

La Diversidad Funcional en los países empobrecidos. Un estudio de caso en Tanzania

Functional Diversity in impoverished countries. A case study in Tanzania

TREGÓN MARTÍN, N.¹
nuritre@unizar.es

CABALLER MIEDES A.²
caballer@psi.uji.es

FLORES BUILS, R.³
flores@psi.uji.es

GIL-BELTRÁN, J. M.²
jgil@psi.uji.es

VALERO-VALERO, M.⁴
mar.valero@uji.es

Resumen

Vivir con diversidad funcional siempre ha supuesto una desventaja, más aún cuando naces y creces en un país empobrecido. Con este artículo pretendemos dar luz a una necesidad humana como es la de reconocer los derechos de las personas con diversidad funcional. Para ello, nos fundamentaremos en los distintos paradigmas y modelos de inclusión en diversidad funcional. Para explicar la realidad de las personas con diversidad funcional en países empobrecidos, hemos realizado un estudio sobre la situación de las personas con diversidad funcional en Masonga, población ubicada en la República Unida de Tanzania. El objetivo era analizar el trato que recibía la población infantil con discapacidad en la comunidad. Los resultados del mismo vislumbraron que el hecho de ofrecer la posibilidad de escolarización, donde desarrollar su potencial, hizo que mejorase su autonomía y participación social en su entorno.

PALABRAS CLAVE: discapacidad, diversidad funcional, países empobrecidos, educación inclusiva

Abstract

Living with functional diversity has always been a disadvantage, especially when one is born and grows up in an impoverished country. With this article we pretend to give birth to a human need: the recognition of the rights of people with disabilities. To do that, we will base on the different paradigms and models of inclusion in functional diversity. To explain the reality of people with disabilities in poor countries, we have conducted a study on the situation of people with disabilities in Masonga, a town located in Tanzania. The aim was to discuss his treatment among children with disabilities in the community. The results of the study envisioned that the fact of offering education to this community of children, made them improve their autonomy and social participation in their environment.

KEYWORDS: disability, functional diversity, impoverished countries, inclusive education

-
1. Autor Principal y responsable del trabajo. Licenciada en psicopedagogía. Profesora asociada del Departamento Ciencias de Educación de la Universidad de Zaragoza. Máster en Cooperación al Desarrollo especialidad en Ayuda Humanitaria (España).
 2. Profesor titular del Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología de la Universitat Jaume I de Castellón (España)
 3. Profesora ayudante Doctora del Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología de la Universitat Jaume I de Castellón.
 4. Observatorio Permanente de la Inmigración (OPI-UJI) de la Oficina de Cooperación al Desarrollo y Solidaridad (OCDS) de la Universitat Jaume I de Castellón.

1. INTRODUCCIÓN

Alrededor del 10 % de la población mundial, una de cada 10 personas en el mundo viven con una discapacidad llegando a constituir la mayor minoría del mundo. Viviendo alrededor del 80 % de los mismos, en países en desarrollo, según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Aunque podríamos decir que estas cifras lejanas quedan de considerarse exactas o fiables.

Otro aspecto a destacar es la problemática existente hoy día en la creación de proyectos realizados y cuya demanda surge de cada comunidad, son pocas las motivaciones que provocan la realización de proyectos en los que los beneficiarios son el colectivo con diversidad funcional. Quedando como casi siempre en el olvido. Es por ello por lo que pensamos que es necesario introducir la perspectiva de la diversidad funcional en todos y cada uno de sus proyectos, y crear planes exclusivos para estas personas, con el fin de fomentar el desarrollo de sus capacidades educativas, laborales, sociales, etc., haciendo factibles sus derechos y libertades fundamentales.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, aprobados en 2006, se concibió como un instrumento en pro de los derechos humanos, con una dimensión explícita de desarrollo social, así como una vía para promover, proteger y asegurar los derechos humanos de todas las personas con discapacidad, salvaguardando su dignidad inherente. En ella se adopta una amplia clasificación de las personas con discapacidad, y se reafirma que todas las personas, con cualquier tipo de discapacidad, deben participar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. Indicándose la necesidad de introducir adaptaciones en todos aquellos ámbitos que estas personas con el fin de que puedan ejercerlos de forma efectiva. El objetivo de estas Normas es garantizar que niñas y niños, mujeres y hombres con discapacidad, en su calidad de miembros en sus respectivas sociedades, puedan tener los mismos derechos y obligaciones que los demás. Aun hoy día existen obstáculos que impiden que las personas con discapacidad ejerzan sus derechos y libertades, y que dificulten su plena participación en los diversos ámbitos sociales, como son; la educación, el empleo, el derecho a voto, sanidad,... en conclusión todos aquellos aspectos que empeoren su calidad de vida.

