



Introducción

Envejecer es un proceso universal, progresivo, irreversible y, tarde o temprano, deletéreo en cuanto a los sistemas corporales; sin embargo, la expresión final es sumamente heterogénea ya que es posible encontrar personas en muy buen estado físico a edades avanzadas de la vida y personas muy deterioradas físicamente a edades más tempranas. El envejecimiento no es una enfermedad sino parte del ciclo vital humano al igual que la niñez, la adolescencia y la edad adulta y, a pesar de ser un evento que ocurrirá a todas las personas, el resultado individual dependerá de lo actuado durante la vida, de los riesgos a los que se ha expuesto la persona, de las enfermedades, de los factores protectores, tanto individuales como sociales y de la respuesta que de la sociedad en su conjunto a las necesidades y problemas de las personas mayores.¹

Desde la infancia y a lo largo de la vida se forma en la conciencia individual y colectiva el significado de lo que es una persona mayor. Ello se refleja también en la conducta social y en la existencia o no de políticas dirigidas a esta población. Es decir, ser vieja o ser viejo es, al igual que el género, una característica asignada y construida socialmente y, por consiguiente, su definición y significado varían según el momento histórico, la cultura y el nivel socioeconómico. Para fines operacionales, Naciones Unidas ha adoptado la edad de 60 años como la frontera entre la edad adulta y la vejez. Este límite de edad no responde a parámetro biológico o social alguno; es, simplemente, una definición que facilita hacer referencia a esta población específica y a un fenómeno en crecimiento y de enormes repercusiones para la sociedad.²

¹ Estrada 2000.

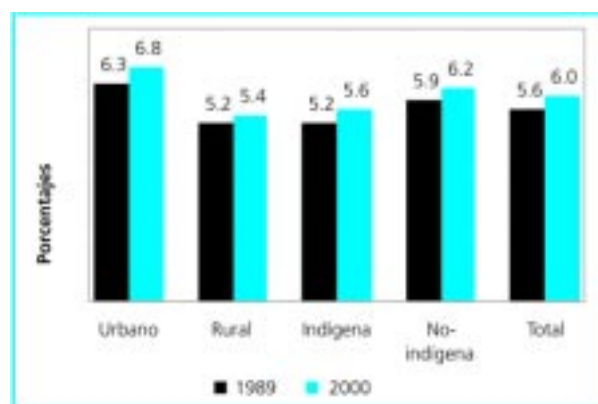
² Naciones Unidas, 1982.

³ La manera como se nombra a las personas mayores de 60 años varía según la época, el contexto social y el actor. En Guatemala es común escuchar que se les llama «viejos o viejas, rucos, ancianos». La mayoría de veces es una palabra peyorativa que denota rechazo y evoca conceptos que asocian el envejecimiento con deterioro y minusvalía. El término que más ha penetrado los círculos académicos y de los medios de comuni-

A. Situación demográfica de las mujeres adultas mayores

Al hablar del envejecimiento de una población, se hace referencia al aumento proporcional de personas mayores de 60 años con respecto al total de la población.³ Se prevé que, hacia el año 2030, la población mundial de mujeres que habrán pasado el período reproductivo habrá aumentado hasta un total de 1,200 millones; de ellas, un 75% vivirán en países en desarrollo.⁴ En Guatemala, los adultos mayores constituyen el 6% del total, lo que refleja un incremento de 0.4% en relación con los datos disponibles para 1989 (gráfica XII.1). En el presente capítulo se utilizan dos subgrupos de edad: el primero comprende a las personas mayores entre los 60 y los 74 años de edad, quienes generalmente están en buenas condiciones de salud, son independientes y tienen una menor carga de discapacidad. El otro subgrupo comprende a los mayores de 75 años, en quienes es posible

Gráfica XII.1
Participación de los adultos mayores en la población según área geográfica y grupo étnico, 1989 y 2000
(En porcentajes)



Fuente: ENCOVI 2000.

cación es el de «tercera edad», que hace alusión a la vida como una serie de etapas sucesivas donde la niñez y adolescencia como la «primera edad o del desarrollo», la «segunda edad o de la producción» y la «tercera o de la inutilidad». El término que se ha adoptado en este documento es el de «adultos o adultas mayores», el cual es una auto denominación elegida por grupos de personas mayores organizadas, que está ampliamente aceptado en América Latina (Estrada, 2002.)

⁴ FNUAP, 2000.



encontrar mayor deterioro del estado funcional y de salud, así como una mayor carga de discapacidad.

El 49.3% de los adultos mayores son hombres y 50.7% mujeres. 57% habita en las áreas rurales y 43% en las áreas urbanas. En estas últimas predominan las mujeres mientras que en la rural se observa predominio masculino. Cuando se desagrega a los adultos mayores por los subgrupos de edad mencionados, se encuentra que en el área urbana se hace más evidente el predominio femenino en los mayores de 75 años, mientras en el área rural no hay mayor variación (véase gráfica XII.2). El significado de este predominio femenino urbano no está todavía claro, pero sugiere un posible papel explicativo a las migraciones de las mujeres mayores hacia áreas urbanas o bien, está reflejando una mayor sobrevivencia en edades

avanzadas entre mujeres urbanas que en las rurales por el mayor acceso a servicios básicos que puedan tener. En todo caso, existe una feminización urbana de la vejez, fenómeno que tiene múltiples implicaciones para la sociedad.

Respecto a la distribución por etnia en los adultos mayores, el 38% de las mujeres mayores de 60 años pertenecen a la etnia indígena mientras que el 62% se declaran no indígenas. El mayor porcentaje de mujeres adultas mayores son no indígenas y urbanas, seguidas por las mujeres no indígenas rurales y las mujeres indígenas rurales. El menor porcentaje corresponde a las mujeres indígenas viviendo en áreas urbanas. Nuevamente, la distribución por etnia y localidad de las adultas mayores sugiere mayores posibilidades de sobrevivencia para aquellas mujeres con más acceso a recursos y servicios (gráfica XII.2).

B. El envejecimiento también es una experiencia moldeada por el género

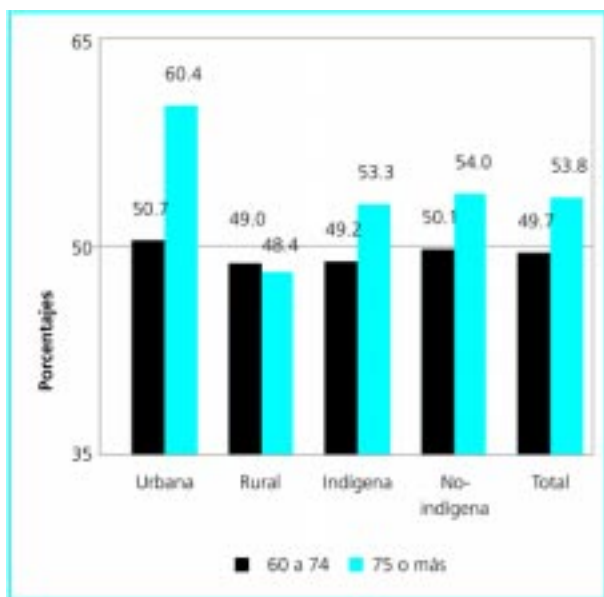
Para un país, el hecho que aumente la población adulta mayor no significa que esos años de vida ganados sean de calidad y, mucho menos, un evento que se viva de manera similar por los hombres y las mujeres que llegan a estas edades. Cuando una mujer arriba a su cumpleaños número 60, tiene una alta probabilidad de vivir muchos años más que los hombres de la misma edad (gráfica XII.3). Sin embargo, tener más tiempo de vida no necesariamente les significa más oportunidades de desarrollo humano. Envejecer es una experiencia directamente influida por la inequidad de género, que refleja el conjunto de desigualdades y exclusiones que las mujeres han acumulado a lo largo de la vida, desde que son niñas. Éstas incluyen, como mínimo, las siguientes circunstancias:

- a) Las mujeres a lo largo de su vida tienen mucho menor acceso a la educación, a la propiedad de la tierra, al empleo remunerado, a los planes de pen-

Gráfica XII.2.

