

DEPRESION EN PERSONAS CON ANTECEDENTE DE EXILIO POLITICO

Estudio descriptivo de corte transversal en treinta personas con
antecedente de exilio político, realizado en la ciudad de Guatemala
durante agosto de 1996.

MAYARI GOMAR SAMAYOA

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, octubre de 1996.

INDICE

	Página
I. INTRODUCCION	2
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	3
III. JUSTIFICACION	5
IV. OBJETIVOS	6
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	7
VI. METODOLOGIA	31
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	36
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	44
IX. CONCLUSIONES	51
X. RECOMENDACIONES	52
XI. RESUMEN	53
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	54
XIII. ANEXO	56

I. INTRODUCCION

A la población guatemalteca le ha tocado vivir más de 30 años de conflicto armado, más de 30 años de continuo irrespeto a la vida humana. Años en los cuales se han agudizado las desigualdades sociales y económicas, se han perdido los valores, la identidad y la esperanza.

El conflicto armado ha dejado como saldo múltiples víctimas (100,000 ejecuciones extrajudiciales, 200,000 exilados y refugiados, 200,000 huérfanos y 60,000 viudas, según la CDHG), y daños materiales tanto a nivel individual como en la macroeconomía del país; el daño en la salud mental de la población es difícil de cuantificar, pero algunos psiquiatras catalogan a la sociedad guatemalteca como una sociedad enferma.

Con la presente investigación se pretendió estudiar a un sector de la población especialmente vulnerable, un grupo directamente afectado por el conflicto, los exilados políticos. Personas que tuvieron que salir del país para salvaguardar sus vidas.

El fenómeno de exilio tuvo un impacto dramático en todo nivel y orden de la vida social y política del país. A nivel individual causó inestabilidad laboral, problemas socioeconómicos, desintegración familiar, todo lo cual constituyó un factor suficientemente importante para crear en el individuo problemas emocionales que incluyen sintomatología depresiva.

La depresión es un problema muy frecuente en nuestro medio y todo parece indicar que va en aumento, dentro de su etiología es difícil determinar una causa directa, ya que son muchos los factores que interactúan entre sí, en el presente estudio se diagnosticó su presencia por medio del test de Beck, en personas guatemaltecas con antecedente de haber salido exiladas del país, y comparando los resultados con un grupo control se encontró una mayor prevalencia en el grupo de estudio con una relación de 2:1.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

El término exilio significa abandono voluntario o forzoso del país al que se pertenece, y puede deberse a múltiples causas. En nuestro siglo, a nivel mundial, los cambios frecuentes de gobiernos y el surgimiento de regímenes autoritarios han multiplicado los exilios por razones políticas o ideológicas (5,14).

En Guatemala, a consecuencia de la violencia e intolerancia política que ha prevalecido a lo largo de su historia, hay una larga tradición de exilio (5).

Este fenómeno alcanza proporciones cuantitativas y cualitativas de gran embergadura (5). Según la Comisión de Derechos Humanos de Guatemala, la cifra de exilados y refugiados alcanza 200 mil (18), mientras algunos investigadores independientes consideran que en México la cifra de guatemaltecos exilados no baja de 300 mil (5).

El impacto es dramático en todo nivel y orden de la vida social y política del país. La ausencia de un contingente significativo de mano de obra en el campo, de una gran parte del sector intelectual, y casi toda la dirigencia sindical y campesina, ha incidido, de alguna manera, en el retraso económico, político y social de nuestro país (5).

Por otra parte tanto el exilio como el retorno, representan una experiencia que afecta a la situación vital de los individuos y sus familias. Las diferentes circunstancias y condiciones de estos hechos, pueden generar situaciones que sobrepasan los recursos psicológicos de las personas y grupos familiares para enfrentar los requerimientos sociales y emocionales de este proceso; por lo que pueden constituirse en un desencadenante de crisis emocionales, como la depresión (13,17).

La depresión constituye una de las entidades más importantes dentro del campo de la salud mental, ya que la pérdida del interés por la vida a la que conlleva su sintomatología, no sólo repercute en el ámbito psicológico sino también a nivel familiar, social y laboral (19). A lo anterior se le suma que su frecuencia es muy alta (puede presentarse en casi el 20% de la población supuestamente sana) y parece ir en aumento (4,19).

En su génesis, como en otras patologías, entran factores heredobiológicos, psíquicos y sociales (19). Ya que el hombre es una unidad biopsicosocial indisoluble, no se le puede restar importancia a ninguno de estos componentes.

Dentro del contexto social se deben considerar fenómenos como el exilio y retorno, hechos complejos que representan para el individuo una fuerte carga afectiva, llevándole en muchos casos a estados depresivos. A su vez la depresión repercute en todo ámbito de la persona, generándole mayores limitaciones en su vida.

III. JUSTIFICACION

Existe una relación entre el grado de desarrollo socioeconómico, las libertades civiles y políticas y las condiciones de salud de un país. Guatemala, como toda América Latina, es un ejemplo real de ésta asociación. Sus grandes desigualdades sociales, la violación constante de los derechos humanos, la presencia de condiciones socioeconómicas adversas para grandes sectores de su población (80% de la población vive en pobreza y 60% en pobreza absoluta), unidas a una asistencia sanitaria deficiente (50% de la población no tiene acceso a servicios de salud), han repercutido directamente sobre el deterioro de la salud física y mental de las personas (1,7).

A la sociedad guatemalteca le ha tocado cargar toda una herencia de violencia e intolerancia política, generada desde la conquista y persistente a lo largo de su historia, que consecuentemente ha dado origen, entre otras cosas, a una guerra interna de más de treinta años de duración (5). Esta guerra ha dejado como saldo múltiples víctimas (100,000 ejecuciones extrajudiciales, 200,000 exilados y refugiados en países vecinos, 200,000 huérfanos y 60,000 viudas, según un informe de la Comisión de Derechos Humanos de Guatemala), y una huella en la psiquis de todo guatemalteco (18).

Independientemente que el conflicto armado termine por los acuerdos de paz alcanzados, las consecuencias que éste ha tenido sobre la salud mental de la población permanecerán vivas por mucho tiempo, mas aún si no se dan los cambios estructurales que originaron el conflicto.

Es importante reconocer que la guerra ha sido solamente un síntoma mas del malestar social que aún persiste, y se manifiesta actualmente en los altos índices de violencia, homicidios, secuestros, robos, etc.

Por todo esto es necesario realizar estudios que ayuden a determinar el estado de salud mental del guatemalteco, porque sólo conociendo la realidad y la magnitud del problema, éste será susceptible a ser modificado.

Tomando en cuenta que las personas con antecedente de exilio político, representan a un sector directamente afectado por la historia y realidad política del país, se considera que el estudio de este grupo puede simbolizar de alguna forma la relación entre la situación política y la salud mental de la población.

IV. OBJETIVOS

- Establecer si existe diferencia en la frecuencia de depresión entre personas con antecedente de exilio político y un grupo testigo.
- Establecer el grado de depresión (leve, moderada o severa) en personas con antecedente de exilio político.
- Determinar el sexo y grupo étnico más afectado por estado de depresión en personas con antecedente de exilio político.
- Determinar si existe relación entre tiempo promedio de exilio y depresión.
- Determinar si existe relación entre tiempo de retorno y depresión.
- Identificar la relación entre profesión y grado académico con depresión, en personas con antecedente de exilio político.
- Establecer si existe relación entre la procedencia de las personas con antecedente de exilio político y depresión.
- Identificar la relación entre integración familiar y relaciones conyugales de las personas con antecedente de exilio político, y depresión.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

DEPRESION

A. DEFINICION

La depresión en el campo psiquiátrico, se encuentra dentro de los trastornos afectivos y consiste esencialmente en la baja general y primaria de la afectividad (15).

Esta alteración de la afectividad se manifiesta con una florida sintomatología que incluye: tristeza, desgano, ansiedad, retraimiento, hipoactividad, distraibilidad, auto-observación y alteraciones somáticas diversas (6,12,15,16,19,20).

Constituye una categoría psicopatológica que puede adoptar la forma de síntoma (la vivencia anómala de sentirse deprimido), de síndrome (un estado accesible al diagnóstico clínico) y de enfermedad (una entidad nosológica definida por su etiopatogenia y curso propios) (19).

Es importante diferenciar el término depresión con la tristeza, la aflicción y la melancolía, términos que usualmente se utilizan indistintamente.

La tristeza es un estado de ánimo que se experimenta de ordinario ante situaciones adversas de la vida cotidiana, de corta duración, no altera la conducta por lo que no se considera patológica (19).

La aflicción a diferencia de la depresión, no es un trastorno primario de la afectividad, es el resultado de un trauma emocional suficientemente significativo. Se le califica como mórbido, al contrario de la tristeza, ya que el impacto en el individuo es tal, que éste pierde la capacidad de razonar, y se empeña en negar la realidad (15).

La melancolía al igual que la depresión, puede definirse como la baja general y primaria de la afectividad; sus manifestaciones son similares, la diferencia radica en los sentimientos de culpa patológicos que prevalecen en la melancolía. De éstos sentimientos de culpa irracionales surgen ideas delirantes, que dominan la vida psíquica del individuo. Por lo que la melancolía se encuentra dentro de las psicosis afectivas (15).

La depresión constituye la mayor fuente humana de infortunio y sufrimiento, su sintomatología repercute a nivel psicológico, familiar, social y laboral. Además, su frecuencia es muy alta más del 4% de la población mundial padecen algún tipo de depresión, por lo que representa hoy en día el gran tema de la Psiquiatría Clínica (19).

B. EPIDEMIOLOGIA

Como se mencionó anteriormente, el 4% de la población general sufre de algún trastorno depresivo que requiere tratamiento, según la OMS (19).

Por otra parte, estudios efectuados en EE.UU. e Inglaterra, mediante cuestionarios autoadministrados (Zung, Beck) revelan que la prevalencia de los síntomas depresivos oscila entre el 13 y el 20% de la población (19); estadísticas similares (10 - 20 %) se encuentran en la población estadounidense que asiste a las unidades de Atención Primaria (10). Otros estudios realizados en otros países hacen sospechar que un tercio de la población que concurre a un hospital general sufre de trastornos depresivos diversos (16).

Es importante tomar en cuenta que, el síndrome depresivo es nosológicamente inespecífico, ya que puede indicar una gran variedad de afecciones distintas, por lo que el médico general puede diferir su diagnóstico a menudo (11). Si se sumaran los casos no diagnosticados, con las personas afectadas que no consultan a un médico, se podría observar que el número real de casos está muy por arriba de las estadísticas conocidas. Según ciertos autores los diagnósticos corresponden solamente al 25 - 50% del total de casos que hay en realidad (4).

En Guatemala, se considera que cerca de 240 a 400 mil personas se encuentran aquejadas de cuadros depresivos, según la Asociación Psiquiátrica de Guatemala (16).

Factores de Riesgo:

Todas las investigaciones epidemiológicas revelan que la depresión es más frecuente en la mujer que en el hombre, y la mayoría de autores coincide en una relación de 2:1 (4,6,12,16,20). Entre las razones destacan: la mayor sensibilidad de la mujer, la fisiología endocrina (periodos menstruales, partos), y las desventajas del papel femenino en nuestra sociedad (19).