Así, debemos plantearnos, una firme obligatoriedad de cumplimiento en los sistemas educativos de todos los países, a la hora de incorporar estrategias inclusivas para que las personas con diversidad funcional tengan cabida en la educación y en la posterior participación y proceso socializador dentro de su comunidad. Así como promocionar una educación de calidad para poder llegar a obtener unos resultados óptimos. Con el fin de que las personas con diversidad funcional gocen de los mismos derechos reales que el resto de la población.

De esta manera, para dar a conocer la realidad de las personas con diversidad funcional en países empobrecidos, hemos realizado un estudio sobre la situación de las personas con diversidad funcional en Masonga, una población de la República Unida de Tanzania. El objetivo de este estudio es analizar el trato que recibe la población infantil con diversidad funcional en esta comunidad, así como la formación educativa y la socialización en su entorno próximo.

Las partes que constituyen el presente artículo son; en primer lugar análisis de los paradigmas sobre la diversidad funcional, a su vez explicaremos la clasificación internacional de la diversidad funcional en la que insistiremos en la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud, como herramienta útil para diagnosticar, evaluar y proveer servicios óptimos para este colectivo, pasaremos a ver la relación existente entre diversidad funcional y pobreza y finalizaremos con nuestro estudio de campo y con las conclusiones de nuestro trabajo de investigación.

2. PARADIGMAS SOBRE LA DIVERSIDAD FUNCIONAL

En primer lugar es necesario explicar brevemente algunos conceptos de los que vamos a hablar en el presente artículo, como son Diversidad Funcional e Inclusión Educativa.

El primer término ha surgido tras el proceso llevado a cabo por la evolución conceptual de los términos vinculados al ámbito de la discapacidad, han ido sufriendo modificaciones a lo largo de la historia. En referencia a la discapacidad Trujillo (2005), afirma que: “Tanto la historia de la discapacidad desde la perspectiva de las personas afectadas, como las actitudes de la sociedad hacia ellos, reconocen una larga trayectoria que va desde la eliminación y el aislamiento, pasando por la asistencia y la institucionalización, hasta desembocar, en épocas contemporáneas, en la rehabilitación y la integración social. ¿Etiquetamos o reconocemos al discapacitado como un ser con plenos derechos? ¿Etiquetamos para marcar negativamente o reconocemos para discriminar positivamente? El simple concepto de “etiquetar”, supone una lectura particular con claro valor negativo. Por el contrario, “reconocer” abre una puerta de acceso a lo que hasta el momento fue negado, única alternativa posible para una resolución digna.”

Según la definición que propone la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas 2006): “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.”

Por último, nosotros abogamos por el término de Diversidad Funcional, establecido por Romanach y Lobato (2005) y Palacios y Romañach (2006), con el fin de luchar por la dignidad en la diversidad del ser humano, afirmando que: “El término diversidad funcional se ajusta a una realidad en que una persona funciona de manera diferente o diversa de la mayoría de la sociedad.” Es decir, que desde el punto de vista de los derechos humanos, hay personas que no pueden participar socialmente, no por una cuestión de discapacidad sino porque el entorno no favorece o no está adaptado, suponiendo una clara desventaja para las personas que viven con Diversidad Funcional.

El entorno es el favorecedor o empobrecedor, es el que puede ayudar o descompensar, no es la persona en sí. Algunos factores determinantes para que las personas con diversidad funcional lleguen a alcanzar una vida plena son; el país donde residan, si son países empobrecidos o no, el entorno próximo, es decir la comunidad (entorno educativo, amigos, compañeros de estudios y trabajo etc...) y por último la familia, ya que cuanto mayor autonomía alcancen, mayor va ser la participación social en su entorno, y mayor va a ser el grado de bienestar consigo mismo.

