

Situación social de desarrollo de personas en condición de mendicidad en la ciudad de Guayaquil

María Quinde R. y Sonia Ordóñez D.

Introducción

En el Ecuador, en el pasado, para las personas que viven en condiciones de miseria ha existido muy poca atención gubernamental. Pero en 2009 el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y el Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA) inician una campaña para darles algún tipo de atención, como un tema de interés gubernamental.

En Guayaquil la mendicidad también está presente en sus calles y la sociedad tiende a invisibilizar el problema o entregar ayudas que estimulan su existencia. La situación es grave porque estas personas entran en la marginación social parcial o total, con la pérdida o disminución de sus redes relacionales familiares y sociales, víctimas de diferentes tipos de explotación, algunos con comportamientos delincuenciales o consumiendo drogas, lo cual agrava su condición de desadaptación social.

La Universidad de Guayaquil y su Facultad de Ciencias Psicológicas, en un convenio con el MIES y el INNFA, realizó una investigación-acción de las personas en situación de mendicidad en Guayaquil, que proporcione más información sobre esta población. Para esto se determinó realizar el diagnóstico de la situación social de desarrollo de niños, niñas, adolescentes, adultos y adultos mayores, personas en situación de discapacidad y de sus sistemas familiares inmersos en la problemática de la mendicidad y consumo de drogas, mediante su caracterización determinando los conocimientos, actitudes y prácticas, los factores expulsivos y receptivos de las mismas y sugerir estrategias alternativas en un trabajo de acción-participación a más largo plazo

Materiales y métodos

Esta investigación se realizó a partir de la campaña “Da Dignidad”, que ejecutó el MIES-INNFA en Guayaquil, a finales de diciembre de 2010 y principios de 2011, y el personal que trabajó en ella estaba conformado por técnicos del INNFA, estudiantes de la Universidad de Guayaquil, en su mayoría de la Facultad de Ciencias Psicológicas, psicólogos, docentes, investigadores de la facultad y personal de la DINAPEN, contribuyeron a la investigación, y capacitado para la realización del trabajo.

La investigación fue cualitativa con datos numéricos. La población total fue de 1.292 personas y la muestra de 367 personas, esto es el 27.7% de la población total, con un error muestral de 4.5% y una confiabilidad de 99%.

Esta población desconfía de quien se acerca, se ponen agresivos si la persona va con un papel para aplicarles una encuesta, por lo que con aproximaciones sucesivas se logró que con consentimiento den información que nos permita realizar el trabajo.

En una primera fase de acercamiento cuantificamos la población existente. Más adelante, en entrevistas informales y una guía de preguntas aprendida por el personal de campo, se fueron capturando los datos generales. El personal llevaba una bitácora de diario en la que anotaba la información de cada entrevista realizada.

Luego, en talleres al personal de campo se aplicó una encuesta para organizar los datos que ellos habían anotado en la bitácora de campo. Esto proporcionó la información general cuantitativa de 367 personas en situación de mendicidad seleccionadas aleatoriamente. Para la información cualitativa se aplicaron grupos focales en número de 6 a aproximadamente 60 personas en situación de mendicidad, para determinar sus percepciones, ideas, creencias, actitudes y prácticas y los factores de vulnerabilidad que habían contribuido a su situación y los factores de protección que podrían ayudarlos a salir de esa vida. Y finalmente se realizaron 6 grupos focales con 60 personas del personal de campo para determinar sus vivencias y percepciones de esta población.

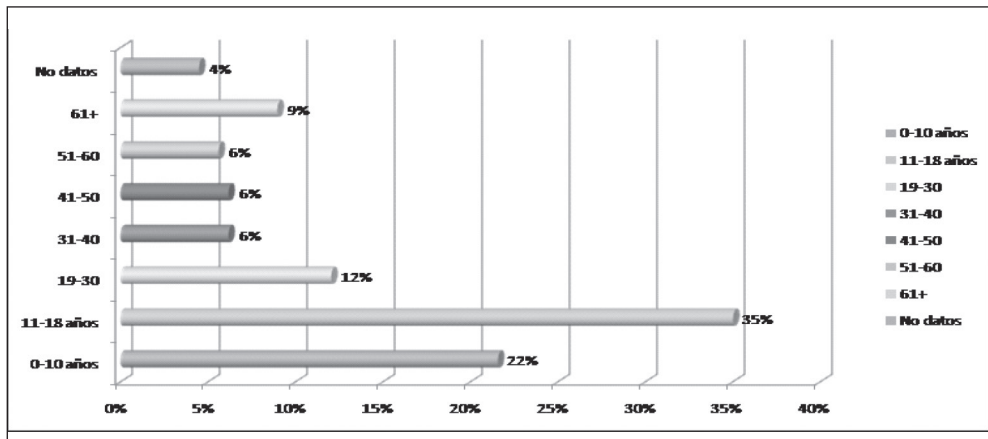
El personal estuvo conformado por 117 estudiantes universitarios, 22 técnicos del INNFA y 6 psicólogos clínicos de la Facultad de Ciencias Psicológicas.