Con respecto a las edades afectadas más frecuentemente, hay discrepancia entre los diferentes autores, pero la mayoría coincide que en la mujer hay un apareamiento a edad más temprana, alrededor de la tercera década y en los hombres una década después (4,6,12,19,20).

Los antecedentes familiares son de importancia, ya que el riesgo de enfermar entre los parientes de primer grado de los pacientes con trastornos afectivos es muy superior a la morbilidad encontrada en la población general (4,12,19). Para los padres se encuentra un riesgo del 12%, 21% para los hermanos, y 24% para los hijos (19).

Características de la personalidad, como la introversión, la inseguridad, mayor sensibilidad, tendencia a la preocupación y poca resistencia al stress, están más relacionadas con el desarrollo de depresión (4). Las dificultades para adaptarse a cambios en el ambiente o las amenazas a la seguridad social, económica o física, pueden actuar como factores precipitantes de un ataque depresivo (11,12).

Respecto al estado civil, los divorciados y separados aparecen representados en primer término. Razón para ello se encuentra en que, la ausencia de un confidente íntimo (novia, marido, etc) y los conflictos de pareja, son importantes factores predisponentes de depresión (4,19).

La clase social es un punto controversial, en EE.UU. ciertos autores señalan que el fenómeno es más frecuente en personas de clase social alta y profesionales (4,12). Literatura latinoamericana indica, una mayor frecuencia en las clases bajas que en altas (19). Y por último, en Guatemala, estudios nacionales sugieren como causa principal del desorden emocional los problemas socioeconómicos (4,6,16).

C. ETIOLOGIA

c.1 Genética:

El peso genético sobre los trastornos afectivos se ve favorecido por varios argumentos, entre los cuales se pueden mencionar:

- La diferencia entre el grado de concordancia de gemelos univitelinos y gemelos bivitelinos es altamente significativa: 33-76% vs. 9-23%. El grado de concordancia en los gemelos univitelinos que viven en hogares distintos desde su nacimiento se mantiene alto, 67% (10,19).

- La mayor morbilidad encontrada en los parientes de primer grado de los pacientes con trastornos afectivos, (12% para los padres, 21% para los hermanos, 24% para los hijos) (19).

Nuevos estudios genéticos han descubierto la transmisión hereditaria de la depresión, por un gen del brazo corto del cromosoma 6 en la zona HLA. Así mismo la frecuente asociación de daltonismo y depresión parece confirmar la existencia de un gen dominante ligado al cromosoma X (4,10,19).

c.2 Trasfondo biológico:

Las teorías fisiopatológicas de los trastornos afectivos se desarrollan a lo largo de tres líneas principales de investigación: estudios endocrinos, neurotransmisores y estudios electrofisiológicos. (20)

Entre los hallazgos endocrinos más importantes se pueden mencionar:

- La frecuente elevación de las concentraciones de los esteroides corticales en la sangre y orina de los pacientes deprimidos; y la falta de supresión de la secreción de cortisol después de la administración de dexametasona, en el 50% de pacientes deprimidos.

- La disminución de la respuesta de la TSH (hormona estimulante de la tiroides) a la estimulación con TRH (hormona liberadora de tirotropina).

- La disminución de los niveles plasmáticos de LH (hormona luteinizante) en pacientes posmenopáusicas deprimidas. Reacciones disminuidas de la hormona del crecimiento, prolactina, hormonas gonadales y melatonina. (10,19,20)

Estos hallazgos, aunque no son específicos para algún tipo de enfermedad depresiva o consistentes en todas las enfermedades depresivas, sugieren una disfunción hipotálamo-hipofisiaria en todos los trastornos afectivos (20).

Los estudios de neurotransmisores en la depresión, surgieron y se fundamentan principalmente en hallazgos farmacológicos. Medicamentos efectivos en el tratamiento de la depresión, como los tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa, aumentan la disponibilidad de catecolaminas e indolaminas en el sistema nervioso central. Medicamentos como reserpina y fenotiazina disminuyen las cantidades de estos neurotransmisores, y su uso conlleva a un aumento o el inicio de sintomatología depresiva (12,19,20).

Existen varios sistemas de neurotransmisores que se involucran en la etiopatogenia de los trastornos afectivos, los principales son: las catecolaminas, la serotonina y la acetilcolina (10,19,20).

Con respecto a las catecolaminas, una teoría postula que cierta cantidad de las mismas o un cierto nivel de sensibilidad de sus receptores genera un estado de ánimo normal. Por lo tanto, la insensibilidad de los receptores, disminución total de las aminos, o descenso en su síntesis o almacenamiento causa la depresión (20).

El sistema acetilcolínico se ha implicado, más recientemente, en los trastornos afectivos; se postula que un equilibrio entre la función adrenérgica y la colinérgica es necesaria para la estabilidad en el estado de ánimo. La depresión puede estar dada por una hiperactividad acetilcolinérgica, con la noradrenérgica concomitantemente disminuida (10,19,20).

Con relación a la serotonina, diversos informes indican disminución de sus metabolitos en los pacientes deprimidos, en los cuales no se encontró evidencia de alteraciones noradrenérgicas. Este hallazgo sugiere que un subgrupo de pacientes deprimidos tienen un recambio disminuido de serotonina. (19).

Ninguna teoría, sin embargo es del todo satisfactoria. Se ha descubierto que ciertos fármacos antidepresivos no afectan estos sistemas neurotransmisores (19). Actualmente se está estudiando de manera intensiva el papel de los sistemas receptores postsinápticos (10).

Los estudios electrofisiológicos de las enfermedades afectivas se concentran en las disfunciones del sueño REM durante episodios de la enfermedad. Los marcadores polisomnográficos permiten diferenciar las distintas clases de depresión hasta con un 81% de certeza (19,20). Son los marcadores biológicos más elocuentes para la depresión mayor, pero éstas disfunciones del sueño REM pueden estar también presentes en problemas de anorexia nerviosa, trastornos obsesivo-compulsivos, apnea del sueño y narcolepsia (10).

Es importante señalar que, falta aún mucho por conocer en cuanto a la fisiopatología de los trastornos afectivos. Y es fundamental comprender que el trasfondo heredobiológico es necesario, más no suficiente, para explicar y comprender la génesis de éstos trastornos (19).

El hombre es una unidad biopsicosocial indisoluble, por lo que al trastorno heredobiológico hay que agregar lo psicosocial (19).

c.3 Factores psicosociales:

i. La personalidad:

Como ya se mencionó anteriormente, ciertas características de la personalidad se relacionan más con el desarrollo de trastornos depresivos. Los deprimidos suelen tener una personalidad obsesiva, son escrupulosos, rígidos, formales y tienden a ser exigentes consigo mismo y con los demás (12,19).

Se presume que estos rasgos de la personalidad tienen algo que ver con manifestaciones habituales de una predisposición constitucional a pérdidas episódicas del equilibrio, que conlleva a cambios en la actividad general, el humor, la autoestima y, parcialmente, el sueño y otras funciones del sistema nervioso autónomo (19).

ii. Psicodinamias:

Freud, en su teoría psicoanalítica, desarrolló un modelo para comprender la génesis de la melancolía que puede extenderse al resto de las depresiones.

Para Freud, la melancolía parte de tres premisas: la pérdida de objeto, la ambivalencia y la regresión de la libido al yo. La melancolía, como el duelo, constituye una reacción a la pérdida de un objeto amado. Pero, a diferencia del duelo, en la melancolía el objeto es mal querido, ya que hay una ambivalencia de sentimientos de amor y odio hacia ese objeto. Por estos sentimientos conflictivos, la libido, al perder el objeto, se retrae sobre el yo, estableciéndose una identificación del yo con el objeto abandonado. "De este modo, se transforma la pérdida del objeto en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una discordia entre la crítica del yo y el yo modificado por la identificación" (Freud, 1917). Hay un empobrecimiento del yo, y con esto una pobre autoestima. Los autorreproches del deprimido son, en realidad, acusaciones dirigidas a otras personas que han sido vueltas contra el propio yo por obra de la ambivalencia y de la regresión al narcisismo primitivo (9,19).

iii. Acontecimientos vitales:

Los trastornos afectivos aparecen, a menudo, tras situaciones de cambio o de estrés. La desaparición de un ser amado es el acontecimiento humano de más peso en la génesis de los desórdenes afectivos, por el dolor moral que provoca. En la historia de los deprimidos adultos se registra con alta frecuencia la pérdida de uno o de ambos padres antes de los 15 años. Este, y otros hechos, hacen pensar que los factores traumatizantes que operan en la infancia de algún modo inciden en la formación de una personalidad proclive a trastornos afectivos.

Las situaciones de estrés como, los desastres naturales, la guerra, permanencia en un campo de concentración, el exilio, son importantes factores precipitantes. La incapacidad del sujeto para adaptarse a las nuevas condiciones del medio ambiente, resulta en cuadros depresivos, que pueden no evidenciarse de inmediato (19).

D. MANIFESTACIONES CLINICAS

La tristeza patológica es el síntoma cardinal, cuasipatognomónico. Es una tristeza honda, vital, que le da una visión opaca y pesimista del mundo. Se pierde el sabor de la vida, se siente incapaz de amar y preocuparse por penas ajenas. Es tan grande el dolor moral que puede llevar al suicidio (el 15% de los deprimidos graves terminan suicidándose) (4,6,10, 12, 15,19).

El desgano inunda todos los intereses cotidianos, el deprimido no tiene ganas de nada, ni de vivir. Nada le procura placer, sufre una especie de entumecimiento emocional (6,12,15,19).

La ansiedad acompaña habitualmente a la depresión, se experimenta como una sensación de extrañeza que desubica al individuo en el tiempo y en el círculo de sus valores vitales. Existe una estrecha asociación entre la sintomatología angustiosa y la sintomatología depresiva, para descartar el diagnóstico de un trastorno de angustia, se deben tomar en cuenta el conjunto de las manifestaciones depresivas que la diferencian de la angustia. (19)

Dentro de las alteraciones del pensamiento se incluyen la disminución de la capacidad para concentrarse, mala memoria, distraibilidad, retraimiento, indecisión, ideas de ruina y de culpa, obsesiones, preocupaciones hipocondríacas. En general el pensamiento es lento, poco vivaz, dominan los autorreproches y la baja autoestima (6,12,15,19).

Los signos somáticos son muy variables, y son frecuentemente los que impulsan al paciente a consultar al médico. Por lo común consisten en trastornos de la regulación autonómica y prácticamente puede verse alterado cualquier sistema, entre las principales manifestaciones se tienen las siguientes:

Molestias gastrointestinales: alteraciones del apetito, dispepsia, estreñimiento y/o diarrea.

Alteraciones cardiovasculares: taquicardias, pseudoangina, mareos y disnea.

Alteraciones sexuales: trastornos menstruales (dismenorrea, oligomenorrea, amenorrea, etc), disminución de la libido y potencia sexual.

Dolores músculo-esqueléticos erráticos.

Pérdida o ganancia de peso.

Persistente sensación de fatiga o cansancio.