En segundo lugar, analizaremos el concepto de Educación Inclusiva. Tal y como declaraba la UNESCO (2009): “la educación inclusiva es un proceso de fortalecimiento de la capacidad del sistema educativo para llegar a todos los educandos, implica la transformación de las escuelas y de otros centros de aprendizaje para atender a todos los niños, niñas y adolescentes que pertenecen a grupos étnicos y lingüísticos minoritarios o a poblaciones rurales, aquellos afectados por el VIH y el SIDA o con discapacidad y dificultades de aprendizaje, y para brindar también oportunidades de aprendizaje a todos los jóvenes y adultos”.

Por su parte, Booth (1999), recuerda las diferentes concepciones existentes en el mundo sobre el término inclusión:

- Como incorporación del alumnado en un contexto normalizado. Correspondiente a la perspectiva filosófica.
- Como garantía de una educación para todos basadas en el principio de igualdad de oportunidades. Perspectiva jurídica.
- Como participación y sentido de pertenencia a la comunidad. Perspectiva social o comunitaria.
- Como participación en la sociedad incluyendo el mercado laboral. Perspectiva social.
- Como podemos extraer de estas afirmaciones, la Educación Inclusiva supone un proceso filosófico que modifica el anterior modelo educativo a favor de la plena participación de todos los alumnos y sus familias, en un entorno favorecedor que permita al alumnado en este caso

con Diversidad Funcional aprender y desarrollarse con las mismas oportunidades que el resto de alumnos.

En países con mayores ingresos y con una dilatada carrera en cuanto a activación de los derechos humanos, se ha procurado desarrollar e implementar la Educación Inclusiva al máximo. Pudiendo observar según Sánchez y García (2013), siguiendo a Fernández (1998), una trayectoria que ha conducido hasta alcanzar la educación inclusiva, pasando por 4 fases:

1. Exclusión: en referencia a la enseñanza de algunos sectores sociales, excluyendo al resto que no pertenecía al mismo.
2. Segregación: en él se reconoce el derecho de todas las personas a recibir educación pero todavía se marca la situación de desigualdad. Entre ellas se situarían las escuelas puente, las escuelas separadas y las escuelas especiales.
3. Integración: se incorporó a la escuela ordinaria a todos los sectores sociales excluidos (etnia gitana, discapacitados, etc.), pero esto dio lugar tan solo a una integración espacial y las desigualdades eran más evidentes.
4. Reestructuración: en relación a la educación inclusiva. Para que este modelo educativo sea eficaz y llegue a implementarse, deben reestructurarse los centros educativos para poder responder a las necesidades de todos, garantizando una educación de calidad (Booth 2002).

Llegado a este punto no podemos pasar por alto, los modelos de tratamiento que han ido instaurándose y que han sido objeto de estudio por autores como Palacios (2008), quien distingue tres concepciones o modelos de tratamiento social hacia las personas con Diversidad Funcional, coexistiendo en la actualidad en mayor o menor medida.

- Modelo de prescindencia: considera que el origen de las causas es religioso, siendo estas personas una carga para la sociedad, este modelo a su vez se subdivide en dos submodelos; el eugenésico (situado en la antigüedad clásica, la discapacidad no merecía la pena ser vivida, por ese motivo se sometían a prácticas eugenésicas), y el de marginación (dado en la Edad Media, se incluía dentro del grupo de pobres y marginados, subestimando a estas personas y siendo objeto de exclusión).
- Modelo rehabilitador o modelo médico, tiene dos premisas:
 - Ya no hay relación entre religión y discapacidad. Es más bien debido a causas médico-científicas.
 - Las personas con discapacidad pueden aportar algo en la medida que se rehabiliten o se normalicen.
- Modelo social, las causas dejan de ser tanto religiosas como científicas, pasan a ser sociales. “No son las limitaciones individuales de las personas con discapacidad la causa del problema, sino las limitaciones de la sociedad para prestar los servicios apropiados y para garantizar que esas necesidades sean tenidas en cuenta dentro de la organización social, es decir poner a la persona dentro de un contexto social”.

Estos modelos van a sustentar parte de nuestro estudio de caso. Ya que con el pretendemos hacer presente las sustanciales diferencias entre las oportunidades ofrecidas a personas con diversidad funcional en países como España y Tanzania, donde se vulneran constantemente los derechos de este colectivo.