Para su organización se dividió la ciudad de Guayaquil en 2 sectores, norte con 67 estudiantes con su respectivo coordinador y sur con 50 estudiantes con su coordinador. Los psicólogos se movilizaron entre los dos sectores para la realización de los grupos focales ayudadas por los estudiantes de la facultad.

Resultados y discusión

Información cuantitativa, análisis de los datos generales

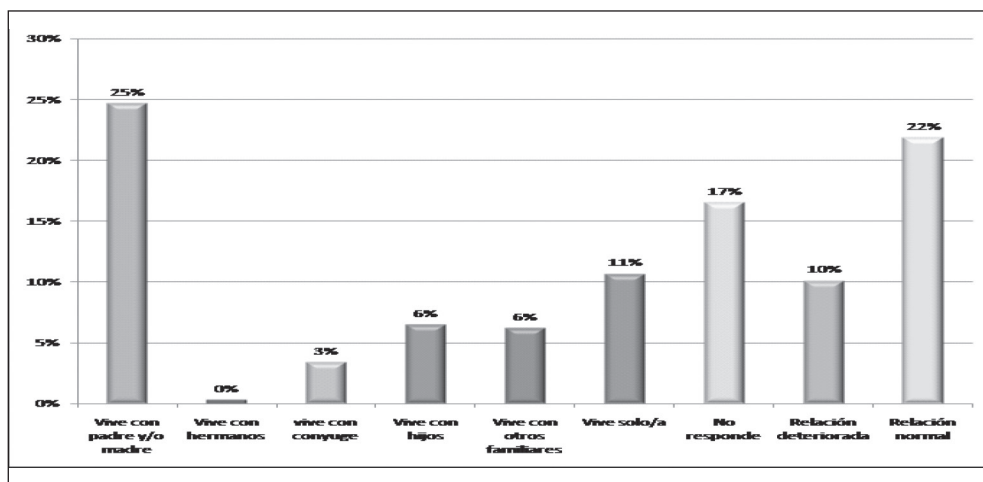
Figura 1
Grupos de edad



La población era 55% masculina y 45% femenina. La población más numerosa era la de niños y jóvenes entre los 0 a 10 años y entre los 11 a los 18 años de edad (total 57%), y hasta los 30 años sumaron un 69%, el grupo de edad de 61 años en adelante era del 9%.

La población, de acuerdo a su etnia era mayoritariamente mestiza (57%), seguida de la afroecuatoriana con un 31%, indígena 7%, mulata 3%, blanca 1% y el 1% no conocía. La región de origen de estas personas era la Costa 63%, Sierra 8%, el Oriente 0%, "ecuatoriano" 21%, extranjero 1% y no conoce el 7%. La escolaridad fue motivo de sorpresa en algunos casos: ninguna escolaridad 17%, primaria incompleta 28%, primaria completa 18%, secundaria incompleta 9%, secundaria completa 4%, educación técnica 0%, educación superior 1%, no se sabe 24%.

Figura 2
Redes sociales familiares



El 25% de las personas en situación de mendicidad vive con sus dos padres o con uno de ellos. Este dato es coherente con el hecho de que el 57% de la población de mendigos se encuentran en el grupo etario de entre los 0 a los 18 años de edad es decir muchos de ellos o son niños o adolescentes aun. El 6% vive con sus hijos. El 6% vive con otros familiares. El 11% vive solo y del 17% no se sabe.

En cuanto a su situación física, el 47% declara o parece estar saludable a la simple observación, en este grupo se encontrarían la mayor parte de los niños y jóvenes, un 32% no responde o no se sabe su estado real, un 13% muestra discapacidad física y el 8% enfermedad. Sumando ambos indicadores tendría problemas físicos un 21% de las personas en situación de mendicidad. En lo relativo a la salud mental, el 58% parece tener una situación mental estable, y esto se comprende si ya sabemos que una gran cantidad de niños y jóvenes son la mayor parte de la población de personas en situación de mendicidad.

El 35% no responde o no se sabe, y esto es comprensible por ser esta una población difícil de entrevistar, y el 7% tiene una deteriorada situación mental evidente a la simple observación. De este 7% de situación mental deteriorada, el 2% tiene trastornos mentales

evidentes, el 2% presenta discapacidad mental evidente, el 2% se detectan o declaran ser adictos, siendo esto una de las causas de la mendicidad. El no sabe 1%.

Información cualitativa: análisis de los grupos focales

Al analizar la situación social de desarrollo de las personas en condición de mendicidad de la ciudad de Guayaquil, surge en primer lugar la necesidad de aclarar los términos utilizados para designar a las personas del género masculino y femenino encontradas en esta actividad y que sin embargo presentan formas distintas de expresión por lo que *realizaremos primero una enumeración de los casos.*

Niños. Realizan la mendicidad en jornadas de mañana o tarde enviados por sus padres (madre o padre o ambos) y que estudian en la jornada restante. Tienen vivienda y generalmente una familia disfuncional, pero existen vínculos afectivos que los unen. Los que realizan la mendicidad durante el día y que abandonaron sus estudios o nunca iniciaron su escolaridad enviados por sus padres o por otras personas. Tienen vivienda y mantienen aún redes sociales familiares. Los que ejercen la mendicidad para mantener a un familiar que no puede trabajar, generalmente no estudian. Suelen tener vivienda propia o ajena y relaciones familiares unidas por afecto. Los que se han separado de su familia por causas diversas como violencia doméstica, abuso sexual, abandono de sus padres, etc. Viven en la calle y no estudian. Sus relaciones sociales no son familiares, pero existen redes sociales con sus amigos de la calle. Algunos de estos niños consumen drogas o son muy vulnerables al consumo.