Dis-somnias: usualmente hay insomnio, dificultad para conciliar el sueño y un despertar temprano.

La fascies y postura característica consiste en: hipomimia, caída de las comisuras labiales, ceño fruncido, y postura encorvada. (6,11,16,19)

Son peculiares las alteraciones de los ritmos biológicos, especialmente en las depresiones endógenas, donde sobre todo, predomina el ritmo circadiano. El enfermo se halla peor en horas de la madrugada, para ir mejorando en el curso del día, al anochecer hasta puede sentirse de buen humor y más activo. A esto hay que agregar el ritmo mensual en la mujer (las disforias premenstruales), el ritmo estacional (evidente por la mayor frecuencia de los suicidios en primavera y otoño), así como las influencias meteorológicas (19).

La intensidad de los síntomas anteriormente descritos varía de acuerdo al tipo de depresión. Son más característicos e intensos en las depresiones endógenas que en las reactivas. En las depresiones psicóticas se deben agregar las alucinaciones y delusiones (19).

Los trastornos afectivos son generalmente crónicos por naturaleza, con una marcada tendencia a las remisiones y exacerbaciones a lo largo de la vida del paciente. Las remisiones pueden durar semanas, meses o años (10).

E. CLASIFICACION

Los trastornos afectivos han tenido una nosología muy variada y confusa. Las depresiones han sido clasificadas según la psicomotricidad preponderante (depresiones inhibidas vs. agitadas), su etiología (reactivas vs. endógenas), su patogenia (primarias vs. secundarias), su psicopatología (neuróticas vs. psicóticas), su forma clínica (unipolares vs. bipolares), etc (6,12,19).

A continuación se expone la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana, que conjuntamente con la de la Organización Mundial de la Salud, es la más utilizada en nuestro medio (6,19).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV), los trastornos afectivos se clasifican así:

- Trastornos Depresivos
- Trastornos Bipolares
- Trastornos afectivos debidos a una condición médica general
- Trastornos afectivos inducidos por una sustancia. (2)

Trastornos depresivos

- Trastorno Depresivo Mayor
Episodio Unico
Recurrente
- Trastorno Distímico
- Trastornos Depresivos No Especificados
por Otros.

Cada uno de estos trastornos llena una serie de criterios que hacen el diagnóstico (2).

Depresión Mayor

Puede presentarse a cualquier edad, pero más frecuentemente inicia a los 25 años. Afecta más a las mujeres, con una relación de 2:1. Los síntomas se pueden desarrollar en días, semanas, u ocasionalmente meses, siendo la duración media de un episodio no tratado de 10 a 12 meses. Es una enfermedad crónica con marcada tendencia a la recaída, y el 80% de los pacientes presentan más de un episodio. Como media los pacientes experimentan dos a tres episodios a lo largo de su vida, de 20 -35% de los pacientes siguen un curso crónico, con importante sintomatología e incapacidad entre los episodios (10).

Cuenta con los siguientes criterios:

A. Cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes durante un período de dos semanas, casi todos los días, y representan un cambio del funcionamiento previo. Los síntomas pueden ser informes subjetivos o manifestados por otras personas. Por lo menos uno de los síntomas es ánimo deprimido (1), o pérdida del interés (2).

1. Animo deprimido la mayor parte del día, indicado por el paciente como tristeza o vacío, o por observaciones de familiares.
2. Marcada disminución del interés o placer en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día.
3. Significada pérdida de peso sin dieta o ganancia de peso (cambios de más del 5% del peso corporal en un mes), o incremento o decremento del apetito.
4. Insomnio o hipersomnio.
5. Agitación o retardo psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimiento de falta de mérito o, inapropiados sentimientos de culpa.
8. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, indecisión.
9. Recurrentes pensamientos de muerte, con o sin ideación de suicidio. (2)

B. Los síntomas no llenan criterios para un Episodio Mixto.

C. Los síntomas causan clínicamente significativo distres o deterioro en el área social, ocupacional, o en otras importantes áreas de funcionamiento.

D. Los síntomas no son debidos a un efecto fisiológico directo de alguna sustancia o, una condición médica general.

E. Si después de la pérdida de un ser amado los síntomas persisten por más de dos meses o, están caracterizados por marcado deterioro funcional, preocupaciones mórbidas con sentimiento de falta de mérito, ideación suicida, síntomas psicóticos, o retardo psicomotor. (2)

La Depresión Mayor puede manifestarse como episodio único o episodio recurrente.

El Episodio Único debe llenar los siguientes criterios:

- A. Presencia de un único episodio de Depresión Mayor.
- B. El Episodio Depresivo Mayor no esta mejor descrito por un Trastorno Esquizoafectivo, y no esta superpuesto en Esquizofrenia, Trastorno Esquizofrénico, Trastorno Delirante, o Trastorno Psicótico No por Otros Especificado.
- C. No antecedente de Episodio Maniaco, Episodio Mixto, o un Episodio Hipomaniaco.

Para el Episodio Recurrente:

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores, con un intervalo de por lo menos dos meses seguidos.

El criterio B y C del Episodio Único. (2)

Trastorno Distímico

Este trastorno se caracteriza por la presentación a lo largo de muchos años de síntomas depresivos leves. Un número significativo de trastornos distímicos progresan a un episodio depresivo mayor en el plazo de un año. Un 20% ó más presentan una depresión doble (combinación de trastorno distímico y depresión mayor), la cual es una forma más maligna de depresión (10).

Se clasifica así, si llena los siguientes criterios:

- A. Animo deprimido la mayor parte del día, la mayoría de días, indicado por el sujeto o la observación de otros, por un mínimo de dos años.
- B. Presencia, mientras hay depresión, de dos o más de los siguientes síntomas:
 - 1. Apetito pobre o incrementado
 - 2. Insomnio o hipersomnio
 - 3. Baja energía o fatiga
 - 4. Baja autoestima
 - 5. Concentración pobre o dificultad para hacer decisiones
 - 6. Sentimiento de desesperanza.
- C. Durante el período de dos años de la perturbación, la persona no ha dejado de presentar la sintomatología de los criterios A y B por más de dos meses seguidos.
- D. Ningún Episodio de Depresión Mayor ha estado presente durante los dos años de la perturbación, y el trastorno no esta mejor descrito por un Trastorno Depresivo Mayor Crónico o Desorden Depresivo Mayor en remisión parcial.
- E. Nunca ha habido un Episodio Maniaco o Episodio Mixto, o un Episodio Hipomaniaco, y no cumple con criterios de Trastorno Ciclotímico.
- F. El trastorno no ocurre exclusivamente durante el curso de un Trastorno Psicótico Crónico, tal como Esquizofrenia o Trastorno Delirante.
- G. Los síntomas no están asociados a efectos fisiológicos directos de una sustancia o una condición médico general.
- H. Los síntomas causan clínicamente significativo distres o deterioro en el área social, ocupacional y otras importantes áreas. (2)

Trastornos Depresivos no Especificados por Otros

Incluye trastornos con rasgos depresivos que no llenan criterios para: Depresión Mayor, Trastorno Distímico, Trastorno Adaptativo con Depresión, o Trastorno Adaptativo Mixto con Ansiedad y Depresión. Ejemplos:

- Trastorno menstrual disfórico
- Trastorno depresivo menor
- Trastorno depresivo breve recurrente
- Trastorno depresivo postpsicosis de esquizofrenia.
- Episodio de Depresión Mayor, sobreimpuesto a Trastorno Delirante, Trastorno Psicótico No Especifico, o la fase activa de esquizofrenia.
- Situaciones en las cuales se diagnostica un trastorno depresivo, pero no es posible determinar si éste es primario, o secundario a una condición médica general, o inducido por alguna sustancia. (2)

Dentro de otras clasificaciones utilizadas frecuentemente, es importante tomar en cuenta las denominaciones siguientes:

Depresiones sintomáticas (o somatógenas):

Son las que aparecen asociadas a:

Una enfermedad, autoinmune, neurológica (accidente cerebrovascular, enfermedades desmielinizantes o degenerativas, traumatismos), enfermedades metabólicas, cardiovasculares, endocrinopatías y neoplasias específicas (páncreas, pulmón, riñón, cerebro, etc).

Fármacos: los que intervienen en el metabolismo de las monoaminas como los antihipertensivos (reserpina, alfa-metildopa, el propanolol y la guanetidina), las benzodiacepinas, los glucocorticoides, la cimetidina, la indometacina, la cicloserina, fármacos anticancerosos, la abstinencia de estimulantes del sistema nervioso central.

Otras enfermedades psiquiátricas, como la demencia, el retardo mental, el alcoholismo y las toxicomanías.

Estas depresiones se caracterizan por aparecer tras un factor desencadenante orgánico, a cualquier edad, sin antecedentes familiares de trastornos afectivos. De ordinario empeoran en el curso del día, se acompañan de otros síntomas somáticos y la depresión es relativamente moderada. El tratamiento debe orientarse al origen o enfermedad desencadenante (10,19).

Depresiones reactivas:

Son las que surgen a consecuencia de ciertos acontecimientos vitales: pérdida o separación de un ser amado, mudanza, desempleo, jubilación, desastres naturales, guerras, etc. Generalmente son de corta duración, pero a veces pueden prolongarse. Se tratan adecuadamente con psicoterapia (6,19).

Depresiones endógenas:

Son las depresiones primarias o nucleares, en las cuales no se reconoce, aparentemente, un origen ambiental. Surgen de una disposición heredobiológica. Se caracterizan por ser relativamente intensas, de duración menor de un año, comienzo recortado, antecedentes familiares, perturbaciones neurovegetativas, ritmo circadiano, y en casos graves pueden presentar alucinaciones y delusiones. Según su curso pueden ser unipolares, si las fases son exclusivamente depresivas, y bipolares, cuando alternan fases depresivas con otras maniacas. En su tratamiento se deben incluir, además de la psicoterapia, fármacos antidepresivos y/o neurolépticos, y en casos graves con riesgo de suicidio se puede recurrir al electrochoque (6,19).

Depresiones larvadas o enmascaradas:

Son aquellas que se manifiestan por síntomas somáticos. Los síntomas afectivos pasan a segundo plano, incluso pueden faltar. Las manifestaciones somáticas son muy diversas: cefaleas, algias de todo tipo, parestesias, vértigos, etc. Son depresiones atípicas que rara vez llegan al psiquiatra, su tratamiento debe ser farmacológico y psicológico (6,19).

Depresiones neuróticas y psicóticas:

Las depresiones se pueden clasificar en neuróticas y psicóticas de acuerdo a su psicopatología, y su diferencia radica principalmente en el grado de conciencia o inconciencia que prevalezca, la frontera que divide a ambas es la separación de la realidad que se establece en las psicosis. La depresión psicótica es, para ciertos autores, sinónimo de melancolía, y se caracteriza por una intensa postración y enlentecimiento, asociado a ideas delirantes y alucinaciones (9,15). Ambos tipos de depresión se acompañan de ansiedad y rasgos obsesivos, y a menudo se asocian a toxicomanías, alcoholismo y otros trastornos de conducta. Su tratamiento es principalmente psicoterapéutico (19).

F. DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la depresión se efectúa con bases clínicas, por lo que la entrevista es de importancia central. Hay pruebas de laboratorio que ayudan, como la de supresión de dexametasona (DST), prueba de estimulación tiroidea (TSH), y muchas mediciones de los trastornos del sueño tales como la latencia de la fase de movimientos oculares rápidos (REM), pero ninguna resulta de confiabilidad diagnóstica (6,10,19,20).

G. TRATAMIENTO

El tratamiento antidepresivo comprende:

1. Tratamiento farmacológico
2. Tratamiento psicoterapéutico
3. Electrochoque

El tipo de tratamiento dependerá de la gravedad y la patogenia de la depresión. Se debe tener en cuenta los puntos siguientes:

- Si hay amenaza de suicidio conviene internar al paciente.
- Las depresiones endógenas responden más a drogas antidepresivas y electrochoque.
- Las formas neuróticas y reactivas son más tributarias a psicoterapia. Pero ésta debe efectuarse en todo tipo de depresión.

Al decidir el uso de antidepresivos debe dársele un plan educacional completo al paciente, con respecto a sus efectos, reacciones colaterales, interacciones medicamentosas, dosis, y duración de tratamiento. Debe comenzarse por dosis pequeñas e incrementarse paulatinamente. (19)

G.1. Tratamiento farmacológico:

Los fármacos más ampliamente conocidos y utilizados son los antidepresivos tricíclicos, entre los cuales se incluyen principalmente a la imipramina, la clorimipramina y la amitriptilina. Con respecto a su uso se debe considerar, principalmente lo siguiente:

- La idiosincrasia del enfermo, ya que hay personas que no toleran la ingestión de uno u otro tricíclico. Por lo que conviene comenzar por pequeñas dosis (25 mg antes de acostarse).

- Aumentar la dosis progresivamente hasta alcanzar los 150 mg al final de la primera o segunda semana de tratamiento. Si al cabo de 14 días no hay mejoría manifiesta, se deben agregar cada 2/3 días 25 mg, hasta llegar a los 300 mg diarios. Si al terminar el mes, no se obtiene una respuesta satisfactoria, se debe reconsiderar el diagnóstico y/o agregar otro anti-depresivo del grupo de los IMAO, después de reducir o suspender el tricíclico.

- La mejoría suele hacerse ostensible en el curso de la tercera semana y alcanza su máximo entre la cuarta y la quinta. En caso de mejoría, la dosis terapéutica debe mantenerse por espacio de 4 o 5 semanas, para reducirla después gradualmente entre la sexta y duodécima semana. Y así durante 6 meses. La mayoría de los fracasos farmacológicos se deben a dosis insuficientes o no duraderas.

- Las contraindicaciones de los tricíclicos son principalmente: glaucoma, adenoma de la próstata, insuficiencia cardiocirculatoria manifiesta y disposición convulsiva.

- Sus efectos colaterales dependen principalmente de sus efectos anticolinérgicos y consisten en: sequedad de boca, diaforesis profusa en cabeza y cuello, hipotensión ortostática, disuria, constipación intestinal, impotencia y eyaculación tardía. Estos efectos molestan sobre todo al comienzo del tratamiento y desaparecen con la omisión del mismo. (6,8,10,19,20).

Los Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO) se emplean en aquellos casos en que los tricíclicos no han mejorado al enfermo después de dos meses a dosis adecuadas, se consideran de segunda opción por sus interacciones medicamentosas. Actúan a nivel de la enzima mitocondrial MAO. Con respecto a su uso se debe considerar lo siguiente:

- Los IMAO presentan interacciones farmacológicas peligrosas, que básicamente son: alimentos que contienen aminas presoras como la dopa (habas) o la tiramina (queso añejo), aminas simpaticomiméticas de medicamentos, fármacos depresores del SNC, y drogas antihipertensivas. (6,8,19,20).

- Son menos eficaces que los antidepresivos tricíclicos en las depresiones mayores o endógenas, pero pueden ser útiles en las depresiones atípicas, reactivas y neuróticas (19).

- No tienen los efectos colaterales de los tricíclicos, por lo que son mejor tolerados, y su toxicidad, guardando las debidas restricciones alimentarias, es generalmente mínima.

- El IMAO más usado es la tranilcipromina, en dosis de 10 a 40 mg por día, ingeridas por la mañana. No hay mayores inconvenientes en asociar un IMAO con un tricíclico (19).

Entre otros antidepresivos introducidos recientemente se encuentran: la amoxapina, la maprotilina la mianserina, la viloxacina, la trazodona y la fluoxetina. En general presentan ciertas ventajas frente a los tricíclicos, principalmente que producen menos efectos colaterales, ya que no producen efectos anticolinérgicos ni afectan la conducción cardíaca (8,10)

Es importante considerar que las sobredosis con medicamentos antidepresivos es muy frecuente, en los EE.UU. es la 4a. causa de consultas por sobredosis en los servicios de urgencias (10). En caso de sobredosis se puede presentar muerte por depresión del sistema nervioso central, crisis convulsivas, paro respiratorio y arritmias cardíacas (8,10,20).

6.2 Tratamiento Psicoterapéutico:

Para la psicoterapia el médico debe seguir las siguientes pautas:

- Establecer una relación médico-paciente efectiva.
- Considerar la depresión como una experiencia normal, y los trastornos como debidos a un efecto de los mecanismos de recuperación psicológicos, ambientales o biológicos.
- Abordar la reacción del paciente ante su depresión y tratar activamente de restablecerle la moral.
- Elaborar una historia clínica minuciosa y, al hacerlo, tratar de vincular la depresión con acontecimientos significativos del pasado reciente o remoto del paciente.
- Estructurar una serie de visitas con las que el paciente pueda contar como apoyo.
- Planear el enfoque futuro con arreglo a la respuesta del paciente a la terapéutica. Puede optarse entre: medicación con antidepresivos, envío para psicoterapia intensiva y terapéutica ambiental, con especial interés en la vida conyugal, familiar y laboral.
- No forzar al paciente a recibir un tratamiento que no pueda aceptar.
- Tener presentes ciertos factores psicodinámicos con los que hay que luchar a menudo en los pacientes depresivos y que emergen durante la psicoterapia. Como:
 - Necesidades de dependencia insatisfechas.
 - Necesidades de dependencia intensificadas, por la depresión.
 - Irritación contenida.
 - Culpa real o infundada.
 - Humillación por imposibilidad de alcanzar el rendimiento habitual.
 - Dificultades interpersonales que contribuyen a la depresión o se deben a ella.
 - Expectativas poco realistas acerca de sí mismo.
 - Incapacidad de poner límites a los demás.
 - Susceptibilidad al rechazo.
 - Necesidad de cultivar la elasticidad para afrontar tensiones futuras. (11)

6.3 Electrochoque

Las indicaciones del electrochoque quedan reservadas para aquellos casos en los cuales, habiendo fracasado la medicación antidepresiva, subsiste la posibilidad de un suicidio (19).

H. EVALUACION

Además de la evaluación clínica, las depresiones se gradúan objetivamente por escalas. Entre las cuales tenemos la de Hamilton (1967), cuyos 22 ítems cubren los síntomas de todos los tipos de depresión, y sirve especialmente para el seguimiento de pacientes deprimidos. Y el inventario o test de Beck (1961), que contiene 21 preguntas para autoadministrárselo el individuo así mismo, da el diagnóstico de depresión y la clasifica en leve, moderada y severa, de acuerdo a la siguiente puntuación:

Normal	0 - 13 puntos.
Leve	14 - 28 puntos.
Moderada	29 - 32 puntos.
Severa	32 o más. (19)

EXILIO POLITICO

A. DEFINICION

El término exilio significa abandono voluntario o forzoso del país al que se pertenece, y puede deberse a múltiples causas. En nuestro siglo, a nivel mundial, los cambios frecuentes de gobiernos y el surgimiento de regimenes autoritarios han multiplicado los exilios por razones políticas o ideológicas (5,14).

Se utiliza el término exilio voluntario o autoexilio, para diferenciarlo del asilo diplomático. "El Asilo es una institución humanitaria que supone la protección de una determinada clase de individuos, los perseguidos políticos, cuya vida o seguridad se encuentra en peligro, y quienes se substraen por ello de la jurisdicción que les corresponde". Es decir que los asilados, son personas exiladas que gozan de protección diplomática formal de un país determinado (5).

Se entiende por desexilado, a aquel migrante que decide regresar al país de su nacionalidad. El desexilio cierra el círculo de salida-retorno del migrante, quien reinicia su vida en su país de origen luego de un tiempo considerable de vivir en el extranjero (5).

B. EXILIO GUATEMALTECO - MARCO HISTORICO

En Guatemala, como en toda América Latina, a consecuencia de las convulsiones políticas y los conflictos bélicos a lo largo de su historia, hay una larga tradición de exilio. Se tiene que aún antes de convertirse en una república ilustres guatemaltecos vivieron la dura experiencia de la expatriación, como lo es el caso de Rafael Landivar (5).

Posteriormente desde su propia perspectiva político-ideológica, el testimonio landivariano fue seguido por plumas de renombrados personajes, donde sobresalen: Miguel Angel Asturias, Juan José Arévalo, Luis Cardoza y Aragón, entre otros (5).

El marco histórico-social del que se origina este fenómeno, comprende toda una herencia de violencia e intolerancia política generado desde la conquista y sostenido por una larga cadena de dictaduras y regimenes autoritarios que han gobernado el país (5).

El fenómeno de exilio guatemalteco se desarrolla principalmente en dos caudales contemporáneos: aquel que produjo la contrarrevolución castilloarmista de 1,954, y la ola producida a partir del "terrorismo" de Estado practicado por los gobiernos de 1978 en adelante.

Se encuentran diferencias sustanciales entre los exilados que migraron en 1954 y los que migraron a partir de 1978, según un estudio realizado recientemente por Carlos Enríquez, entre las cuales se encuentran:

- Los exilados de 1954, adquirieron en su mayoría el carácter de asilado diplomático, gozando de los derechos que este estatuto supone. En cambio, la mayoría de exilados políticos que salieron del país a partir del año 1978, son exilados voluntarios (o autoexilados políticos) que entraron al país receptor como turistas y en algunos casos en condiciones anómalas.

- La composición social de los asilados de 1954, es fundamentalmente de capas medias, con importantes recursos intelectuales y gozando del prestigio de haber sido altos funcionarios de gobierno, en algunos casos, lo que les permitió abrirse posibilidades laborales decorosas en su mayoría. Mientras que la composición social de los exilados voluntarios de 1978 en adelante, es más diversa social, profesional y políticamente, lo que hizo variar las posibilidades laborales de acuerdo a la situación particular de cada exilado, y del régimen migratorio que se procuró cada uno de ellos, lo que le permitió la larga, poder o no conseguir un trabajo legalmente en el país receptor.

