

Formas de autoagresiones en las FAS

Estudio de los pacientes ingresados por autoagresiones en el Servicio de Psiquiatría el Hospital Militar de Barcelona en el año 1989

*Juan Domingo Alejos Alejos**

RESUMEN

Se estudian los 42 casos que de autoagresiones fueron ingresados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar de Barcelona desde las distintas Unidades en el año 1989.

Desde el enfoque de las formas de realizarlo se exponen de forma descriptiva, más que estadística por el escaso número, la necesidad de cuidados, el anuncio de hacerlo, el lugar, la hora, el día de la semana y mes, desencadenantes a que lo atribuyeron, así como antecedentes auto-heteroagresivos, frecuencia de permisos, el estar o no bajo los efectos de tóxicos en el momento de realizarlos, y por último, el diagnóstico DSM III R.

Los resultados obtenidos son acordes con otros estudios de similares intervalos de edad, llamando la atención la frecuencia de antecedentes agresivos previos, los elementos de estirpe reactiva hallados, el predominio vespertino de los mismos, así como la bifasicidad a lo largo de la semana.

SUMMARY

42 cases of self-aggression were studied that had been admitted by the Psychiatric Services of the Military Hospital of Barcelona, from different units during 1989.

From the standpoint of the manners of carrying this out, the descriptive form is used, rather than statistics, because of the reduced number, the need for care, the statement that it would be carried out, the place, time, day of the week and month, the prior events to which it was attributed, and also auto/hetero-aggressive antecedents, frequency of leave, whether or not under the effects of toxins at the time it was done, and lastly the DSM III R diagnosis.

The results obtained are in accordance with other studies with similar intervals of age, with note being taken of the frequency of previous aggressive antecedents, the elements of reactive lineage found, the late day predominance of the same, and also dual phase throughout the week.

INTRODUCCION

Desde Durkheim hasta la actualidad se han venido diferenciando, de forma generalmente aceptada, en las conductas suicidas la idea de hacerlo, la tentativa frustrada y la conducta con suicidio consumado. En todas ellas debe haber una clara intencionalidad de quitarse la vida para que, por definición, sea considerada una conducta como suicida.

Esta intencionalidad, tan clara en ocasiones, queda en la duda en las tentativas con mucha frecuencia. El relato del presunto suicida sobre la misma no es fiable indicador, ya que en ocasiones el frustrado suicida silencia su intencionalidad, mientras que el que carecía de ella lo reafirma. Tampoco la gravedad del medio utilizado para atentar contra sí es siempre fiable indicador ya que se pueden cometer errores por desconocimiento.

La agresividad es un factor biológico de trascendental implicación con la suicidalidad y no sólo un aspecto reactivo a estímulos externos

(GINER, J. y LEAL, C., 1982). La agresividad puede volcarse hacia sí mismo o hacia el exterior.

La vinculación de la auto con la heteroagresividad ha sido frecuentemente referida desde distintos puntos de vista. Refiere PRECIADO (1980) estadísticas inglesas en las que un 30% de hombres convictos de asesinato o fuertemente sospechosos se quitaron la vida antes de ser detenidos. Igualmente recoge datos acerca de un investigador francés que concluía que en los países con índice de homicidios alto hay bajo índice de suicidios y al revés. En Estados Unidos dice el mismo autor,

* Comandante Médico, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar de Barcelona

hay de cuatro a cinco veces más suicidas que homicidas entre los blancos, proporciones que se invierten en la población negra.

También desde el punto de vista de los neurotransmisores evidenció la Profesora ASBERG tal parentesco. Así el ácido 5-hidroxiindolacético (5HIAA), catabolito de la serotonina, se viene hallando en menor cantidad en el líquido cefalorraquídeo tanto entre los que realizaron un grave intento de suicidio como entre los que se hallan en prisión por graves o definitivas heteroagresiones. Son múltiples autores los que lo han confirmado como GARVEY (1983), NINAN (1984), AYUSO y AYUSO (1988), y un largo etcétera.

El Profesor SEVA (1984) tras establecer tanto la dificultad de la definición de suicidio como las distintas conductas pone de manifiesto unos rasgos que se hallan en los intentos de suicidio como son: inmadurez afectiva, adolescencia, sexo femenino (y con posible relación con ciclo menstrual); en los hombres refiere que hay dos lapsos de tiempo en que se da con más frecuencia (tomado de GINER) y que son entre los 20 y 24 años y entre los 55 y 64 años. Igualmente y concordando en ello con otros autores, pone de manifiesto las carencias y privaciones afectivas tempranas. Otro aspecto, recogido de BUGLASS y McCULLOCH (1970) y replicado por otros autores, es el de la concurrencia del alcohol y otras drogas en el momento de realizar el intento.

Quizá la cuestión más verificada es la tendencia a reiterarse los intentos de suicidio. Este dato es muy importante, pues aunque se haga énfasis en las posibles ganancias (LUKIANOWICZ, 1972) una cuarta o quinta parte de los suicidios consumados tenían intentos previos (cita el Profesor SEVA en dicho trabajo una amplia lista de autores que lo han puesto de manifiesto).