Adolescentes. Ejercen la mendicidad para mantenerse a sí mismos y a la familia. Desarrollan esta actividad durante la jornada de la mañana o la tarde y en la otra jornada estudian, suelen vivir con algún familiar y tienen vivienda propia o ajena. Los que piden dinero en la calle luego de hacer malabares, bailar, limpiar parabrisas, vender caramelos, etc. Generalmente han sido niños que han ejercido la mendicidad y por haber crecido encuentran que deben hacer y dar algo a cambio de pedir dinero. Muchos de ellos no estudian, permanecen más en las calles, o viven sin su familia, y están muy expuestos al consumo de drogas o ya están en el consumo. Los que por estar desde mucho tiempo atrás en el consumo de drogas, ya no pueden desarrollar actividades socialmente aceptables y se mantienen al margen de la sociedad y sus redes sociales no existen o son muy débiles, están protegidos de alguna forma por otras personas en condición de mendicidad. Viven en la calle.

Adolescentes madres solteras. Ejercen la mendicidad con sus niños en brazos, para mantenerse a sí mismo y a su o sus hijos. Suelen vivir con algún familiar.

Adultos o adolescentes. Ejercen la mendicidad fingiendo alguna discapacidad, generalmente tienen vivienda.

Adultos. Ejercen la mendicidad y presentan alguna discapacidad generalmente física que les impide trabajar, suelen tener vivienda. Los que tienen discapacidad mental, generalmente no piden dinero, y buscan en los basureros o reciben ayuda voluntariamente de la gente. Adultos con adicción a alguna o algunas drogas y que por lo mismo están al margen de la sociedad, sin redes sociales que los protejan. No tienen vivienda, viven en la calle, buscan desperdicios y pueden delinquir.

Ancianos. Con alguna discapacidad física que le impide trabajar, está muy desprotegido y a expensas de la ayuda de otras personas. Generalmente aunque no siempre duermen en la calle y sus redes sociales han desaparecido. Otros con discapacidad mental, que deambulan buscando en la basura, duermen en la calle, su problema mental está combinado con otras enfermedades, no tienen redes sociales, son muy vulnerables. Los abandonados por sus familiares, por su edad piden ayuda para subsistir, suelen no tener vivienda. Suelen estar enfermos.

Adultos, adolescentes y niños. Que migran desde otras partes del país a Guayaquil especialmente en diciembre en condición de mendicidad, pero que en sus lugares de origen no ejercen la mendicidad y se concentran principalmente en el norte de la ciudad.

Conclusión

Tanto en norte como en sur se presentan todos los indicadores, en el sur suelen los niños estar solos en la calle y en el norte un gran número de mujeres jóvenes con sus hermanos o hijos en las calles. La realidad de los *niños* y *niñas* frente a este problema psicosocial se centra en la explotación de sus derechos, obligados por sus padres, madres o tutores, algunos con comportamientos delincuenciales, consumidores de drogas, abandonan sus estudios. No poseen documentos de identificación. Los *adolescentes* se iniciaron en la niñez y viven desorientados, sin proyectos de vida, vulnerables a la drogadicción, pandillas y prostitución. La falta de empleo en los *adultos mayores*, abuelos que asumen la paternidad porque sus hijos emigraron y no asumieron tal responsabilidad o el abandono por parte de sus hijos en algunos casos los lleva a la calle. *Y personas en situación de discapacidad* que desconocen sus derechos o prefieren lucrar de su problema.

En el niño ruptura en el vínculo de protección; posterior a probar en la calle el niño sale de los parámetros del cuidado al autocuidado y a asumirse como adulto. Patrones transgeneracionales de abandono: la reproducción del abandono y violencia, negligencia en las mujeres. Sistema de creencias sobre protección, que los niños saben cuidarse. La calle como alternativas de resolver problemas, “*en la calle todo pasa*”. Esa es la situación social de desarrollo, peligro, pandillas, delincuencia, drogas, venganza, crímenes, abusos, violaciones, etc., hay desesperanza aprendida. Pero tienen necesidades superiores de desarrollo humano: hay sentimientos de vergüenza, ligadas a la autovaloración por ende a la dignidad como personas.

Recomendaciones

Desarrollar un proyecto de trabajo de prevención secundario en salud, a largo plazo con toda la población en programas de promoción de la salud psicológica y vida productiva.

Trabajar en sectores jóvenes de la población y con sus familias en actividades de inserción laboral con microcréditos para construir pequeños negocios con controles de cumplimiento de metas, y procesos de capacitación y desarrollo de competencias.

Fortalecer las redes institucionales para la atención y la prevención de este problema social desde un enfoque humanístico y de desarrollo.