- La disposición de apoyo a los asilados de 1954 de parte de los gobiernos de los países receptores, era de muy alto grado, así como la solidaridad brindada por los pueblos, el de México principalmente. Por el contrario, la disposición de los gobiernos de los países receptores a partir de 1978, es bastante menor, esto es una diferencia que supone desventajas, no solo para su integración personal y familiar al país receptor, sino en función de la lucha de los exilados que salieron a partir de 1978. (5)

C. CONSECUENCIAS SOCIECONOMICAS Y POLITICAS

El fenómeno del exilio alcanza proporciones cuantitativas y cualitativas muy grandes, según investigadores independientes o vinculados a diversas universidades la cifra de los guatemaltecos exiliados en México, no baja de los 300 mil. A este grupo debe sumársele la población que se ha trasladado a EE.UU., Canadá y otros países, lo que permite calcular que el número de guatemaltecos exiliados en los últimos 15 años anda alrededor de un millón. Considerando que la población guatemalteca esta llegando a los 10 millones de habitantes, el 10 por ciento de ellos tuvo que salir fuera de las fronteras. Las motivaciones pudieron ser políticas, económicas o ambas, pero todos huyeron de una situación insoportable (5).

Se debe considerar además, que otro 10 por ciento de la población ha tenido que buscar refugio en regiones del propio país, distintas a sus regiones originales. Por lo que un 20 por ciento de los guatemaltecos ha modificado radicalmente su modo de existencia, produciendo a su vez cambios inevitables en la población total.

Hay que tener en cuenta que el éxodo se llevo consigo una enorme fuerza de trabajo, quedando vacíos una gran cantidad de espacios en la producción, desde la relacionada con las labores agrícolas, manufactureras, educativas, artesanales hasta las de orden político, como dirigenciales. El impacto ha sido dramático en todos los niveles y en todos los ordenes de la vida social y política del país (5).

D. EXILIO Y RETORNO - ASPECTOS PSICOSOCIALES

El exilio representa una experiencia que afecta a la situación vital de los individuos y sus familias, interfiriendo en el desarrollo de los vínculos afectivos, separando padres, hijos, familiares y amigos y generando, en la mayoría de los casos, desafíos muy difíciles de enfrentar. Es un hecho complejo que repercute en las vivencias subjetivas y en la capacidad adaptativa del individuo y su grupo primario y puede llevar a un desequilibrio psicológico y social.

En su funcionamiento psíquico, individual y social, las personas actúan según marcos de referencia coherentes, que les permiten estructurar su situación en una dimensión de espacio y tiempo. El refugiado político sometido por el exilio a la discontinuidad de su vivencia, confronta la ruptura de su equilibrio al producirse una modificación radical de su modo de funcionar en el pasado.

Se ve obligado a abandonar su geografía, su mundo relacional, su pertenencia sociocultural, su propia identidad, por lo que se ve enfrentado a una verdadera situación de pérdida de objetos y roles que le eran gratificantes.

En el país de acogida, las fuerzas orientadas a la recuperación de su equilibrio psíquico no actúan rápidamente y colocan al sujeto en un estado de incongruencia entre sus vivencias y la experiencia de realidad que lo rodea. Algunas personas no están preparadas para enfrentar la nueva situación que se le impone, por condiciones que fuerzan su propia motivación, lo que genera en ellas un desequilibrio, alterando su organización psíquica y sus modos de relación social. Este estado de crisis entraña sentimientos de malestar, angustia, culpabilidad, vergüenza o impotencia ante la nueva situación. (13,17,3)

El retorno al propio país implica un proceso de reinserción psicosocial que incluye todas las áreas del quehacer humano, puede asumirse como una experiencia potencialmente de alto riesgo, en términos de salud mental.

En la experiencia inicial del retorno se puede percibir una sensación de amenaza vinculada al cambio de las dimensiones espacio y tiempo, que puede interferir a una adaptación socioafectiva sana. El individuo debe adecuar su percepción a las características y exigencias reales del nuevo entorno físico, psicológico y social; debe abrirse a los elementos que configuran la nueva cotidianeidad y lograr integrar la experiencia pasada con la actual.

El exilio posibilita en cierta forma congelar un vínculo con la realidad y consigo mismo, lo que se experimenta en la fantasía como si todo hubiese quedado idéntico a como fue en el momento de partir. Las experiencias iniciales del retorno irrumpen bruscamente generando una aguda conciencia de cambio de sí mismo y de la realidad. Es en este momento en que el exilio y retorno integran un continuo en el que se repiten experiencias de extrañeza ya vividas.

Las explosiones diferidas de afectos constituyen una de las expresiones más frecuentes. El reencuentro con la patria, con todas sus connotaciones, tiende a quebrar los mecanismos de defensa y bloqueo afectivo previo, haciendo que éstos irrumpen en la conciencia invadiéndola y abrumándola. El desplazamiento en el tiempo de un cúmulo de reacciones afectivas, hace que su aparición posterior encuentre al individuo en condiciones de debilidad psicológica.

A la decisión de retornar, se ha podido detectar que subyace un conjunto de anhelos, necesidades y esperanzas depositados en el reencuentro con la patria, que no siempre son asumidos con el mismo grado de conciencia. Volver a la patria significa para muchos el retorno a lo conocido, a lo seguro, a lo propio y a lo estable, pero la realidad se encarga de demostrar que es incapaz de contener las expectativas depositadas en ella. El retornado tiene que reconstruir nuevamente su espacio personal perdido.

La invasión en la conciencia de las experiencias dolorosas y acumuladas del pasado, la debilidad frente a las nuevas tensiones y presiones y la frustración que impone la realidad a los significados proyectados en ella, propician la exaceración o el surgimiento de alteraciones emocionales. (13,17)

VI. METODOLOGIA

A) TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo, no experimental y de corte transversal.

B) SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

Personas con antecedente de exilio político que fueron factibles de localizar (30); y un grupo testigo, constituido por 30 personas sin antecedente de exilio que cumplieron con características, en cuanto a edad, sexo, profesión y grado académico similares a las personas en estudio, que se localizaron en diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales de la ciudad de Guatemala.

C) TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se tomaron a 30 personas que cumplieron con los criterios inclusión, y a otras 30 personas que constituyeron el grupo testigo.

D) CRITERIOS DE INCLUSION:

- Personas de ambos sexos, mayores de 18 años.
- Con antecedente de haber permanecido en exilio por razones políticas.
- Nacionalidad guatemalteca.
- Con residencia actual en el país.
- Tiempo de retorno no mayor de 10 años.

E) VARIABLES A ESTUDIAR:

Depresión

Conceptual: Trastorno afectivo que se manifiesta con: tristeza, desgano, ansiedad, retraimiento, hipoactividad, distraibilidad, auto-observación y alteraciones somáticas diversas.

Operacional: Paciente que al ser evaluado por el test de Beck, dé indicio de algún grado de depresión.

Escala de medición: Numérica.

0-13 puntos Normal (No existe depresión).
14-28 puntos Depresión Leve
29-32 puntos Depresión Moderada
32 o más Depresión Severa.

Sexo

Conceptual: Diferencia constitutiva del hombre y de la mujer.

Operacional: el que la persona haya indicado, masculino o femenino.

Escala de Medición: Nominal.

Edad

Conceptual: Número de años cumplidos al momento de realizar el test.

Operacional: La que la persona señaló.

Escala de Medición: Numérica.

Profesión

Conceptual: empleo u oficio de una persona.

Operacional: La que la persona señaló.

Escala de medición: Nominal.

Grado académico

Conceptual: grados y estudios realizados al momento del test.

Operacional: diversificado, técnico universitario, licenciatura o postgrado; según la persona indicó.

Escala de medición: Nominal.

Procedencia

Conceptual: lugar de origen o nacimiento de una persona.

Operacional: ciudad capital o interior de la república, según la persona indicó.

Escala de medición: Nominal.

Integración familiar

Conceptual: grupo familiar compuesto por ambos cónyuges e hijos menores, que viven bajo el mismo techo.

Operacional: la persona indicó si su hogar es integrado o no, de acuerdo a la definición anterior.

Escala de medición: Nominal.

Relación conyugal

Conceptual: forma de interacción entre ambos cónyuges.

Operacional: buena, regular o mala, según la persona indicó.

Escala de Medición: Nominal.

Tiempo de exilio

Conceptual: tiempo de estancia fuera de la patria, desde el momento de exilio hasta el retorno.

Operacional: número de años indicados por la persona.

Escala de medición: numérica.

Tiempo de retorno

Conceptual: tiempo de estancia en la patria, desde el retorno del exilio hasta el momento de realizar el test.

Operacional: número de años indicados por la persona.

Escala de medición: numérica.

E) RECURSOS

1. Materiales:

a. Físicos:

Boleta de recolección de datos.
Computadora.

2. Humanos:

Investigador.

3. Legales:

3.1 Aspectos éticos de la investigación:

El proyecto de investigación que se presenta, no causó daño físico, ni psicológico a los participantes. Los datos que proporcionaron son confidenciales y anónimos, de uso exclusivo de esta investigación. A las personas que se encontraron deprimidas se les refirió con un facultativo.

H) PLAN DE RECOLECCION DE DATOS:

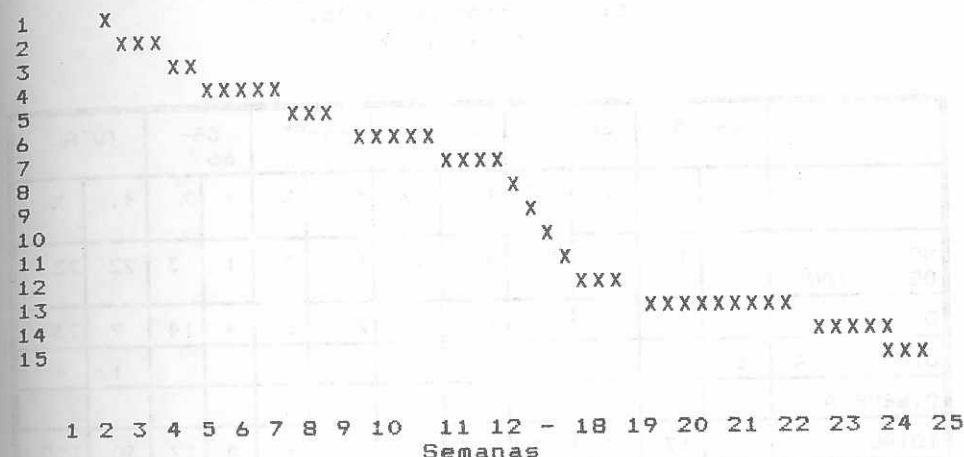
A las personas en estudio, primero, y al grupo testigo, después, se les pidió que llenarán una boleta (el grupo testigo se detectó posterior a la obtención de los datos de las personas en estudio, para que coincidieran sus características en cuanto a, edad, sexo, profesión, y grado académico); en esta boleta se presentaron todas las variables en estudio, el test de Beck para detección de depresión, y en el caso de las personas en estudio, se incluyó una serie de preguntas referentes al historial depresivo del sujeto y su relación con el fenómeno de exilio.

