support in a twenty-year longitudinal study. *Res Dev Disabil*, 101. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103634>
- Kim, K. M., Shin, Y. R., Yu, D. C., & Kim, D. K. (2017). The meaning of social inclusion for people with disabilities in South Korea. *International Journal of Disability, Development and Education*, 64(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2016.1165802>
- Langer, A., Stewart, F., Smedts, K. & Demarest, L. (2017). Conceptualising and Measuring Social Cohesion in Africa: Towards a Perceptions-Based Index. *Social Indicators Research*, 131, 321–343. <https://doi.org/10.1007/s11205-016-1250-4>
- Ley 1145 de 2007 Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones. <https://bit.ly/2SIQagR>
- Ley 1346 de 2009. Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006. <https://bit.ly/3ecvGzr>
- Ley Estatutaria 1618 de 2013. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. <https://bit.ly/3udlZ9N>
- Мартинюк, Т. (2018). The main components of the social integration of people with disabilities. *Volyn Pedagogical Magazine*, 4(11), 183-189.
- Madrigal, A. (2015). The Role of the Adult with Disabilities' Family in the Labor Inclusion Processes: A Challenge for Special Education in Costa Rica. *Revista Electrónica Educare*, 19(2), 197–211. DOI: <https://doi.org/10.15359/ree.19-2.12>
- McCracken, (1998). CSLS Conference on the State of Living Standards and the Quality of Life in Canada. <https://bit.ly/3ecBQQk>

- Ministerio de Salud y Protección social (2020). Observatorio Nacional de Discapacidad. Fecha de corte: 21 de junio de 2020.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2020). Resolución 1043 de 2020 por la cual se establecen los criterios para la asignación y distribución de los recursos destinados a la implementación de la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. <https://bit.ly/3tf2VGJ>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2020). Resolución 113 de 2020 por la cual se dictan disposiciones en relación con la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. <https://bit.ly/3xJxlnM>
- Ministerio de Salud y Protección social. (2008) ABECÉ de la discapacidad. Resolución 3317 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección social. Por medio de la cual se reglamenta la elección y funcionamiento de los comités territoriales de discapacidad establecidos en la Ley 1145 de 2007. <https://bit.ly/3eMJ7FA>
- OMS (2011): Informe mundial sobre la discapacidad, Génève: Organización Mundial de la Salud.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - OECD (2012). Perspectives on global development: social cohesion in a shifting world.
- Ortiz, M.D. (2007). Experiencias e la intervención psicológica con familias de personas dependientes. *Intervención psicosocial*, 16(1), 93-105.
- Rahman, M. H. & Singh, A. (2019). Disability and social cohesion among older adults: A multi-country study. *International Journal of Social Economics*, 46(4), 485-502.
- Soto, M. S. (2013). La integración social de los discapacitados: Análisis de la normativa internacional en materia de discapacidad desde la perspectiva colombiana. *Justicia juris*, 9(2), 20-31.
- Stojkow, M. & Żuchowska-Skiba, D. (2019). Family Networks of People with Disabilities and Their Role in Promoting the Empowerment of People with Disabilities. *Studia Humanistyczne AGH*, 17(4), 51-68. DOI <http://dx.doi.org/10.7494/human.2018.17.4.51>

Wormald, G., Flores, C., Sabatini, F., Trebilcock, M.P. y Rasse, A. (2012). Cultura de cohesión e integración en las ciudades chilenas. *Revista INVI*, 27(76), 117-145.