Participación de las mujeres en la población adulta mayor, según grupo etario por grupo étnico y área geográfica, 2000

(En porcentajes)



Fuente: ENCOVI 2000.

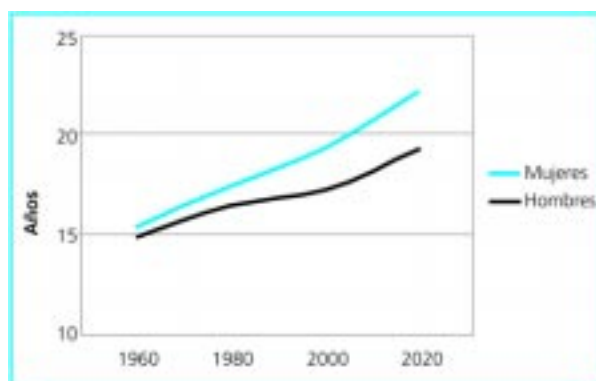


- siones y resultan en la vejez, ser la mayoría relativa entre los extremadamente pobres.
- b) Las mujeres durante su vida aportan recursos económicos a sus familias, ya sea por trabajo formal o trabajando en el sector informal. En muchas familias la mujer aún a edades avanzadas continúa siendo el principal soporte de la familia. Esto es cierto a pesar de que las mujeres reciben considerablemente menores salarios que los hombres.
- c) Las mujeres proporcionan muchas más horas de trabajo en casa que los hombres y esto no se modifica con la edad pues, aún en la vejez, son la fuente más frecuente y estable de cuidados para los niños, otros ancianos y familiares con discapacidad. En el caso de Guatemala, muchos niños huérfanos en áreas del conflicto bélico quedaron al cuidado de las abuelas y otro tanto ocurre por la migración internacional de los padres. En la actualidad, debido a la incorporación de las mujeres a la población económicamente activa y la falta de servicios públicos para el cuidado infantil, cada vez más, son las abuelas las encargadas de los cuidados y crianza de los niños. Esto significa que el trabajo doméstico de las mujeres se extiende más allá de la responsabilidad de atender a sus hijos e hijas pues se asume el cuidado de los nietos, muchas veces asociado a trabajo doméstico no remunerado.
- d) Las mujeres son vulnerables a la violencia y abandono, incluyendo explotación sexual, abuso, violación y otras modalidades de maltrato. La violencia contra la mujer adulta mayor es un fenómeno creciente en los centros urbanos y rurales.
- e) Las mujeres tienen mucho menor acceso que los hombres al poder político y a tener influencia directa sobre la sociedad; esta realidad, en etapas avanzadas de la vida, contribuye a que las mujeres adultas mayores sean altamente invisibilizadas en las políticas públicas, inclusive, en aquellas dirigidas a las propias mujeres.⁵

C. La precariedad económica y social se acumula a lo largo del ciclo de vida

Determinar la situación económica y social de las mujeres adultas mayores enfrenta algunos problemas conceptuales. Dilucidar el significado que tiene para una mujer adulta mayor ser pobre, o el papel que tiene la educación, la vivienda o los ingresos en su bienestar, debería ser una tarea indispensable para entender de manera integral su situación.⁶ Las mujeres enfrentan más desafíos que los hombres pues, aunque viven más años, tienen una mayor carga de discapacidad, menores ingresos con que hacer frente a las necesidades, frecuentemente quedan viudas o enfrentan la vejez en soledad, con muy pocas redes sociales de apoyo. El envejecimiento en sí mismo reduce las posibilidades de mejorar la situación económica, a causa de mayor susceptibilidad a enfermedades y la disminución del estado funcional del organismo. A ello se suma el hecho que la sociedad no concibe a estas mujeres como personas productivas, lo cual redundaría en casi la total imposibilidad de emplearse. Además, si se llega a adulta mayor en situación de pobreza, las posi-

Gráfica XII.3
Proyección de la esperanza de vida a los 60 años según sexo, 1960-2020



Fuente: INE/CELADE (1997).

⁵ Pratt, 1997.

⁶ La obtención de datos sobre personas mayores a través de encuestas de hogares no suele ser muy útil, oscurece la potencial estratificación intra-hogar por edad y género y las asime-

trías de poder y acceso a los recursos que se dan en el seno del hogar y donde, generalmente, las personas mayores, en especial las mujeres, resultan desfavorecidas (Nazar, 2001)



bilidades de desarrollar alguna estrategia de sobrevivencia es menor que en otras etapas del ciclo vital.

Es decir, la carga de exclusión que experimentan las mujeres desde muy temprano en su vida, además de tener manifestaciones específicas durante la niñez, la juventud y la etapa adulta, produce un efecto acumulativo en aquellas que han logrado sobrevivir hasta edades avanzadas. Las relaciones desiguales de poder y de oportunidades entre los géneros hacen que las mujeres vivan su vejez con todavía menos control sobre sí mismas y su entorno. Es esa pérdida acrecentada de autonomía, y no la vejez necesariamente, lo que las coloca en una situación de particular vulnerabilidad a nuevas experiencias de exclusión en ese período de la vida (recuadro XII.1)

1. Pobreza

Del total de población en situación de pobreza extrema, solamente 3.7% son adultos mayores. Entre los no pobres, el porcentaje se incrementa a 7.6%, lo que sugiere que es la población no pobre la que tiene mayores posibilidades de llegar a edades avanzadas de la vida (gráfica XII.4). De esta manera, la muerte a una edad más temprana, se constituye en una de las expresiones más contundentes de la dinámica de exclusión en que vive inmersa una importante proporción de la población guatemalteca a lo largo de toda su vida. Del total de mujeres adultas mayores, 44% viven por debajo de la línea de la pobreza, de las cuales el 10% está en pobreza extrema. Del total de adultas mayores en situación de extrema pobreza, 90% son

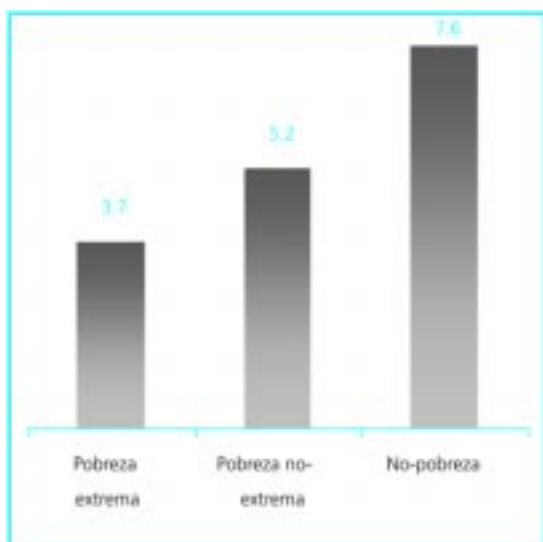
Recuadro XII.1

Ciclo de exclusión de las mujeres adultas mayores





Gráfica XII.4
Participación de los adultos mayores en la población según pobreza, 2000
 (En porcentajes)



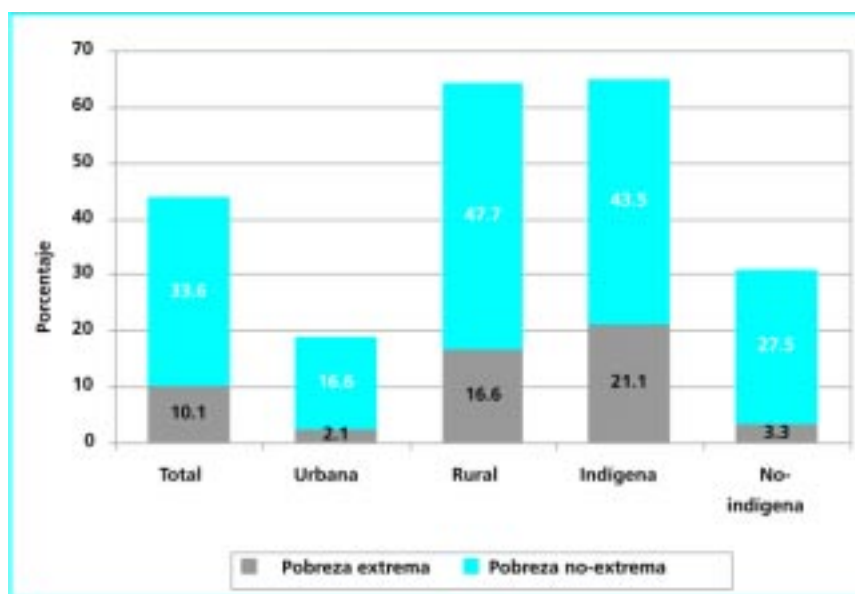
Fuente: ENCOVI 2000.

rurales y 80% son indígenas. En las mujeres mayores en situación de no pobreza, se observa un marcado predominio urbano y no indígena (gráfica XII.5).