Posteriormente se procedió a la tabulación de los datos, elaborando cuadros y tablas, se realizó un cuadro para cada variable en estudio, relacionándola con depresión (leve, moderada y severa) según se detectó por el test. Por último se analizaron los resultados, procediendo a la realización de su discusión y análisis, las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

I) TIEMPO DE EJECUCION DE LA INVESTIGACION:

GRAFICA DE GANT

Actividades



ACTIVIDADES:

1. Selección del tema de investigación.
2. Selección del asesor y revisor
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del protocolo.
5. Revisión del protocolo por el asesor y revisor.
6. Aprobación del protocolo por la coordinación de tesis.
7. Ejecución del trabajo de campo.
8. Procesamiento de datos y elaboración de tablas.
9. Análisis y discusión de resultados.
10. Elaboración de conclusiones y recomendaciones.
11. Elaboración de introducción y resumen.
12. Presentación de informe final al asesor y revisor.
13. Aprobación del informe final por coordinación de tesis.
14. Impresión de tesis.
15. Examen público de defensa de tesis.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1
Frecuencia de depresión en personas con antecedente
de exilio político, Guatemala.
Distribución por edad.
Agosto, 1,996

	18-25		26-35		36-45		46-55		56-66		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%	f.	%	f.	%	f.	%
NO DEPRESION	4	13	8	27	8	27	1	3	1	3	22	73
D.LEVE					1	3	2	6	4	14	7	23
D.MODERADA	1	4									1	4
D.SEVERA												
TOTAL	5	17	8	27	9	30	3	9	5	17	30	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 2
Frecuencia de depresión en personas con antecedente
de exilio político, Guatemala.
Distribución por sexo.
Agosto, 1,996

SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%
NO DEPRESION	12	40	10	33	22	73
D. LEVE	5	17	2	7	7	23
D. MODERADA			1	3	1	4
D. SEVERA						
TOTAL	17	57	13	43	30	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 3
Frecuencia de depresión en personas con antecedente
de exilio político, Guatemala.
Distribución según la integración familiar.
Agosto, 1,996

INTEGRACION FAMILIAR	SI		NO		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%
NO DEPRESION	12	40	10	33	22	73
D. LEVE	6	19	1	4	7	23
D. MODERADA	1	4			1	4
D. SEVERA						
TOTAL	19	63	11	37	30	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 4
Frecuencia de depresión en personas con antecedente
de exilio político, Guatemala.
Distribución según la relación conyugal.
Agosto, 1,996

RELACION CONYUGAL	BUENA		REGULAR		MALA		SOLTEROS		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%	f.	%	f.	%
NO DEPRESION	9	30	4	13			9	30	22	73
D.LEVE	5	17	2	6					7	23
D.MODERADA			1	4					1	4
D.SEVERA										
TOTAL	14	47	7	23			9	30	30	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 5
Frecuencia de depresión en personas con antecedente
de exilio político, Guatemala.
Distribución por procedencia.
Agosto, 1,996

PROCEDENCIA	CIUDAD CAPITAL		INTERIOR DE LA REPUBLICA		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%
NO DEPRESION	18	60	4	13	22	73
D. LEVE	5	17	2	7	7	23
D. MODERADA			1	3	1	4
D. SEVERA						
TOTAL	23	77	7	23	30	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 6
Frecuencia de depresión en personas con antecedente
de exilio político, Guatemala.
Distribución por grado académico.
Agosto, 1,996

GRADO ACADEMICO	DIVERSIFICADO		TECNICO		LICENCIATURA		POST-GRADO		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%	f.	%	f.	%
NO DEPRESION	8	27	3	10	7	24	4	13	22	73
D. LEVE	1	3	2	7	4	13			7	23
D. MODERADA	1	3							1	4
D. SEVERA										
TOTAL	10	33	5	17	11	37	4	13	30	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 7
Frecuencia de depresión en personas con antecedente
de exilio político, Guatemala.
Distribución según Profesión.
Agosto, 1,996

	NO DEPRESION		D. LEVE		D. MODERADA		D. SEVERA		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%	f.	%	f.	%
PROFESION										
CIENCIAS SOCIALES Y POLITICAS	9	30							9	30
INGENIERIA Y ARQUITECTURA	2	7							2	7
CIENCIAS HUMANISTICAS	3	10	4	13					7	23
CIENCIAS MEDICAS	1	4							1	4
CIENCIAS ECONOMICAS	1	3.3	1	3.3					2	7
CIENCIAS JURIDICAS	1	3.3	1	3.3					2	7
SECRETARIADO PERITO CONTADOR MAGISTERIO	5	17	1	3.3	1	3.3			7	23
TOTAL	22	73	7	23	1	4			30	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 8
Frecuencia de depresión en personas con antecedente
de exilio político, Guatemala.
Distribución según estabilidad laboral.
Agosto, 1,996

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 9
Frecuencia de depresión en personas con antecedente
de exilio político, Guatemala.
Distribución según el tiempo de exilio.
Agosto, 1,996

TIEMPO DE EXILIO	0 - 5 años		6 - 10 años		11 - 15 años		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%		
							f.	%
NO DEPRESION			6	20	16	53	22	73
D.LEVE	1	3	4	13	2	7	7	23
D.MODERADA					1	4	1	4
D.SEVERA								
TOTAL	1	3	10	33	19	64	30	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 10
Frecuencia de depresión en personas con antecedente
de exilio político, Guatemala.
Distribución según el tiempo de retorno.
Agosto, 1,996

TIEMPO DE RETORNO	Menos de 1 año		1 - 5 años		6 - 10 años		TOTAL	
	f.	%	f.	%	f.	%		
							f.	%
NO DEPRESION	3	10	16	53	3	10	22	73
D.LEVE			2	6	5	17	7	23
D.MODERADA			1	4			1	4
D.SEVERA								
TOTAL	3	10	19	63	8	27	30	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 11
Frecuencia de depresión en personas con antecedente
de exilio político y grupo control, Guatemala.
Distribución por edad.
Agosto, 1,996

EDAD (años)	NO DEPRESION		D. LEVE		D. MODE- RADA		D. SEVERA		TOTAL	
	EXI LIO	NO EXI LIO	EXI LIO	NO EXI LIO	EXI LIO	NO EXI LIO	EXI LIO	NO EXI LIO	EXI LIO	NO EXI LIO
18 - 25	4	5			1				5	5
26 - 35	8	8							8	8
36 - 45	8	9	1						9	9
46 - 55	1	2	2	1					3	3
56 - 65	1	2	4	3					5	5
TOTAL	22	26	7	4	1				30	30

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 12
Frecuencia de depresión en personas con antecedente
de exilio político y grupo control, Guatemala
Distribución por sexo.
Agosto, 1,996

SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	EXILIO	NO EXILIO	EXILIO	NO EXILIO	EXILIO	NO EXILIO
NO DEPRESION	12	15	10	11	22	26
D. LEVE	5	2	2	2	7	4
D. MODERADA			1		1	
D. SEVERA						
TOTAL	17	17	13	13	30	30

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 13
Historia de sintomatología depresiva
en personas con antecedente de exilio político.
Guatemala, agosto de 1,996.

Quadro No. 13.1

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	Frecuencia	% (30=100)
Animo deprimido la mayor parte del día	16	53
Apetito pobre o incrementado	2	7
Insomnio o hipersomnio	12	40
Baja energía o fatiga	8	27
Baja autoestima	15	50
Concentración pobre o dificultad para tomar decisiones	9	30
NINGUN SINTOMA	7	23

Quadro No. 13.2

TIEMPO DE PRESENTACION DE LOS SINTOMAS							
DURANTE EL EXILIO				DURANTE EL RETORNO			
Nunca	1 - 6 meses	6 - 12 meses	Más de un año	Nunca	1 - 6 meses	6 - 12 meses	Más de un año
13-43%	2-8%	4-13%	11- 37%	11-37%	6-20%	6-20%	8- 27%

Quadro No. 13.3

Ha sentido la necesidad de buscar ayuda psicoterapéutica		Ha tomado medicamentos antidepresivos	
SI	NO	SI	NO
10 - 33%	20 - 67%	4 - 13%	26 - 87%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En Guatemala a consecuencia de las convulsiones políticas hay una larga tradición de exilio, el cual se desarrolló principalmente en dos caudales contemporáneos: aquel que produjo la contrarrevolución castilloarmista de 1,954, y la ola producida a partir del terrorismo de Estado practicado por los gobiernos de 1,978 en adelante. La composición social de los exilados de 1,954 era fundamentalmente de capas medias y en su mayoría adquirieron el carácter de asilados; en cambio los exilados que salieron del país a partir de 1,978 fueron exilados voluntarios, y de una composición social, profesional y política más diversa.

En el presente estudio se incluyeron únicamente a personas que pertenecen al segundo grupo.

Para iniciar el análisis de los datos obtenidos, es importante realizar un perfil de las 30 personas que formaron parte del grupo en estudio.

El 57% del grupo esta comprendido entre las edades de 25 - 45 años, un 26% son mayores de 46 años y 16% menores de 25 años, con una edad media de 37 años. De acuerdo al tiempo promedio de exilio (10 años) y de retorno (5 años), tenemos que la edad media que se retiraron del país fue a los 22 años. Se puede especular que la razón para ello sea que, muchos jóvenes inician actividades de tipo político al empezar sus estudios universitarios y tienden a involucrarse más debido a que sus responsabilidades familiares son menores; mientras los menores de 25 años en su mayoría se fueron del país durante su infancia acompañando a sus padres. Para estos jóvenes el fenómeno de exilio y retorno fue aún más duro, ya que vivieron etapas cruciales de su desarrollo en un país extranjero, y el recorrido de la adolescencia que de por sí es conflictivo y doloroso pudo haberse tornado aún más difícil (Cuadro No. 1).

Con respecto al sexo, el 57% del grupo de estudio son mujeres y un 43% hombres, dato interesante, ya que al tomar en cuenta que la mayor parte de las mujeres del grupo no sólo se exilaron a razón de preservar la familia, sino también debido a su identificación sociopolítica, observándose así un papel notorio de la mujer en la vida política del país. Es importante tomar en cuenta que en Guatemala, la participación de la mujer se ha visto limitada en primera instancia por el grado de analfabetismo, el bajo nivel de educación, de capacitación profesional y las responsabilidades del hogar que no son compartidas con el hombre (Cuadro No.2)

Dentro del grupo de estudio se encuentra un 77% procedente de la ciudad capital, y únicamente un 23% del interior de la república, lo cual se debe principalmente a razones metodológicas. Es necesario recordar que dentro del grupo de estudio no se encuentran desexilados con carácter de refugiados, que en su mayoría proceden del interior de la república (Cuadro No 5).

Con relación al núcleo familiar, el 63% cuentan con una familia integrada y el 37% no, es importante señalar que el 73% de éstos refieren que su familia se desintegró por cambios relacionados con el exilio, observando así el impacto a nivel familiar que tuvo el exilio. Con respecto a la relación conyugal un 47% refirió una buena relación con su pareja, un 23% refirió una relación regular, y el restante 30% no poseen cónyuge (Cuadro No. 3 y 4).

Una característica notable del grupo en estudio es el nivel académico, el 67% posee un nivel superior, y el 33% se encuentra a nivel diversificado. Considerando que únicamente el 0.28% de la población guatemalteca alcanza un título universitario (según el X Censo Nacional de Población y V de Habitación 1,994), tenemos que la población en estudio es un grupo privilegiado del país muy reducido, y por lo tanto su exilio significó una pérdida del recurso intelectual muy significativo para el país (Cuadro No 6).