3. CLASIFICACIÓN DE LA DIVERSIDAD FUNCIONAL

En muchos países desarrollados, los porcentajes de discapacidad son elevados. Por ejemplo, EE.UU. y Canadá tienen 19,4 % y 18,5 % respectivamente. En los países en vías de desarrollo, sin

embargo estos son menores, como Kenya y Bangladesh que tienen un porcentaje de un 1%, aunque se sabe que el 80% de la población mundial con discapacidad vive en los países empobrecidos. Claramente estos datos varían dependiendo de la diferencia en la definición de discapacidad y las diferentes formas de medir cualitativa y cuantitativamente las discapacidades, mostrando realmente datos poco fiables.

Por este motivo la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue una de las pioneras en desarrollar una metodología de clasificación adecuada y actualizada con el fin de respuesta a la dificultad que entraña evaluar y diagnosticar la diversidad funcional. Esta metodología inspiró la llamada “Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud”. Que permitiera tanto a científicos, legisladores, rehabilitadores y familiares como a la población en general, hablar un lenguaje común que eliminase las imprecisiones y confusiones fruto de la no uniformidad existente hasta la actualidad.

En 2001, se aprobó la International Classification of Functioning, Disability and Health (CIF 2001), traducida al castellano como Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Fundamentándose en el modelo biopsicosocial de la Organización Mundial de la Salud. El aumento continuado de la esperanza de vida y el importante cambio registrado en cuanto a enfermedades, principalmente en los países más desarrollados tiene importantes consecuencias socio-sanitarias, es por lo que dicha clasificación pretende ser un instrumento útil para describir y comparar el estado de salud de las poblaciones.

Los estudios han confirmado que la CIF 2001, ha supuesto un avance importante en materia de calidad de vida, puesto que es una herramienta universal con un lenguaje unificado y estandarizado, un marco conceptual para la descripción de la salud, así como argumentar las nuevas líneas de trabajo para optimizar los recursos económicos y establecer planes de tratamiento óptimos.

Aunque la misma ha ido avanzando a una estandarización de las enfermedades a nivel mundial, aún quedan muchas enfermedades que se consideran “enfermedades de la pobreza”, que bien porque se diagnostiquen tardíamente, bien por falta de estudios sobre las mismas, no tienen el suficiente peso como para paliarlas o erradicarlas por completo. Es por lo que la implementación de la CIF en países empobrecidos debe hacerse efectiva, para que exista una homogeneización en la clasificación de Diversidad

En general, los sistemas de salud son injustos para las personas con Diversidad Funcional en comparación a la personas sin discapacidad. Algunos de los motivos son; se suelen realizar acciones puntuales, que no son perdurables ni sistemáticas para prevenir la discapacidad o reducir los factores de riesgo, por otra parte la atención recibida por este colectivo así como el reconocimiento social aún debe cambiar en aras de mejorar la calidad de vida de estas personas.

Estas diferencias aún son más destacables en países empobrecidos, donde la respuesta y atención recibida todavía es más funesta. Por eso instamos a todos los organismos y gobiernos tanto a nivel mundial como nacional a que establezcan criterios y lineamientos para ir progresivamente desarrollando servicios de rehabilitación.

4. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES POBREZA Y DISCAPACIDAD

Hemos de tener en cuenta que muchas de las enfermedades causantes de discapacidades en países en desarrollo, son provocadas por enfermedades curables o prevenibles, y que por causas médicas, nutricionales, farmacológicas, etc., hacen que se perpetúen en la vida de millones de personas, provocándoles una discapacidad permanente. Algunas de estas enfermedades son llamadas enfermedades desatendidas o tropicales. Es decir que, la vulnerabilidad de sufrir enfermedades discapacitantes o no en países en desarrollo siempre es mucho mayor que en los países desarrollados.

Tal y como establece el Banco Mundial en su estudio acerca de la relación entre discapacidad y pobreza (Grut e Ingstad 2005), según el modelo Social, la discapacidad depende de la interacción del estatus funcional de la persona y su entorno. Por norma general, las personas no son identificadas por una condición médica, si no por una descripción de su funcionamiento, es decir dependiendo de las actividades básicas que pueda o no realizar como andar o ver, capacidades para aprender, para trabajar, etc. Además, el concepto de discapacidad no supone un todo o nada. Si no que varía de leve a severa. Los investigadores han establecido algunas correlaciones entre las variables de discapacidad y el factor socio-económico.

De acuerdo con Barnes (2010), existe una falta de financiación para organizar y distribuir servicios médicos apropiados y aquellos servicios relacionados con la Diversidad Funcional.