2. Empleo

El empleo constituye uno de los elementos más importantes para generar bienestar mediante ingresos económicos, además de ser una fuente de socialización, crecimiento personal y acumulación de beneficios tales como la jubilación. Las mujeres durante la edad adulta generalmente tienen menor acceso al empleo y cuando lo tienen, sus salarios son en promedio, más bajos que los de los hombres. Esta situación afecta profundamente la calidad de vida de las mujeres y tiene consecuencias negativas en la vejez. La historia laboral de la mujer y su situación cuando llega a ser mayor no es alentadora, especialmente porque al haber estado

Gráfica XII.5
Pobreza en mujeres adultas mayores, según área geográfica y grupo étnico, 2000
 (En porcentajes)



Fuente: Elaboración con datos de ENCOVI 2000.



fuera del trabajo formal, también quedó fuera de los beneficios de la jubilación y de la creación de redes sociales que eventualmente sirven de apoyo. Si a esto se agrega la mayor posibilidad de viudez y desamparo, el panorama se oscurece. Del total de adultas mayores pertenecientes a la población económicamente activa, el 25% se encuentra trabajando; de éstas, 85% son menores de 75 años y 15% mayores de esta edad. Esta información refuerza la apreciación de que al no tener beneficios de retiro, un cuarto de la población total de adultas mayores se ve en la necesidad de trabajar, aún en edades avanzadas de la vida. El 2% de las mujeres mayores no trabaja pero está buscando empleo, mientras que el 72% son parte de la población económicamente inactiva (cuadro XII.1).

Cuadro XII.2
Rama de actividad de mujeres adultas mayores según área geográfica y grupo étnico, 2000
 (En porcentajes)

	Urbana		Rural	
	Indígena	No indígena	Indígena	No indígena
Agricultura y RNR	6.1	2.3	40.9	29.1
Industria manufacturera	16.0	11.8	30.2	8.7
Construcción	0.0	0.3	0.0	0.0
Comercio	57.0	55.2	21.3	46.9
Servicios de salud, sociales y personales	20.9	24.8	4.0	15.3
Otros	0.0	5.6	3.5	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: ENCOVI 2000.

Cuadro XII.1
Mujeres mayores pertenecientes a la población económicamente activa según condición laboral, 2000
 (En porcentajes)

	PEA		PEI	Total
	Con actividad económica	Cesante		
De 60 a menos de 75 años	28.9	2.0	69.1	100.0
De 75 o más	14.8	2.1	83.1	100.0
Total	25.3	2.0	72.6	100.0
De 60 a menos de 75 años	85.4	74.9	71.3	74.9
De 75 o más	14.6	25.1	28.7	25.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: ENCOVI 2000.

Respecto a la rama de actividad, se encuentran marcadas variaciones según la etnia y el área geográfica. La rama de actividad más común es el comercio, seguida por los servicios sociales, de salud y personales. Esto es así para la región urbana, pues en la rural las mujeres indígenas se dedican más a la agricultura y a la industria manufacturera. Las adultas mayores indígenas urbanas que se declaran trabajando, son en su mayoría trabajadoras por cuenta propia; un patrón muy similar aplica para las adultas mayores no indígenas urbanas.

El 19% de las adultas mayores indígenas urbanas trabaja en una empresa privada y el 4.7% como jornaleras. El 18% de ellas declara trabajar en empleo doméstico o ser trabajadoras familiares no remuneradas. Las mujeres no indígenas urbanas tienen un patrón similar. En el área rural ocurre un patrón semejante al descrito para el área urbana, sin embargo existe un 27% de mujeres indígenas que declaran trabajo familiar no remunerado, en contraste con un



Cuadro XII.3
Categoría ocupacional de adultas mayores, según área geográfica y grupo étnico, 2000
(Porcentajes)

Categoría ocupacional	Mujeres			
	Urbana		Rural	
	Indígena	No indígena	Indígena	No indígena
Empleado del gobierno	0	2.9	0	0
Empleado de empresa privada	18.7	9.7	10.9	4.3
Jornalero (a)	4.7	0.0	8.7	3.0
Empleo doméstico	9.9	8.3	1.2	14.9
Patrón	10.3	11.2	0.0	7.7
Trabajador por cuenta propia con local	48.3	55.9	51.9	57.5
Trabajo familiar no remunerado	8.1	9.1	27.2	12.0
Trabajo no familiar no remunerado	0.0	2.8	0.0	0.7
Total	100	100	100	100

Fuente: ENCOVI 2000.

12% entre las no indígenas. Esto indica por un lado, que las mujeres mayores se ven obligadas a contribuir al ingreso familiar y por el otro, que al no tener planes de retiro, se ven en la necesidad de trabajar aún a edades avanzadas de la vida.

3. La «inactividad» de las mujeres adultas mayores

El cuadro XII.4 da idea de las causas de «inactividad» en las personas adultas mayores. Destaca que solamente un 9.5% reportan tener una pensión, lo que representa una disminución de casi 2% en relación a los datos reportados para 1998.⁷ Mientras el 28% de los hombres reportan estar pensionados de las mujeres, solamente el 0.3% reporta esta situación.

Las posibilidades de recibir una pensión en la vejez están directamente relacionadas con los aportes que se han hecho a lo largo de la vida al sistema de seguridad social. La gráfica

XII.6 ilustra cómo, para todos los rangos de edad donde hay trabajadores cotizando al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), la cantidad de hombres excede el número

Cuadro XII.4
Causa de inactividad en adultos y adultas mayores, 2000
(En porcentajes)

	Total	Mujeres	Hombres
Pensión, jubilación o renta	9.5	0.3	28.4
Quehaceres del hogar	30.1	39.2	2.8
Incapacidad	24.4	21.3	33.6
Estudio	0.1	0.2	0.0
Otras	35.9	36.1	35.2
Total	100.0	100.0	100.0

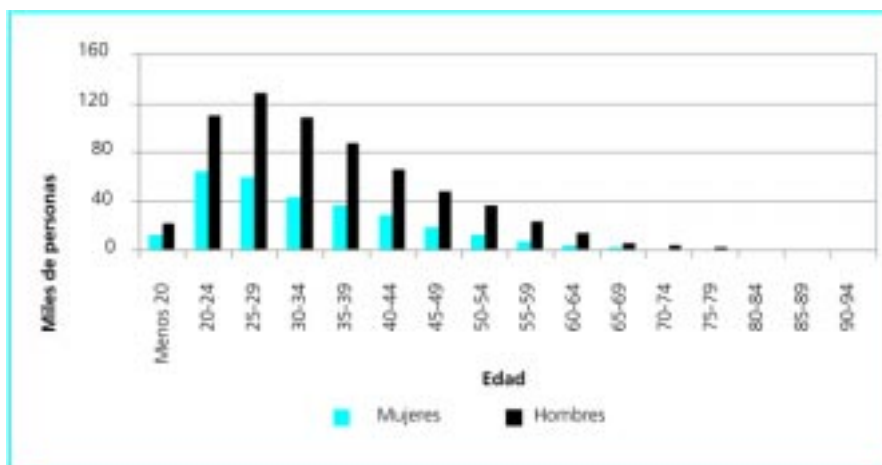
Fuente: ENCOVI 2000.