En cuanto a la profesión de las personas en estudio, tenemos que el 30% se dedican a actividades relacionadas con Ciencias Sociales y Políticas, el 23% a Ciencias Humanísticas, otro 24% se dedica a otras profesiones (Economía, Ciencias Jurídicas, Ingeniería, Arquitectura y Medicina). Por el tipo de profesión y actividades que realiza la mayoría de personas comprendidas en el grupo de estudio, se pone de manifiesto, su tendencia ideológica y mayor nivel de conciencia social, lo que los hizo identificarse con los problemas socioeconómicos y políticos del país, e involucrarse en actividades que los llevaron al exilio. Los 23% restantes, se encuentran en actividades técnico administrativas, como secretariado, perito contador y magisterio, y en su mayoría son menores de 25 años que no han terminado una carrera universitaria (Cuadro No 7).

Sobre la estabilidad laboral, podemos decir que la mitad de las personas del grupo refirieron haber tenido un trabajo estable la mayor parte del tiempo, tanto durante el exilio como a su retorno; un 63% del total tuvo un trabajo estable durante el exilio y un 70% durante el retorno. Por lo que podemos ver que gracias a que la mayoría cuenta con una buena preparación académica, las oportunidades de trabajo no han sido malas, principalmente durante el retorno ya que muchos tuvieron la oportunidad de avanzar en sus estudios en el extranjero, regresando más capacitados. A este respecto podemos agregar que en Guatemala un 35% de la fuerza laboral no tiene ninguna educación formal (según una encuesta realizada por el INE en 1,989). (Cuadro No. 8)

El tiempo de exilio promedio fue de 10 años y de retorno es de 5 años, por lo que la mayoría dejó el país hace 15 años, época que corresponde al principio de la década de los '80, cuando estuvo al mando del país una serie de gobiernos militares, que dando origen a una ola de terrorismo de Estado realizaron una limpieza total de opositores políticos, dirigentes y miembros sindicales, así como de intelectuales que se manifestaron opuestos al régimen (5). El tiempo de retorno coincide con el período de transición hacia un gobierno democrático. Es importante recordar que las personas que se fueron exiladas, siempre guardaron la esperanza de regresar a su patria, para continuar su lucha por construir una sociedad más justa. (Cuadro No 9 y 10)

Antes de iniciar el análisis de los resultados obtenidos con respecto a la depresión, es conveniente decir que es difícil el diagnóstico de una entidad clínica como ésta por medio de un cuestionario autoadministrado, ya que el sujeto en estudio puede crear mecanismos de defensa inconscientes que de una u otra forma alteren su estado de ánimo real. Pero a pesar de tener éstos un carácter meramente subjetivo, se encuentran estandarizados gracias a lo cual se puede tener cierta confiabilidad en los mismos.

Dentro del grupo de estudio se encontraron a 8 personas, que de acuerdo con el cuestionario de Beck, presentaron un grado de depresión, 7 se encontraron con un nivel leve y 1 a un nivel moderado. En el grupo control se encontraron 4 personas deprimidas, con un nivel leve (Cuadro No. 11 y 12).

Con respecto a las características del grupo de personas deprimidas tenemos que del grupo de estudio, 50% son mayores de 56 años, 25% se encuentran entre los 46 - 55 años, 12.5% entre los 35 - 45 y 12.5% son menores de 25 años. Dentro del grupo control tenemos un comportamiento similar ya que de la población deprimida un 75% son mayores de 56 años y el resto son mayores de 46. Considerando que de todas las personas mayores de 56 años (del estudio y del grupo control) el 70% presenta un grado de depresión, podemos concluir que en dicha etapa de la vida se encuentran reunidos varios componentes que pueden desencadenar depresión, entre los cuales se pueden mencionar: factores hormonales, menor capacidad de producción, jubilación, separación de los hijos.

Dentro del grupo de estudio un adolescente se encontró con depresión moderada, cabe decir que la adolescencia es una etapa de transición y de cambios que muchas veces son difíciles de afrontar más aún si se tienen que desafiar fenómenos como el exilio, además dicha persona tiene otros factores importantes como un matrimonio precoz e inestable, e inestabilidad laboral. (Cuadro 1 y 11)

Con respecto al sexo, de acuerdo a la literatura revisada la mayoría de autores coinciden con una frecuencia de depresión más alta en las mujeres con una relación de 2:1, en el presente estudio se encontró una frecuencia similar entre hombres y mujeres tanto en el grupo de estudio como el grupo control.

Ciertos autores atribuyen entre una de las causas, para que en la mujer sea más frecuente la depresión, son las desventajas del papel femenino en nuestra sociedad (19), por lo que tomando en cuenta que muchas de las mujeres comprendidas en los dos grupos, poseen características particulares como profesión, grado académico, actividad laboral; que no son típicas del papel femenino que se acostumbra. Se puede especular que al ejercer la mujer un papel más activo dentro de la sociedad, ésta no va a ser más proclive que el hombre de desarrollar depresión. (Cuadro 2 y 12)

De acuerdo a la literatura revisada, la desintegración familiar y los conflictos de pareja, son importantes factores desencadenantes para depresión (4,19), lo cual no se puede demostrar con el presente estudio, ya que no se encontró una relación entre dichas variables (Cuadro No. 3 y 4). Es conveniente decir que la mayoría de personas que refirieron un hogar desintegrado, son menores de 46 años, cuando es menos frecuente la depresión.

No se incluyó en el estudio igual número de personas procedentes del interior de la república que de la ciudad capital, por lo que es difícil establecer una diferencia sustancial entre ellas; sin embargo, el número de personas deprimidas es proporcionalmente mayor en el grupo procedente del interior de la república (43% de las personas procedentes del interior de la república presentaron algún grado de depresión, y 22% de las procedentes de la ciudad capital). (Cuadro No. 5)

Con base en lo anterior, se puede especular que las personas que pertenecen a una comunidad rural, al haber tenido que dejarla durante el exilio, fueron más proclives a deprimirse que las personas procedentes de la ciudad. Podría mencionarse a éste respecto que en una comunidad rural pequeña se establecen mayores vínculos tanto con la gente como con la tierra.

Referente al grado académico, se estableció una diferencia significativa de un 10% entre la proporción de personas deprimidas, del grupo de profesionales y los no profesionales. Lo que concuerda con la literatura revisada que señala una mayor frecuencia de depresión en profesionales (6,12); es importante tomar en cuenta también que, las personas que no son profesionales del grupo de estudio son en su mayoría los más jóvenes, donde es menos frecuente la depresión (Cuadro No. 6).

En lo que atañe a la profesión, dentro del grupo de personas que se dedican a carreras humanísticas se encontró una mayor proporción de deprimidos (57%); razón para ello se podría considerar a un mejor reconocimiento y conciencia de sus problemas emocionales y mayor aceptación de manifestarlos abiertamente en un cuestionario autoadministrado. Es conveniente estimar también, que la mayoría de éstas personas son mayores de 46 años, lo que las vuelve más vulnerables a caer en depresión (Cuadro No. 7).

Con respecto a la estabilidad laboral tenemos que, el 50% de las personas que no han gozado de un trabajo estable durante su retorno al país, presentan algún grado de depresión; vemos así como la actividad productiva ejerce una acción fundamental en el estado anímico de las personas (Cuadro No. 8).

Es interesante que no se encontró una relación entre el tiempo de duración del exilio y el tiempo de retorno al país, con la presencia de depresión; por lo que no se considera a ésta variable importante.

Dentro de la boleta de recolección de datos se incluyó una serie de preguntas directas para conocer el historial depresivo de las personas durante y después del exilio, encontrándose que en alguno de éstos periodos o en ambos, más de la mitad de personas presentaron 2 o más síntomas depresivos.

Los síntomas que predominaron son un ánimo deprimido durante la mayor parte del día y una baja autoestima. El tiempo de presentación fue primordialmente el primer año del exilio y el primer año del retorno, solamente un 37% manifestó que los síntomas duraron más de un año (Cuadro No. 13).

Es interesante observar que un 33% de las personas refieren sentir o haber sentido la necesidad de buscar ayuda psicoterapéutica, por problemas emocionales relacionados con el exilio, y un 14% ha tomado medicamentos antidepresivos durante éstas etapas de su vida. Estas respuestas tienen un carácter meramente subjetivo, pero reflejan de cierta forma la situación emocional pasada y presente de las personas en estudio (Cuadro No. 13).

Concluyendo, se encontró una frecuencia de depresión en el grupo de estudio del 26.6%, la cual supera a su prevalencia en la población general, que oscila entre un 13 - 20% (19), concordante al 13.3% que se diagnosticó en el grupo control.

El grupo control se conformó de personas con edad, sexo, profesión y grado académico similares al grupo de estudio, y aunque no se pueden excluir todos los componentes que participen en la etiología de la depresión, para establecer con certeza que el exilio haya sido el factor esencial, tomando en cuenta al grupo control y al cuestionario sobre el historial depresivo, si se puede establecer una relación entre el fenómeno de exilio y la depresión.

El exilio representa una experiencia que afectó la situación vital de los individuos y sus familias, interfiriendo en el desarrollo de los vínculos afectivos, separando padres, hijos, familiares y amigos, generando desafíos muy difíciles de enfrentar llevándolos a un desequilibrio psicológico y social.

El retorno a Guatemala implicó un proceso de reinserción psicosocial que incluye todas las áreas del que hacer humano, el retornado tuvo que reconstruir nuevamente su espacio personal perdido, ya que se encontró con una realidad distorsionada muy ajena a todos sus sueños y expectativas. La forma y el tiempo en que cada individuo se adaptó depende de muchos factores, en el presente estudio observamos que el factor esencial es la edad. Para las personas jóvenes, menores de 50 años, su adaptación ha sido más rápida, lo que puede deberse a que sus expectativas de vida y su capacidad productiva son mayores. Para una persona mayor de 56 años es más difícil dejar atrás el pasado y mirar con optimismo el futuro.

IX. CONCLUSIONES

1. Existe una diferencia entre la frecuencia de depresión de las personas con antecedente de exilio político y el grupo control de 26.6% a 13.3%.
2. De las personas que se encontraron deprimidas dentro del grupo de estudio, un 88% se encontraron con depresión leve y 12% con depresión moderada.
3. No se encontró diferencia importante entre la frecuencia de depresión en hombres y mujeres.
4. El grupo etáreo más frecuentemente afectado por depresión es el de 56 - 65 años, con una frecuencia de 80%.
5. No se encontró una relación entre la integración familiar y la interacción conyugal con el desarrollo de depresión.
6. No se encontró relación entre el tiempo de exilio y tiempo de retorno con el desarrollo de depresión.

X. RECOMENDACIONES

1. Se deben crear programas de psicoterapia individual y grupal de soporte para las personas que retornaron al país después de haber permanecido en exilio.
2. Siendo la depresión un problema tan frecuente, es importante que a nivel de Salud Pública se instituyan programas encaminados a preservar la salud mental de toda la población.
3. En la Facultad de Medicina se deben ampliar los programas curriculares con respecto a enfermedades psiquiátricas, especialmente en problemas frecuentes, como la depresión.