Según la Organización Mundial de la Salud (2001), un alto porcentaje de enfermedades que generan una discapacidad son debidas a extrema pobreza, malnutrición, falta de agua potable por un saneamiento deficiente o condiciones laborales de riesgo. Otros causan que pueden desencadenar una discapacidad son los conflictos armados, en los que una parte de la población puede quedar con secuelas muy graves, provocadas por armamento (minas antipersonales, intoxicación por agentes químicos,...) y por desastres naturales.

Alrededor del 90 % de los niños con deficiencias en algunos países empobrecidos mueren antes los 20 años de edad, en el caso de Diversidad Funcional de origen intelectual, no superan los 15 años (UNESCO 1995).

A continuación vamos a analizar el concepto de pobreza. Considerándose como una situación o forma de vida que surge como producto de la imposibilidad de acceso y/o carencia de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas humanas que inciden en un desgaste del nivel y calidad de vida de las personas, tales como la alimentación, la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria o el acceso al agua potable. También se suelen considerar la falta de medios para poder acceder a tales recursos, como el desempleo, la falta de ingresos o un nivel bajo de los mismos. También puede ser el resultado de procesos de segregación social o marginación. El Banco Mundial define, en el trabajo anteriormente citado, pobreza en términos absolutos. La pobreza extrema se define como, vivir con menos de \$1 al día, la pobreza moderada, como vivir con menos de \$2 al día. Se estima que para el 2001 en el mundo aproximadamente había 1.1 mil millones de personas cuyo nivel de consumo estaba por debajo de \$1 al día y 2.7 mil millones de personas vivían con menos de \$2 al día.

A pesar de la dificultad que entrañaba el determinar qué parte de la población estaba en los umbrales de la pobreza, se establecieron unos índices que ayudaron a marcar esa vulnerable línea entre la pobreza, y la normalidad en las condiciones y la calidad de vida. Entre ellos se encuentra el índice de Pobreza Humana y también el índice de Desarrollo Humano, los cuales no solamente se centran en el aspecto económico del que dispone una persona, sino también en una multiplicidad de factores que acentúan la calidad de vida humana.

El índice de Pobreza Humana para países en desarrollo (IPH-1) es un indicador social elaborado para los países en vías de desarrollo, que mide las carencias o pobreza en tres aspectos:

- Vida larga y saludable: medida según la probabilidad al nacer de no vivir hasta los 40 años.
- Educación: medido por la tasa de analfabetismo de adultos.
- Nivel de vida digno: medido por el porcentaje de la población sin acceso sostenible a una fuente de agua mejorada y el porcentaje de niños con peso insuficiente para su edad.

Este índice está íntimamente relacionado con el cálculo del Índice de Desarrollo Humano (IDH) estimado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Se basa en un indicador social estadístico compuesto por tres parámetros:

- Vida larga y saludable: medida según la esperanza de vida al nacer.
- Educación: medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior, así como los años de duración de la educación obligatoria.
- Nivel de vida digno: medido por el PIB per cápita PPA en dólares.

Para demostrar la estrecha relación entre pobreza y discapacidad, se hizo el estudio de campo en Kenia, promovido por el Banco Mundial en el año 2005, y realizado por Stiftelsen for industriell og teknisk forskning (Grut e Ingstad 2005), cuyo acrónimo en español es Fundación para la Investigación Científica e Industrial. En la que mediante métodos cuantitativos llegó a establecer nexos de unión entre la pobreza y la discapacidad y la relación existente entre barreras medioambientales, o limitaciones derivadas de los niveles económicos y sociales.

Del siguiente estudio se extrajeron conclusiones que determinaban cómo la pobreza afecta a la discapacidad y viceversa.

En el caso de la primera premisa cómo afecta la pobreza a la discapacidad, se analizaron las siguientes causas:

- La polución y las lúgubres condiciones de vida, provocan un número de infecciones elevada sobre todo de tipo intestinal.
- Falta de acceso a los cuidados sanitarios, incrementa las discapacidades. La falta de medicamentos y tratamientos bien por los altos costes de atención médica o bien por la inaccesibilidad de los servicios médicos. Causando condiciones discapacitantes.
- La inadecuada atención a gestantes puede provocar dificultades en el parto y posibles discapacidades en el feto y/o bebe.
- Las personas con discapacidades no suelen demandar ayudas para su cuidado.
- Falta de acceso a la educación e información. (No suelen ser conscientes de sus derechos).
- Falta de recursos comunitarios en general.