⁷ Estrada, 2000. En el año 2000 con datos de 1998, el porcentaje de adultos mayores con pensión era de 12%; esto era ya tres

puntos porcentuales menos que lo reportado por el censo de 1994.



Gráfica XII.6
Trabajadores afiliados al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social según sexo y edad, 2001
(Miles de personas)



Fuente: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (2001) muestra de trabajadores afiliados y patrones particulares de enero 2001.

ro de mujeres.⁸ Éstas son las personas que están contribuyendo ahora para sus pensiones del futuro. Por consiguiente, es de esperarse que tampoco en el corto y mediano plazo se amplíe en gran medida la cobertura de pensiones del IGSS a las mujeres. Esta estructura de distribución de las pensiones no obedece necesariamente a una acción discriminatoria por parte del IGSS. Más bien, es resultado de las asimetrías existentes en la forma de inserción de las mujeres en el mercado laboral, concentradas en el sector informal, en relación con los hombres, que predominan en el sector formal de la economía. Sin embargo, las políticas vigentes en el IGSS en cuanto a afiliaciones, tampoco contemplan acciones y mecanismos afirmativos para compensar, en alguna medida, las asimetrías y déficit estructurales del mercado laboral guatemalteco y facilitar así la afiliación de trabajadores en el sector informal y, por consiguiente, de las mujeres.

Por otra parte, 39% de mujeres que se reportan en la ENCOVI como «inactivas» se dedican a los quehaceres domésticos, mientras que únicamente el 3% de los hombres lo hacen. Si este dato se compara con los números absolutos y porcentuales de mujeres mayores en situación de inactividad (72% de las mujeres mayores de 60 años) se encuentra que estas mujeres dedicadas a quehaceres domésticos son equivalentes al 96% de todas las mujeres mayores que declaran estar trabajando. Este dato revela nuevamente como el trabajo doméstico no sólo es invisible a las estadísticas, sino permanece como una actividad importante en las mujeres aún en edades avanzadas de la vida. Destaca también el hecho que hay un 10% más de hombres que mujeres que declaran como causa de inactividad la incapacidad. Este dato es incongruente con datos publicados internacionalmente, donde son las mujeres las que tienen una mayor carga de discapacidad.

⁸ La gráfica se construye a partir de datos contenidos de una muestra de trabajadores afiliados al IGSS a enero 2001.



En cuanto al ínfimo grupo de mujeres que reportan recibir una pensión, se observa que son las mujeres urbanas no indígenas las que más acceso tienen, seguidas por las mujeres rurales indígenas. Esto puede estar relacionado con sus mejores posibilidades de inserción en el mercado de trabajo formal. Al parecer las mujeres no indígenas rurales virtualmente no tienen acceso a una pensión. Respecto al dato sobre la «inactividad» en quehaceres domésticos, se observan porcentajes entre 31% y 46%, correspondiendo el menor a la mujer urbana no indígena y el mayor a la mujer rural no indígena. Las razones de este hallazgo pueden corresponder con la mayor posibilidad de la mujer rural indígena de trabajar en la agricultura y artesanía que la no indígena, quien podría estar mucho más relegada al ámbito privado (cuadro XII.5).

D. Educación

Abordar los aspectos educativos de las mujeres mayores es tratar de conocer una de las facetas

de desarrollo personal y comunitario más importantes. Además, mediante este análisis se puede inferir el grado de oportunidades que tuvieron estas mujeres a lo largo de su vida. Estas mujeres mayores de 60 años sobre las cuales reportan las cifras aquí presentadas, nacieron en la década de los cuarenta o antes, cuando las oportunidades educativas para las mujeres eran todavía más precarias que en la actualidad.

Es así como el nivel de analfabetismo en este grupo de edad es reflejo de la falta de oportunidades que han tenido en la vida. Mientras sólo el 50% de los hombres adultos mayores sabe leer y escribir en idioma español, este porcentaje se reduce a 30% en las adultas mayores. De todas las personas mayores que habitan el área urbana, el 70% de los hombres y el 52% de las mujeres son alfabetas. El panorama es distinto en el área rural donde lo son únicamente 33% de los hombres y 11% de mujeres. La fuerte disparidad entre hombres y mujeres se hace todavía más evidente al desagregar los datos por grupo étnico: 30% de los hombres indígenas son alfabetos mientras que únicamente el 6% de mujeres lo son. En los adultos mayores no indígenas lo son el 62% de hombres y el 45% de mujeres.

Por otra parte, en un país donde la multiculturalidad y la equidad entre los pueblos es todavía una idea más que una forma de vida, el hecho que 49% de las mujeres adultas mayores sean monolingües en un idioma indígena⁹ las coloca en situación de profunda desventaja en cuanto a sus posibilidades de acceder a los servicios, de participar en la vida política y velar por sus derechos. Incrementa así mismo su nivel de dependencia de los hombres y de otros integrantes de su grupo doméstico para la realización de cualquier tipo de gestión que involucre la interacción con personas monolingües en idioma castellano.

Por otra parte, el cuadro XII.6 muestra que el 70% de las mujeres adultas mayores nunca han recibido educación formal, en contraposi-

Cuadro XII.5
Causas de inactividad en mujeres adultas mayores según área geográfica y etnia, 2000
(Porcentajes)

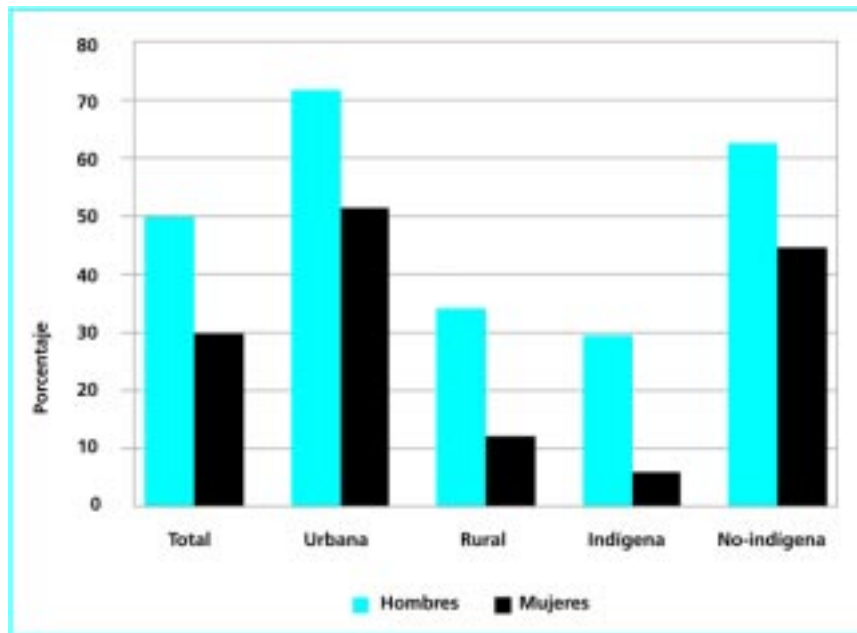
Causa de inactividad	Urbana		Rural	
	Indígena	No indígena	Indígena	No indígena
Pensión, jubilación o renta	0.7	7.7	1.2	0.0
Quehaceres del hogar	38.1	31.0	43.1	46.0
Incapacidad	24.5	21.4	24.7	16.9
Estudio	0.2	0.3	0.0	0.1
Otras	36.4	39.4	31.0	36.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: ENCOVI 2000.