XI. RESUMEN

En el presente trabajo se realizó un estudio descriptivo, no experimental y de corte transversal, investigándose la frecuencia de depresión en treinta personas guatemaltecas con antecedente de haber sido exiladas por razones políticas.

Se utilizó una boleta anónima, que consta con el test de Beck, que da el diagnóstico de depresión y un cuestionario con preguntas relacionadas con el historial depresivo de las personas.

Se evaluó así mismo a un grupo control de 30 personas con características similares al grupo en estudio, en cuanto a edad, sexo, profesión y grado académico, encontrándose que de acuerdo al test de Beck la frecuencia de depresión fue mayor en el grupo de estudio con una relación de 2:1.

La frecuencia de depresión en el grupo de estudio fue del 26.6%, y el factor más importantes relacionado con la misma fue una edad mayor de 56 años. Se encontró una frecuencia similar entre hombres y mujeres.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Aguilera, Gabriel
Guatemala, transición sin llegar a ninguna parte.
Revista Nueva sociedad, 1,993 ene-feb. No. 123 (pp 6 - 11).
2. American Psychiatric Association
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
Fourth edition, Washington DC. 1,995. (pp 161 - 172)
3. Bolzman, Claudio
Los Exilados del cono Sur.
Revista Nueva Sociedad, 1,993 oct-nov. No. 127 (pp 126-135)
4. Dardón, Luis Fernando
Factores predisponentes en el apareamiento de depresión en prostitutas.
Tesis Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala, 1,992.
5. Enríquez, Carlos
Guatemala: No más exilio.
CONGCOOP, Guatemala 1,995. 93 p.
6. Eguizabal, Jorge
Detección de depresión en estudiantes adolescentes de la ciudad capital de Guatemala.
Tesis Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad de San Carlos de Guatemala 1,991. 140 p.
7. González, Levav.
Reestructuración de la atención psiquiátrica, bases conceptuales y guías para su implementación.
OPS-OMS. Washington DC. 1,991. (pp 161-172)
8. Goodman y Gilman
Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica.
8a. edición, Editorial Médica Panamericana
México, 1,991. (pp 381 - 425)
9. Hoffling, Charles
Tratado de Psiquiatría,
2a. edición, Editorial Interamericana
México, DF 1,981. (pp 336 - 345)
10. Isselbacher, et al.
Principios de Medicina Interna de Harrison
Editorial Interamericana Mc Graw-Hill
España, 1,994. (pp 2769 -2780).

1. Kielholz, Paul
El médico no Psiquiatra, y sus pacientes depresivos.
Editorial Herder, Barcelona, 1,983. (pp 65 - 119)
2. Kolb, Lawrence
Psiquiatría Clínica Moderna.
4a. edición, Editorial Prensa Médica Mexicana
México, 1,974. (pp 388 - 411)
3. Kovalskys, Juana y Lira, Elizabeth
Exilio y retorno: una aproximación psicosocial.
En: Escritos sobre exilio y retorno 1978 - 1984.
FASIC, Santiago, Chile 1984. (pp 137 - 144).
4. Pacheco, Gilda
Migraciones Forzadas en Centro América.
Revista Nueva Sociedad, 1,993 sep-oct. No. 127. (pp 114-125)
5. Patiño, J. Luis
Psiquiatría Clínica.
2a. edición, Editorial Salvat, México, 1,990. (pp 175-192)
16. Ponce, Guillermo
Incidencia de depresión en una comunidad urbana marginal.
Tesis Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad de San Carlos de Guatemala, 1,986. 35 p.
17. Salanovich, Sofía y Domínguez, Rosa
Elementos de la experiencia psicológica del retorno: La instancia grupal una respuesta de salud mental.
En: Escritos sobre exilio y retorno 1978-1984.
FACIC, Santiago, Chile 1,984. (pp 227 -241).
18. Trejo, Alba
Traumas de Guerra
En: Magazine 21, Siglo XI, Guatemala, 14 de abril de 1,996.
19. Vidal Alarcón
Psiquiatría.
Editorial Panamericana, Buenos Aires, 1,988. (pp 340 - 365)
20. Wyngaarden y Smith
Tratado de Medicina Interna de Cecil.
18a. edición, Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. S.A.
México, 1,991. Tomo II (pp 2,319 - 2,325)

XIII. ANEXO

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Las respuestas del siguiente cuestionario son CONFIDENCIALES, se le ruega que sean sinceras, para así poder obtener información real, la cual es muy valiosa, GRACIAS.

Edad _____ Sexo f m

Profesión _____

Grado académico: _____

Lugar de nacimiento: _____

Actualmente pertenece a un hogar integrado?
(se entiende por hogar integrado al grupo familiar compuesto por ambos cónyuges e hijos menores, que viven bajo el mismo techo)

Sí No

Si su respuesta es No, se desintegró su hogar a causa del exilio?

Sí No

Relación conyugal: Buena
Regular
Mala

Tiempo de exilio: _____

Tiempo de retorno: _____

Durante el exilio tuvo un trabajo estable, la mayor parte del tiempo?

Sí No

Posterior a su retorno al país ha tenido un trabajo estable, la mayor parte del tiempo?

Sí No

Considera Ud, que posterior a su retorno al país, ya se encuentra adaptado, en el aspecto social, laboral y familiar?

Sí No

Si su respuesta fue afirmativa, cuánto tiempo le tomó adaptarse?

Durante el tiempo de exilio y/o posterior a su retorno (al inicio), presentó alguno (s) de los siguientes síntomas?

(marque con una X a la derecha)

Animo deprimido gran parte del día _____
Apetito pobre o incrementado _____
Insomnio o hipersomnio (mucho sueño) _____
Baja energía o fatiga _____
Baja autoestima _____
Concentración pobre o dificultad para hacer decisiones _____

Durante qué período (s) los presentó? Por cuánto tiempo, los presentó?

El exilio

Posterior al retorno

Ha sentido o sintió la necesidad de buscar ayuda psicoterapéutica, por problemas emocionales relacionados con el proceso de exilio y/o retorno?

Sí No

Ha tomado medicamentos antidepresivos?

Sí No

En que forma considera Ud., que todo el proceso de exilio y retorno al país, ha afectado su vida emocionalmente?

- No le afectó negativamente. _____
- Le causó angustia y/o depresión, pero ya lo superó por completo. _____
- Le continúa causando angustia y/o depresión. _____

Otra: _____

Lea cuidadosamente cada ítem y haga un círculo alrededor del número que acompaña a la respuesta que mejor refleje como se ha sentido en los últimos días. Asegúrese de hacer sólo un círculo para cada una de las 21 preguntas. Si se aplicaran dos respuestas a como Ud. se ha sentido haga el círculo en el número más alto. Si tiene duda, haga lo mejor que pueda por elegir una respuesta. No deje ninguna sin contestar. Gracias!!!

1. 0 No me siento triste.
1 Me siento triste.
2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo dejar de sentirme así.
3 Me siento tan triste e infeliz que no lo puedo soportar
2. 0 No me siento desalentado acerca del futuro.
1 Me siento desalentado acerca del futuro.
2 Siento que no tengo nada que esperar en adelante.
3 Veo el futuro sin esperanzas y creo que las cosas no van a mejorar.
3. 0 No me siento fracasado.
1 Siento que he fracasado más que una persona normal.
2 Cuando veo para atrás en mi vida, todo lo que puedo ver es una cantidad de fracasos.
3 Siento que soy un completo fracaso como persona.
4. 0 Las cosas me dan tanta satisfacción ahora como antes.
1 No disfruto de las cosas como lo hacía antes.
2 Ya no encuentro verdadera satisfacción en nada.
3 Me siento aburrido e insatisfecho con todo.
5. 0 No me siento particularmente culpable.
1 Me siento culpable una buena parte del tiempo.
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.
6. 0 Yo no siento como que estoy siendo castigado.
1 Yo siento que puedo ser castigado.
2 Yo espero ser castigado.
3 Yo siento que estoy siendo castigado.
7. 0 No me siento descontento de mi mismo.
1 Me siento descontento de mi mismo.
2 Me siento disgustado conmigo mismo.
3 Me odio a mí mismo.

8. 0 No me siento que sea peor que los demás.
1 Me critico a mí mismo por mis errores y mis debilidades.
2 Me culpo todo el tiempo por mis errores.
3 Me culpo de todo lo malo que pasa.
9. 0 No pienso en matarme.
1 Pienso en matarme, pero no lo llevaría a cabo.
2 Me gustaría matarme.
3 Me mataría si tuviera oportunidad.
10. 0 No lloro más de lo usual.
1 Lloro más ahora que antes.
2 Lloro todo el tiempo.
3 Antes podía llorar, pero ahora no puedo llorar aún cuando quiero.
11. 0 Las cosas no me irritan ahora más que antes.
1 Soy ligeramente más irritable ahora que antes.
2 Estoy molesto e irritado la mayor parte del tiempo.
3 Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12. 0 No he perdido el interés en otras personas.
1 Ahora me siento menos interesado en otras personas que antes.
2 He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas.
3 He perdido todo mi interés en otras personas.
13. 0 Puedo hacer decisiones tan bien como antes.
1 Pospongo hacer decisiones más que antes.
2 Tengo mayor dificultad en hacer decisiones que antes.
3 Ya nunca puedo hacer decisiones.
14. 0 No siento que me vea peor que antes.
1 Me preocupa verme viejo o poco atractivo.
2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen verme poco atractivo.
3 Creo que me veo horrible.
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
1 Tengo que hacer un esfuerzo extra para empezar a hacer algo.
2 Tengo que esforzarme mucho para hacer algo.
3 Ya no puedo hacer ningún trabajo.

16. 0 Duermo tan bien como antes.
1 No duermo tan bien como antes.
2 Despierto 1 ó 2 horas antes de lo usual y me es difícil volverme a dormir.
3 Despierto varias horas más temprano que antes y no puedo volverme a dormir.
17. 0 No me canso más que antes.
1 Me canso más fácilmente que antes.
2 Me canso de hacer casi cualquier cosa.
3 Me siento demasiado cansado para hacer casi cualquier cosa.
18. 0 Mi apetito no es peor que antes.
1 Mi apetito no es tan bueno como antes.
2 Mi apetito ahora es mucho menos que antes.
3 Nunca tengo apetito.
19. 0 He perdido poco o ningún peso últimamente.
1 He perdido más de 5 libras.
2 He perdido más de 10 libras.
3 He perdido más de 15 libras.
20. 0 No me preocupo de mi salud más que antes.
1 Me preocupo de problemas físicos como dolores y males, estómago descompuesto o estreñimiento.
2 Me preocupo tanto de problemas físicos que me es difícil pensar en otras cosas.
3 Estoy tan preocupado de mis problemas físicos que no puedo pensar en nada.
21. 0 No he notado ningún cambio recientemente en mi interés sexual.
1 Estoy menos interesado en el sexo que antes.
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.
3 He perdido completamente mi interés en el sexo.

GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACION!!!!!!