Por otra parte en cómo la discapacidad instituye pobreza se pueden considerar los siguientes aspectos:

- Falta de empleos adaptados, la mayoría son empleos que requieren una destreza manual, por lo que las personas con discapacidades físicas y/o psíquicas, no están capacitadas para realizarlos.
- La posibilidad de acceder a un empleo es fácil, pero los propios jefes no quieren utilizar recursos ni reajustes para que puedan acceder las personas con discapacidad al mundo laboral.
- Por regla general, se cree que estas personas no van a poder desempeñar una labor efectiva.
- Falta de adecuación y calidad en la educación, ni los materiales ni los edificios están adaptados para mejorar la integración de las personas con discapacidad en la escuela. Además los propios padres estiman que es una pérdida ganancial el que sus hijos con discapacidades, accedan a la escuela primaria o secundaria, al tener que pagar los uniformes y el transporte de los mismos.
- Hay poco profesorado con conocimientos en el tema a la hora de impartir las clases.
- Falta de información acerca de las consecuencias y el conocimiento de las discapacidades. No hay suficiente información para los padres cuando tienen niños con discapacidad. Y tampoco son informados sobre métodos para mejorar y estimular tempranamente a su hijo.
- Además suelen sobrevenir otras dificultades, como abusos, maltratos, abandonos, problemas a la hora de establecerse en familia o casarse, etc.

Como hemos visto la vinculación entre pobreza y Diversidad Funcional están unidos por una correlación directamente proporcional compleja de fracturar. Algunas estudios confirman que en países empobrecidos el porcentaje de personas con discapacidad es mayor suponiendo cerca del 20 %, aunque es complejo de estudiar ya que las estadísticas ofrecidas por los gobiernos de estos países confirman todo lo contrario, por lo que podemos concluir que existe un desequilibrio flagrante entre la medición de el índice de personas con Diversidad Funcional a nivel mundial, y por lo tanto las medidas y respuestas gubernamentales para paliar los efectos de la misma no son acordes a las necesidades de este colectivo, considerándose uno de los mayores grupos de marginados.

A continuación expondremos el trabajo de investigación que realizamos en una localidad de la República Unida de Tanzania con población con Diversidad Funcional.

5. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

5.1. Selección del diseño de investigación

Elegimos el método etnográfico, muy común en ciencias sociales para analizar y extraer conclusiones sobre nuestro estudio de tipo descriptivo. El estudio se ha organizado en función de diferentes campos que son los que abarca el método. De esta manera, nos centraremos en:

1. Confiabilidad externa: que trabajamos a través del análisis y exposición del nivel de participación en el estudio, así como en la identificación de los participantes. Al mismo tiempo, exponemos el contexto sociocultural, económico y geográfico de la zona objeto de estudio y precisamos la forma en la que hemos obtenido la información.
2. Confiabilidad Interna: en esta área exponemos diferentes categorías descriptivas del estudio, así como los métodos empleados para la obtención de información.
3. Validez: en este campo mostramos la realidad que examinamos, así como su comparación con otra zona como es el territorio español. Al mismo tiempo, exponemos la observación que hemos llevado a cabo a lo largo del estudio de campo y la posibilidad de replicar el estudio en otra zona.
4. Utilización de los datos: en este campo, en los puntos siguientes exponemos las respuestas obtenidas y su análisis con el fin de darle un significado a los datos obtenidos.

Así, tras esta breve exposición podemos observar que la metodología etnográfica es la que más se adecua al trabajo realizado.

5.2. Alumnos participantes en el proyecto

El objetivo del trabajo desarrollado en el periodo de estancia en Masonga, República Unida de Tanzania, se fundamentaba en la mejora de 6 alumnos con edades comprendidas entre los 6 y los 11 años. Haciendo énfasis en las siguientes capacidades:

- Comprensión y expresión oral
- Comprensión y expresión escrita
- Aprendizaje de operaciones matemáticas
- Habilidades sociales y con el entorno

Un dato importante a comentar es que todos los niños no habían podido ser escolarizados, debido a sus barreras para el aprendizaje. Nuestro propósito se fundamentaba en que al comenzar a escolarizarse en un entorno lleno de nuevos aprendizajes, respeto y dignidad, no solo los alumnos del centro sino su entorno, tanto familiar como social, en cuanto a relaciones sociales mejoraría sustancialmente. Factor que favorecería su calidad de vida y por supuesto en su autoestima e integridad personal.