⁹ ENCOVI, 2000.



Gráfica XII.7
Tasa de alfabetismo en adultos y adultas mayores, según área geográfica y grupo étnico, 2000
 (En porcentajes)



Fuente: ENCOVI 2000.

Cuadro XII.6
Distribución de adultos y adultas mayores según nivel de escolaridad, por área y grupo étnico, 2000
 (En porcentaje)

		Ninguno	Primaria	Media	Superior	Total
Total	Hombres	58.5	32.1	6.0	3.3	100.0
	Mujeres	70.3	22.6	6.3	0.8	100.0
Urbana	Hombres	36.1	42.5	13.8	7.5	100.0
	Mujeres	48.1	36.5	13.6	1.8	100.0
Rural	Hombres	74.2	24.9	0.5	0.4	100.0
	Mujeres	88.6	11.1	0.3	0.0	100.0
Indígena	Hombres	74.9	24.2	0.6	0.3	100.0
	Mujeres	91.9	7.6	0.4	0.0	100.0
No indígena	Hombres	48.0	37.3	9.5	5.3	100.0
	Mujeres	56.9	31.8	9.9	1.3	100.0

Fuente: ENCOVI 2000.



ción con un 58% de sus coetáneos masculinos. Al desagregar este parámetro por grupo étnico y área geográfica, se observa como las mujeres mayores indígenas que habitan las áreas rurales son las que menores oportunidades de educación han tenido. Esto contrasta con los porcentajes de hombres con acceso a educación los que, a pesar de ser bastante bajos, siempre son mayores que los de las mujeres. Únicamente 22% de las adultas mayores lograron terminar la educación primaria, lo que representa 10 puntos porcentuales menos que sus homólogos masculinos. Son las mujeres indígenas y rurales las que tienen el más bajo porcentaje de educación primaria terminada. Un caso similar ocurre con la educación media y superior.

La disparidad en la educación entre adultos y adultas mayores se evidencia mejor cuando se comparan los años promedio de escolaridad (gráfica XII.8). Los hombres tienen más años de escolaridad que las mujeres, sin impor-

tar si habitan el área urbana o rural, o si se es indígena o no indígena.

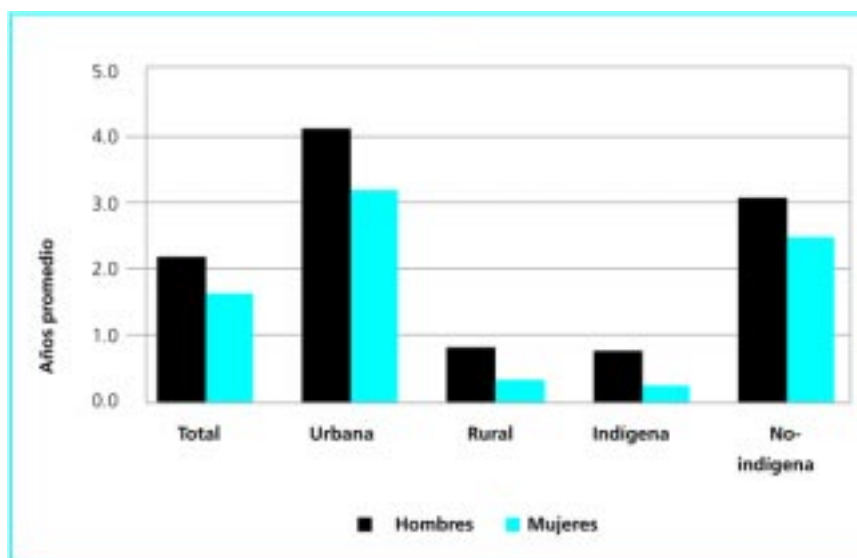
E. Situación de salud

La salud es uno de los aspectos donde existen las más pronunciadas diferencias en el nivel de desarrollo humano entre los géneros, como resultado de las diferencias biológicas y las desigualdades sociales y de género, así como por la manera en que mujeres y hombres hacen la transición y se adaptan a esta etapa de la vida.¹⁰ La diferencia más obvia es que las mujeres tienen un período reproductivo mucho más corto que los hombres, cuyo fin está marcado por la menopausia.¹¹ El período después de la menopausia se caracteriza, entre otras cosas, por un incremento del riesgo de las mujeres de presentar enfermedad cardiovascular y osteoporosis y, aunque las adultas mayores guatemaltecas viven casi 6 años más que los

Gráfica XII.8

Escolaridad* de adultos y adultas mayores, según área geográfica y grupo étnico, 2000

(En años promedio)



(*) Escolaridad formal a partir de primaria.

Fuente: ENCOVI 2000.

¹⁰ Donnerstein, 1997.

¹¹ Se denomina así al período cuando cesa la actividad reproductiva de la mujer.



Recuadro XII.2 La adulta mayor indígena

Es un tanto difícil caracterizar el aporte de las mujeres adultas mayores indígenas a su familia y comunidad y adentrarse en el significado de envejecer para estas mujeres, pues la transición entre edades más tempranas y la edad adulta mayor no es muy precisa. En el plano económico, la mujer adulta mayor indígena tiene una considerable y relevante participación. En efecto, aunque no reciba ingresos salariales, ni pensión de retiro o prestaciones sociales como algunas mujeres mayores urbanas; ni apoyo sindical como las obreras y empleadas del sector público, cumple con una serie de actividades productivas que abarcan desde labores agropecuarias hasta gestiones de tipo comercial, incluso actividades artesanales que involucran tanto su tiempo como su permanencia, destreza, sensibilidad e imaginación. En cada momento del ciclo vital de la mujer indígena, desde su niñez, durante las épocas de gestión y lactancia, cargando sus hijos menores y luego adulta mayor, ininterrumpidamente, participa en la construcción de la economía familiar y comunitaria.

Indudablemente, el papel primordial de la mujer indígena es el de reproducir el núcleo familiar, y las familias indígenas se han caracterizado por su gran tamaño y cohesión. Así, durante la mitad de su vida la mujer indígena distribuye su tiempo entre las actividades productivas y domésticas, los embarazos y la educación de los pequeños. El rol fundamental de la madre en esas sociedades consiste, además, en preservar y reproducir la tradición. Este último elemento es fundamentalmente asumido por las adultas mayores y se constituyen en la clave de la protección y conservación del pasado. La adulta mayor es también uno de los principales actores de la lucha por el porvenir: representa la seguridad presente, el eslabón de continuidad que permite el funcionamiento integral de la colectividad y es responsable del mantenimiento de la cohesión familiar y de la transmisión intergeneracional del conocimiento, la tradición y la armonía.

La adulta mayor indígena por ser mujer, campesina, y por ser marginada y distinta, así como olvidada y menospreciada, tiene un lugar poco envidiable en nuestra sociedad. Pero como guardián del pasado, pilar del presente y luchadora del porvenir, se ha ganado un lugar preponderante en la reproducción integral del mosaico nacional pluriétnico.

Marion, 1996.

hombres, los años de vida ganados no siempre son de calidad.

En lo que se refiere a los cuidados en la enfermedad, los hombres envejecidos tienen mayores posibilidades de ser cuidados por sus cónyuges, mientras que las mujeres mayores raramente tienen este privilegio. Además, las mujeres mayores que se encuentran solas, tienden a ser más pobres y, además del riesgo incrementado de enfermar, las presiones económicas afectan en gran medida su bienestar físico y mental, produciendo como resultado, mayor aislamiento, soledad y enfermedad.¹²

Aunque muchas de las enfermedades que sufren los hombres y las mujeres durante la vejez son comunes a ambos géneros, la manera en que éstas se viven y son atendidas por el sistema de salud, difieren notablemente. Los hombres tienden a padecer enfermedades agudas con períodos cortos de gravedad antes de la muerte, mientras que las mujeres tienden a presentar períodos prolongados de enfermedad, caracterizados por padecimientos que no amenazan la vida pero que deterioran grandemente su calidad.¹³ Además, al igual que el resto de la población, las mujeres adultas mayores enfrentan problemas de falta de cobertura y de servicios no apropiados a sus necesidades.

1. Las enfermedades en las adultas mayores

A pesar de que la vejez es el período de la vida cuando se espera el apareamiento de enfermedades crónicas degenerativas, al examinar las causas de consulta de las mujeres adultas mayores en los servicios que ofrece el Ministerio de Salud Pública, destacan las enfermedades infecciosas y carenciales, resultado de las condiciones de pobreza y la falta de desarrollo en que vive inmersa más de la mitad de la población y el 44% de mujeres adultas mayores. A ello se aúna la limitada cobertura de los servicios de salud y el hecho que los mismos no

¹² Donnerstein, 1997.

¹³ Donnerstein, 1997.



Cuadro XII.7
**Distribución de las causas de consulta de las personas adultas mayores
 según sexo en el Ministerio de Salud Pública, 2000**

(Cantidad de consultas y porcentajes del total)

Causas	Consultas			Porcentajes		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Resto de causas	72,523	99,986	172,509	42.0	58.0	100.0
Resfriado	75,523	6,977	82,500	91.5	8.5	100.0
Infecciones respiratorias agudas	10,188	16,175	26,363	38.6	61.4	100.0
Gastritis	6,892	13,536	20,428	33.7	66.3	100.0
Anemia	6,381	11,748	18,129	35.2	64.8	100.0
Amigdalitis	2,213	8,872	11,085	20.0	80.0	100.0
Infección urinaria	3,749	6,646	10,395	36.1	63.9	100.0
Parasitismo intestinal	3,548	6,504	10,052	35.3	64.7	100.0
Diarrea	3,622	5,606	9,228	39.3	60.7	100.0
Neumonía	3,277	4,427	7,704	42.5	57.5	100.0
Dermatosis	2,750	4,089	6,839	40.2	59.8	100.0
Artritis	2,472	3,591	6,063	40.8	59.2	100.0
Amebiasis	1,489	2,617	4,106	36.3	63.7	100.0
Desnutrición	753	1,293	2,046	36.8	63.2	100.0
Cefalea	426	817	1,243	34.3	65.7	100.0
Malaria	353	656	1,009	35.0	65.0	100.0
Traumatismo	477	432	909	52.5	47.5	100.0
Heridas	397	404	801	49.6	50.4	100.0
Bronquitis	251	419	670	37.5	62.5	100.0
Diabetes	109	144	253	43.1	56.9	100.0
Fracturas	115	119	234	49.1	50.9	100.0
Hipertensión Arterial	40	50	90	44.4	55.6	100.0
Total	197,548	195,058	392,606	50.3	49.7	100.0

Fuente: Ministerio de Salud Pública, SUI.

están preparados para atender las necesidades específicas de las mujeres, en particular, de las mujeres envejecidas. Esto explica como enfermedades degenerativas y crónicas como la artritis y la diabetes, aparecen en lugares intermedios en el listado de las principales causas de consulta. Cuando se examina la proporción de consultas por sexo, se establece que los hombres tienen una frecuencia de consulta li-

geramente mayor que las mujeres adultas mayores. Sin embargo, el incremento se da fundamentalmente en las consultas por «resfriados» y en los «traumatismos»; en el resto de causas predominan las consultas por mujeres.

En el Centro de Atención Médica Integral para Pensionados del IGSS (CAMIP), por ser un centro especializado en la atención ambulatoria de adultos mayores (los casos agudos general-



Cuadro XII.8
**Causas de consulta más frecuentes
en CAMIP durante 2001**

Número	Diagnóstico
1	Hipertensión arterial
2	Diabetes
3	Osteoartritis
4	Enfermedad péptica
5	Dislipidemia
6	Cardiopatía isquémica
7	Artritis
8	Ansiedad
9	Accidente
10	Enfermedad respiratoria superior
11	Lumbago

Fuente: informes estadísticos
de morbilidad, CAMIP.

mente van los hospitales) procedentes de un nivel socioeconómico mejor que los que acuden a los servicios del Ministerio de Salud, el cuadro de enfermedades que son motivo de consulta es bastante distinto. Aunque no está desagregado por sexo, el cuadro XII.8 permite apreciar la existencia de enfermedades crónicas y degenerativas en las personas adultas mayores.

Estas enfermedades aumentan el riesgo de discapacidad y muerte en la vejez. Es notoria la ausencia de cáncer de mama y osteoporosis que son dos diagnósticos frecuentes en mujeres mayores y problemas prostáticos en hombres. Por otro lado, las adultas mayores parecen tener una mayor necesidad de servicios que sus contrapartes masculinas. Esto se debe, en parte, a que su perfil de enfermedades demanda más por las circunstancias acotadas con anterioridad. Otra de las razones aducidas para este fenómeno es que en su papel asignado socialmente de cuidadoras se familiarizan más con la detección de síntomas y signos de enfermedad.

Otro factor es que, mientras los hombres pueden ver la enfermedad y la búsqueda de atención como una debilidad, las mujeres no tienen esta barrera.¹⁴ A pesar de que las mujeres mayores como a cualquier edad tienen mayor necesidad de servicios y los buscan con más frecuencia, uno de los elementos que más negativamente influye en esta búsqueda es el económico.

Se puede observar cómo las mujeres indígenas encuentran en los servicios públicos de salud la principal fuente de atención seguida por los servicios privados. En las mujeres adultas mayores no indígenas ocurre lo opuesto, pues son los servicios privados la principal fuente de servicios, seguida por los públicos. En el grupo de mujeres indígenas se observa una mayor tendencia a la automedicación y a la búsqueda de tratamientos alternativos con respecto a la adulta mayor no indígena (cuadro XII.9).

Durante el año 2000, le fueron otorgadas 331,198 consultas a personas mayores de 60 años en las áreas de salud (excluyendo hospitales) y de éstas el 67% fueron para mujeres. En el CAMIP IGSS, donde se atiende a una población mayoritariamente de adultos mayores, durante el año 2001 se produjeron 171,887 consultas en sus instalaciones y 34,593 por servicios contratados en forma externa, y de la totalidad el 75% se otorgaron a mujeres. Sin embargo, poco se sabe de la calidad de los servicios y la efectividad de éstos para resolver los problemas de salud que las obligan.

2. Sexualidad, salud reproductiva y las mujeres adultas mayores

Las fuentes de información disponibles en Guatemala para documentar la situación de las mujeres adultas mayores son muy limitadas, en particular, cuando se refiere a su vida sexual y reproductiva. Para las estadísticas en salud (y para muchas otras áreas), las mujeres dejan de

¹⁴ Gómez Gómez, 2001.



Cuadro XII.9
**Lugar de asistencia de la salud para
 personas mayores según grupo étnico y sexo**
 (Porcentajes)

Lugar de atención	Grupo étnico por sexo				Total
	Indígena hombre	Indígena mujer	No indígena hombre	No indígena mujer	
IGSS	2.7	0.1	11.6	5.9	5.7
Público	41.9	44.6	40.2	39.7	41.3
Privado	23.5	21.6	34.8	45	32.9
Automedicación	18.8	17.6	7.8	4	10.8
Curandero	2.8	4.2	0.2	0.7	1.7
Otros	10.3	12.0	5.4	4.7	7.6

Fuente: Estrada, 2000.

existir una vez finaliza su función reproductiva.¹⁵ Sin embargo, la salud y las circunstancias de las mujeres en su ancianidad son, en gran medida, el resultado acumulado de su salud sexual y reproductiva en etapas anteriores de la vida. En países en desarrollo, muchas mujeres mayores padecen crónicos problemas de salud a consecuencia de años de descuido, discriminación y vida ardua. Su salud refleja el insuficiente acceso a los servicios básicos, los alimentos y a la nutrición a lo largo de toda su vida, además de las dificultades en su etapa de procreación, entre ellas los alumbramientos demasiado precoces y demasiado próximos entre sí, la nutrición deficiente y la anemia, así como el trabajo físico pesado. La exposición durante toda la vida a la humareda en las cocinas, el agua contaminada y los plaguicidas también puede haber dañado su salud.