5.3. Metodología empleada

Podríamos decir que el estudio de campo se fundamentó en tres fases, la primera antes de llegar a Masonga, en la que se determinaron los aspectos más relevantes a recabar una vez ubicada en el lugar. La segunda, la recogida de datos mediante entrevistas y observaciones directas en un diario de campo, y por último la tercera fase, una vez de vuelta a España, en la que buscamos más información sobre el país referente a datos estadísticos, y clasificamos y organizamos todo el material recogido durante la estancia.

Los aspectos en los que fundamentamos las entrevistas para la posterior investigación fueron los siguientes:

- Pensamientos culturales que hay sobre la discapacidad en Tanzania y Masonga.
- Actitudes más frecuentes a la hora de tratar con personas con discapacidad.
- Número de personas con discapacidad en Masonga y alrededores.
- Etiología de las discapacidades más frecuentes.
- Legislaciones que acojan la protección de las personas con discapacidad en el país.
- Situación evolutiva y actual en la que viven las personas con discapacidad en el país.
- Acceso a una educación de calidad.
- Integración en los ámbitos educativos, profesional y social.
- Participación en el ámbito político y administrativo de su población.

Por otra parte era necesario establecer una comparación de datos estadísticos entre La República Unida de Tanzania y España, para poder determinar las diferencias sustanciales que pudiesen aportar datos a nuestro estudio de campo a la vez que dar una coherencia interna en nuestros resultados recogidos durante la estancia en este país.

Los datos contrastados fueron tales como:

- Datos generales: densidad de población, mortalidad infantil, esperanza de vida, analfabetismo, PIB, etc.
- Datos demográficos y socioeconómicos: población en zonas urbanas y rurales, umbrales de pobreza, niños con bajo crecimiento, acceso al agua potable, acceso a sanidad, etc.
- Cobertura sanitaria: acceso a la terapia retroviral para el VIH, acceso a redes antimosquitos, acceso a antimaláricos, inmunizaciones realizadas en la infancia, etc.
- Funcionamiento del sistema sanitario: gastos generales de salud, camas por hospital, gasto anual por persona, número de profesionales especializados, partos atendidos, etc.
- Datos sobre mortalidad: índice de mortalidad en adultos, muertes por VIH, índice de tuberculosis, mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer, mortalidad maternal, prevalencia de tuberculosis, etc.

Estos datos fueron analizados y comparados aportándonos la información pertinente que expondremos en las conclusiones.

6. CONCLUSIONES

A raíz del análisis de todos estos datos vislumbramos que la diferencia entre ambos países era una prueba concluyente, que sin lugar a duda provocaba que tanto la atención sanitaria como otros aspectos, empeorasen la situación del país, llegando a la conclusión que el umbral de pobreza es

causante directo de múltiples enfermedades que suelen llegar a prolongarse a lo largo de la vida de dichas poblaciones, y estas consecuencias son inherentes haciendo que la pobreza sea causa de enfermedades y por lo tanto discapacidades y viceversa.

Los pingües beneficios que reportaban a medida que los niños aprendían y participaban de actividades propias de la infancia, eran visibles incluso para el resto de la población, a pesar de su creencia de ser niños ineducables. Para sorpresa de muchos no solo aprendían, sino que eran capaces de participar en actividades con el resto de niños de Masonga, hasta el momento totalmente impedido. Además, se brindaba la oportunidad de aflorar esas potencialidades latentes en estos alumnos siempre con una postura abierta al descubrimiento, al aprendizaje y a la comunicación eficaz con todo su entorno.

Otro aspecto a destacar que estos alumnos se escolarizaron en un centro de educación especial, es decir apartado del provecho que supone la Educación Inclusiva para toda la población en general. Somos conscientes que para que se de una Educación Inclusiva de calidad, son muchos los aspectos que deben implementar, quedando todavía muy alejadas de llevarla a cabo en poblaciones rurales ubicadas en países empobrecidos, donde vivir con Diversidad Funcional es sinónimo de invisibilidad y exclusión. No obstante, el hecho de ofrecer un lugar aunque fuese en un centro de educación especial, en el que se sintiesen respetados, escuchados y comprendidos, hizo que ganasen progresivamente autonomía, no sólo en el ámbito escolar, sino en el desarrollo personal.