La calidad de atención que las mujeres reciben cuando son más jóvenes tiene una sustancial influencia sobre los problemas de salud reproductiva que padecen después de la meno-

pausia. El prolapso uterino, la incontinencia urinaria y los debilitantes resultados de vivir con fístulas entre la vejiga y la vagina son ejemplos de problemas de salud post menopáusicos que tienen su origen en haber recibido atención obstétrica deficiente, o de no haberla recibido, en etapas anteriores de la vida.

Tampoco se atienden las repercusiones que tiene la menopausia en su bienestar emocional. Muchas mujeres, por la preeminencia que se da a la maternidad en la definición de su papel de género, cuando arriban a la menopausia, experimentan un profundo vacío emocional y pérdida del sentido de la vida que se expresa en situaciones de ansiedad y depresión, pues han perdido la función que definía en gran medida su identidad de mujeres. Los servicios de salud rara vez ofrecen una atención integral a estos problemas.

Por otro lado, se da poca prioridad a las otras necesidades que en materia de salud sexual tienen las mujeres en esta etapa de su vida. Los tabúes existentes en la sociedad en

¹⁵ La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) constituye la principal fuente de información sobre el estado de salud de las mujeres guatemaltecas. Sin embargo, como su nom-

bre bien lo indica, se enfoca únicamente en el período reproductivo de la vida. Antes y después de esta etapa, las mujeres no existen, no son objeto de interés en el campo de la salud.



relación con la sexualidad, que impiden entender ésta como un acto placentero, necesario e independiente de la procreación, promueven que las mujeres, conforme más avanzan en edad, repriman sus necesidades y preocupaciones sobre este tema. De esta manera, anulan una dimensión básica de la experiencia humana, muchas veces durante décadas, ya que su expectativa de vida es mayor. Se desconocen los efectos que tiene esta situación en su calidad de vida y en su bienestar emocional. Por otro lado, con la menopausia ocurren cambios en la capacidad de lubricación de la mucosa vaginal que pueden convertir el acto sexual en un proceso doloroso. Los riesgos de enfermedades de transmisión sexual siguen latentes mientras sigan sexualmente activas. Emergen nuevas prioridades de salud como los cánceres ginecológicos.

Además, al dejar atrás la etapa de procreación, se produce un importante cambio en la

condición social de la mujer. En la mayoría de las sociedades tradicionales, las mujeres ejercen más poder en el hogar como suegras y abuelas que el que tenían cuando eran más jóvenes. En su carácter de mujeres mayores, tienen autoridad para perpetuar normas culturales dañinas, como el matrimonio precoz y la preferencia por el hijo varón, o de promover nuevas normas que propicien la igualdad de género y la potenciación del papel de la mujer.

3. Mortalidad

Es conocida la mayor extensión de la vida de las mujeres aunque, como se observó en el apartado anterior, esos años ganados no son del todo saludables y se observa una mayor fre-

Recuadro XII.3 La menopausia

La menopausia es el proceso de disminución progresiva de la capacidad reproductiva que ocurre entre los 48 y los 52 años. Es cuando «se pudrió la matriz, la madre». Es un cambio en la vida y en las valoraciones de lo que es ser mujer al que se enfrentan muchas mujeres sin haber sabido nunca de su existencia. No recibieron información al respecto y las hace sentir temor y dudas. Se vive como una situación negativa por parte de muchas mujeres pues su valor social se acaba porque termina su capacidad reproductiva, lo que conlleva actitudes de rechazo y enajenación de su propio cuerpo y se vive con angustia porque significa ya no servir para nada más. Por el contrario, se señala también la madurez y ancianidad como un momento en que las mujeres entran en un período de creciente independencia y legitimidad dentro de la comunidad porque ya han cumplido su papel de reproductoras y madres.

Fuente: Camus, 2000.

Cuadro XII.10
Mortalidad en mujeres mayores de 60 años, primeras 10 causas y otras seleccionadas para el año 2000

Causa	Total	Mujeres	% mujeres
Accidente			
cerebro vascular	2,643	1,349	51.0
Neumonía	8,373	3,999	47.8
Infarto agudo			
al miocardio	3,447	1,647	47.8
Desnutrición	2,150	1,110	51.6
Insuficiencia			
cardiaca			
congestiva	2,045	1,052	51.4
Diabetes mellitus	1,030	610	59.2
Cáncer cérvix	226	226	100.0
Hipertensión			
arterial	366	182	49.7
TB pulmonar	225	94	41.8
Cáncer mama	70	70	100.0
Cólera	14	8	57.1
Tétanos	9	7	77.8
Sida	1	1	100.0

Fuente: Ministerio de Salud, SUI, 2000.



cuencia de enfermedad en las mujeres adultas mayores. Este hecho no necesariamente culmina en mayor mortalidad: de 22,500 muertes reportadas por el Ministerio de Salud para el año 2000 en personas mayores de 60 años, solamente el 49% corresponden a mujeres.

La principal causa de mortalidad es el accidente cerebro vascular seguido por neumonía, luego infarto y desnutrición. El cáncer aparece en séptima posición y aún es posible encontrar casos de tétanos y sida. Nuevamente se evidencia que las causas relacionadas con enfermedades crónicas se entremezclan con problemas infecciosos y carenciales los cuales están relacionados con la pobreza. Es posible comparar el porcentaje de mujeres muertas por esas causas con el de hombres. En cuanto a enfermedades infecciosas y carenciales, mueren más mujeres de desnutrición, tétanos y cólera que hombres. En contraste, mueren más hombres de neumonía, infarto al miocardio, hipertensión arterial y tuberculosis pulmonar que mujeres. En enfermedades crónicas, se nota un marcado predominio femenino en las muertes por diabetes y mueren más de accidentes cerebro-vasculares e insuficiencia cardíaca que los hombres.

F. Discapacidad

Éste es un tema muy importante porque afecta profundamente el bienestar de las mujeres mayores. Es necesario clarificar que se le llama persona con discapacidad a aquella que por tener un impedimento físico, sensorial o conductual, enfrenta un complejo sistema social que le impone restricciones. Este concepto evidencia que la discapacidad es más un asunto social que físico. Una persona puede tener un impedimento y es la sociedad en su conjunto, la que construye condiciones favorables o no para esta persona.

En el caso de las adultas mayores, se enfrenta una casi absoluta falta de datos. El censo de 1994 reportó que el 4% de las personas

mayores de 60 años declaraban tener alguna discapacidad, pero estos datos no están desagregados por sexo. Según ENCOVI, del total de mujeres de esta edad calificadas como «inactivas», una cuarta parte declara que no trabaja o no busca trabajo por estar incapacitada. Este dato, por supuesto, no refleja necesariamente la discapacidad, lo reportado puede tener muchas acepciones. Sin embargo, da una idea de que un porcentaje importante de mujeres mayores pudieran tener algún impedimento no solo físico sino social.

Por otra parte, y partiendo del hecho que la discapacidad resulta de una respuesta social inapropiada a impedimentos de las personas, resulta conveniente tratar de imaginar ubicada en cualquier calle de una ciudad o el campo a una mujer mayor de 75 años quien probablemente tiene dificultades para desplazarse, ver bien y escuchar con normalidad. Muy probablemente tendrá dificultades y existe poca respuesta social para esta situación.