Los alumnos tenían diversidad funcional auditiva, principalmente debido a la ingesta de medicamentos ototóxicos en el embarazo, como la quinina (utilizada para el tratamiento de malaria). Obviamente estos alumnos no gozaban del uso de audífonos, por lo que tampoco hablaban. En la población les solían llamar “muditos”.

Con nuestro estudio hemos conseguido reconocer y dar la relevancia oportuna al fomento de la Educación como sistema prioritario fomentando que las personas con Diversidad Funcional tengan el derecho a participar y ser escuchados en la sociedad en la que se ven inmersos, independientemente del tipo de discapacidad que posean.

Por otra parte, cuanto mayor era la participación de los niños con sordera en su propia familia y comunidad, mayor era la aceptación de la población respecto a estos, es decir que progresivamente se iba haciendo visible la sensibilización hacía las personas con discapacidad. A medida que avanzaba el tiempo podíamos observar en más situaciones comunitarias a los niños, jugando con otros niños o hermanos, asistiendo a la misa semanal, acompañando a sus hermanos a por agua o llevando al ganado a pastar, e incluso desempeñando tareas del hogar en las que cada vez se requería de una mayor autonomía. Por lo tanto hemos de pensar que la participación y la autonomía los hacía más felices y esto iba en relación a su acceso a la educación y formación.

Respecto a su círculo familiar, fue constatable la mejora en el trato hacia sus hijos con discapacidad, ya que fue también visible la mejora en su forma de comunicarse y aprender a aceptar la discapacidad de los mismos como una posibilidad de mejora y no como un problema insalvable.

Para finalizar queremos concluir con las excelentes noticias que hemos recibido sobre el funcionamiento del proyecto. Somos conocedores que en la actualidad estos niños se han desarrollado plenamente en el centro educativo y han conseguido que tengan la opción de realizar exámenes para poder acceder a las escuelas de la localidad. Suponiendo la mejora de dos aspectos; primero, un gran paso en pro de los derechos fundamentales de las personas con Diversidad Funcional, tener derecho a una educación de calidad y segundo hacer visible a la comunidad la inclusión de todos sus miembros.

BIBLIOGRAFÍA

Barnes C (2010). Discapacidad, política y pobreza en el contexto del “Mundo Mayoritario” 1/Disability, Politics and Poverty in a Majority World Context. *Política y Sociedad*, 47(1):11.

- Booth T (1999). Viewing inclusion from a distance: Gaining perspective from comparative study. *Support for Learning* 14(4):164-168.
- Booth T (2002). Inclusion and exclusion in the city: concepts and context. En: Potts P, Booth T (eds). *Inclusion in the city*. Londres, Routledge.
- Fernández M (1998). *La escuela a examen*. Madrid, Pirámide.
- Grut L, Insgtad B (2005). Using qualitative methods in studying the link between disability and poverty – Developing a methodology and pilot testing in Kenya. Stiftelsen for industriell og teknisk forskning (SINTEF). Report for World Bank, Washington DC.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (1995). *Las Necesidades Especiales en el Aula. Conjunto de materiales para la formación de profesores*. Unesco, Paris.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2009). *Directrices políticas sobre inclusión en la Educación*. UNESCO, Paris.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Rethinking Care from the Perspective of Disabled People*. World Health Organisations Disability and Rehabilitation Team, Ginebra.
- Organización de las Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*.
- Palacios A, Romañach J (2006). El modelo de la diversidad. En: Toboso M, Arnau MS (2008). *La Discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen*. *Revista Iberoamericana de filosofía, política y humanidades* 20:64-94.
- Palacios A (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. CINCA, Madrid.
- Romañach J, Lobato M (2005). *Diversidad funcional*. http://digital.csic.es/bitstream/10261/23545/1/Toboso_II%20Jornadas%20UCM%202008.pdf, acceso 8 noviembre 2010.
- Sánchez M, García R (2013). *Diversidad e inclusión educativa: aspectos didácticos y organizativos*. Los libros de la Catarata, Madrid.
- Trujillo AL (2005). Concepto de discapacidad. Evolución del concepto. *Revista española de investigaciones sociológicas (REIS)*. http://www.psicologia-online.com/articulos/2005/psicologia_discapacidad.shtml, acceso 16 febrero 2010.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*.