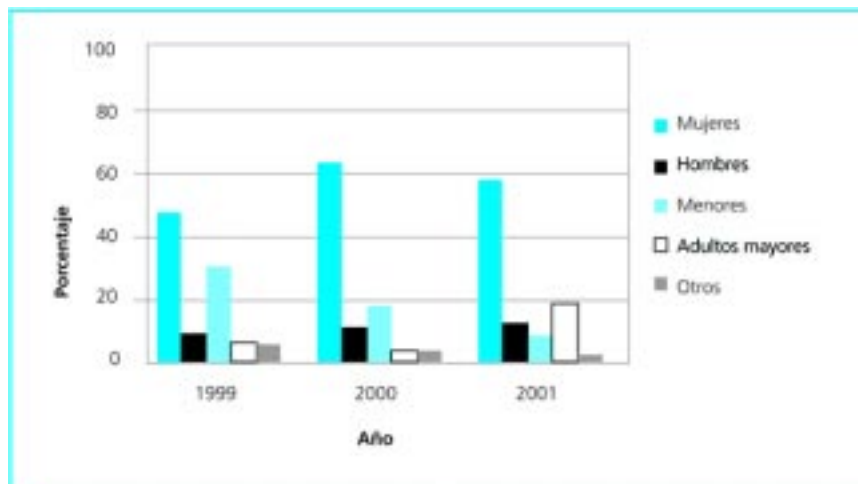
G. La violencia contra las mujeres adultas mayores

La violencia doméstica es parte de la vida de muchas mujeres mayores y esta violencia no sólo es física y sexual sino también emocional y económica. La violencia doméstica puede ser parte de un continuo que inició en edades tempranas pues muchas mujeres víctimas han estado con la misma pareja que las maltrata por muchos años. Es importante resaltar que dadas las condiciones especiales de vulnerabilidad de las mujeres mayores, sus victimarios no siempre (o no sólo) son los cónyuges. En las familias de mujeres mayores es posible observar, en el papel de victimarios, a hijos, hijas, nueras, yernos, nietos, nietas y familiares o amigos que habitan el hogar. Las estadísticas nacionales no registran de manera sistemática ni desagregada las cifras de violencia contra las personas adultas mayores, por lo que es difícil establecer la magnitud del problema. Sin embargo, las cifras



Gráfica XII.9

Denuncias atendidas por el Programa de Prevención de la Violencia Intrafamiliar según grupo de población, 1999-2001



Fuente: Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente. Programa de Prevención y Erradicación de la Violencia Intrafamiliar (PROPEVI).

Recuadro XII.4

La violencia política y el cuerpo de las mujeres

Existen testimonios que muestran como las mujeres fueron víctimas de todas las formas de violación de los derechos humanos durante el enfrentamiento armado. Además, sufrieron formas específicas de violencia de género. En el caso particular de las mujeres indígenas, se sumó a la violencia armada, la violencia de género y la discriminación étnica. La violación sexual fue una práctica generalizada y sistemática. Las víctimas directas fueron principalmente mujeres y niñas, pero también fueron ultrajadas muchas adultas mayores. No obstante las dificultades para la presentación de testimonios sobre las violaciones de derechos contra las mujeres, la Comisión para el Esclarecimiento Histórico (CEH) registra al menos, 9,411 mujeres víctimas. De estos casos, el 33% de violaciones de derechos se refiere a ejecuciones arbitrarias, ya sea individuales o en masacres, 19% corresponde a torturas, 18% a privación de libertad, 14% a violación sexual, 6% a desaparición forzada, 0.4% a muertes por desplazamiento y otro 6% a otras violaciones.

Existe un importante subregistro en el caso de las cifras de violación sexual, pues la CEH solamente logró documentar 1,465 hechos de violación sexual. El 88.7% de las víctimas fueron indígenas, 10.3% fueron ladinas y 1% pertenecían a otros grupos. Los grupos étnicos más afectados fueron: k'iche', q'anjob'al, mam, q'eqchi', ixil, chuj y kaqchikel. Con relación a la edad, dos tercios (62%) fueron mujeres entre 18 y 60 años, poco más de un tercio (35%) fueron niñas entre 0 y 17 años y el 3% ancianas. Las adultas mayores más afectadas por la violencia política durante el conflicto armado fueron las indígenas.

Fuente: CEH (1999), capítulo II, volumen 3, violencia sexual contra las mujeres.



de denuncia de violencia doméstica que están disponibles, dejan entrever a las mujeres y las personas adultas mayores como importantes víctimas de la violencia que registra el sistema (gráfica XII.9).

Según datos de la Procuraduría de los Derechos Humanos, durante el año 2001 se recibieron 153 denuncias de maltrato que afectó a adultos mayores; de estas denuncias, 80% fueron de violencia hacia las mujeres y 20% correspondieron a maltrato psicológico.¹⁶ Otro 12% de los casos corresponde a maltrato físico.¹⁷ El 42% de las denuncias por maltrato a adultas mayores correspondió a maltrato económico.¹⁸ El 26% restante correspondió a abandono.¹⁹

Existen muchas razones por las que es difícil para las mujeres mayores dejar a los o las que las maltratan y entre éstas se mencionan:

- * Que no se identifiquen como maltratadas, especialmente porque hay un estereotipo de que la violencia se da entre parejas más jóvenes.
- * Que teman iniciar una intervención de tipo legal y perder «la seguridad» de donde viven y terminar abandonadas en un asilo.

- * Por miedo a perder la seguridad económica.
- * Por presiones familiares, muchas veces ejercidas por las hijas e hijos, quienes temen que al romperse la familia, las abuelas no puedan ejercer su papel de cuidadoras de nietos.

La violencia contra las adultas mayores también puede ejercerse desde las instituciones, al permanecer éstas indiferentes frente a las necesidades especiales de este grupo; también son variantes de la misma, la desprotección económica y social que se ejerce desde el estado, la sociedad civil, el sector privado y la misma familia. Existen también otras formas de violencia que no son contabilizadas como tal por las estadísticas nacionales sobre violencia: abuso sexual, maltrato conyugal, abuso de medicamentos, violación de los derechos y la violencia política (recuadro XII.4). Todas ellas ponen en relieve el alto grado de vulnerabilidad al que son expuestas las mujeres adultas mayores en el país y la urgencia de visibilizar su presencia y necesidades en la legislación y las políticas nacionales.

¹⁶ El maltrato psicológico se tipifica como: «Despojo de la identidad y dignidad como ser humano; acción de infligir pena, dolor o angustia a través de agresiones verbales o no verbales (atemorizar, intimidar, humillar, amenazar, degradar, aislar, o cualquier agresión verbal de descalificación y desvalorización). Incluye palabras que hieren, que disminuyen la dignidad y autoestima. También se caracteriza por la falta de respeto a su intimidad y sus pertenencias, la negación de acceso a sus allegados, la falta de consideración a sus deseos.» Defensoría de la tercera edad y de personas con retos especiales, Procuraduría de los Derechos Humanos, Guatemala.

¹⁷ El maltrato físico se entiende como «todo acto único o prolongado en donde se produce castigo corporal o uso de la fuerza física que produce dolor, lesión o heridas o discapacidad, golpes, puñetazos, atacar con un objeto, provocar quemaduras, encierro, abuso o agresiones sexuales, sujetarlo a un objeto privándolo de su locomoción y privación intencional de cuida-

dos o alimentos, y en situaciones muy extremas la muerte».

¹⁸ El maltrato económico incluye robo, uso fraudulento o inapropiado, mal uso o abuso del dinero, bienes o vivienda, ocultar bienes materiales, el uso ilegal o indebido, apropiación de la propiedad, modificación forzada o por engaño del testamento u otros documentos jurídicos así como la negación del derecho de acceso y control sobre sus fondos personales.

¹⁹ Se tipifica como «la falta de acción para atender las necesidades». Se puede manifestar de las siguientes maneras: al no proveer alimentos, ropa limpia, un lugar seguro y cómodo para vivir; buenas condiciones de atención médica e higiene personal; al privar a la persona de contactos sociales; al no proporcionar recursos auxiliares cuando se necesiten y al no impedir los daños físicos (deshidratación, malnutrición, cuidado personal e higiene inadecuada, vestimenta inapropiada, administración incorrecta de medicamentos, falta de cuidados médicos.