Las tentativas de suicidio pueden significar un intento de modificar la vida a través de la muerte cuando el diálogo no se puede llevar a cabo por otro modo. En este sentido BAECHLER (1975) clasifica las conductas suicidas en escapistas (como huida, duelo insoportable o autocastigo), agresivas (venganza o chantaje), obla-

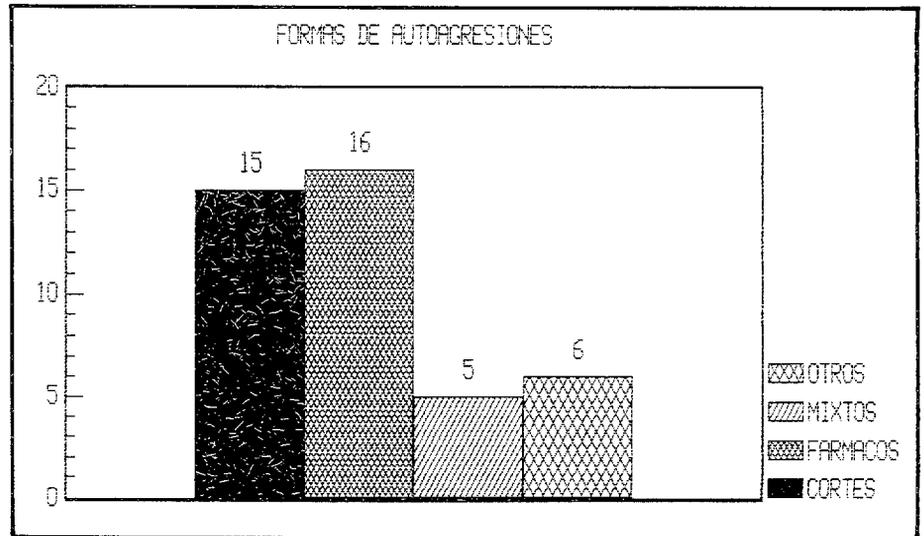


Figura 1

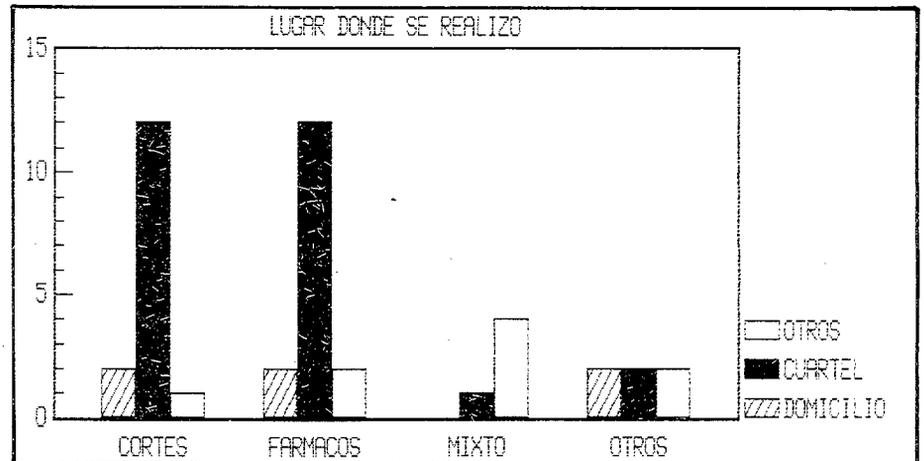


Figura 2

tivas (como sacrificio por algo superior o pasar a una situación distinta) y lúdicas (en las que incluye la ordalía y los juegos como la "ruleta rusa", etc.).

En nuestro medio son frecuentes las autoagresiones y si no lo son más es por una adecuada clasificación de los mozos alegantes. En la muestra que compone el estudio del presente trabajo no había ninguno que hubiera alegado trastorno psiquiátrico alguno.

OBJETIVOS DEL TRABAJO

Se ha deseado estudiar las características del personal en filas que se autoagrade ya que resulta una muestra:

- Amplia
- Del mismo sexo.
- Bajo muy similares estreses psicossociales.
- En un intervalo de edad crítico

como se ha referido antes en el trabajo del profesor SEVA.

Se parte de la base de no prejuzgar si la autoagresión tiene o no finalidades autolíticas por las dificultades metodológicas que antes se ha comentado ello supone.

Otra cuestión que sería interesante desvelar es si es únicamente la situación de estar haciendo el Servicio Militar la causa de tales conductas, pero ello debería hacerse comparando con muestras procedentes de centros civiles. No obstante, resulta curioso que en el intervalo de edad en que el varón hace el Servicio Militar es el mismo en que las mujeres realizan igualmente autoagresiones de forma más frecuente, y eso que ellas, de momento al menos, no están en filas.

Se pretende en este trabajo conocer algunos elementos del hecho autoagresivo en sí mismo tales como medios de hacerlo, cronología, desencadenantes, diagnósticos, etc.

Dado su "escaso" número no se intenta sacar conclusiones con validez estadística, pero sí conocer de forma descriptiva aquellos datos.

MATERIAL Y METODO

Para ello se han estudiado los 42 casos que en total ingresaron por autoagresión en el período de enero a diciembre de 1989 en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar de Barcelona.

En cada uno de ellos se han recogido las siguientes variables:

1. Formas de realizarlo.
2. Necesidad de cuidados no psiquiátricos.
3. Anuncio de llevarlo a cabo.
4. Lugar.
5. Hora.
6. Día de la semana.
7. Mes.
8. Efectos de tóxicos.
9. Desencadenantes.
10. Antecedentes auto-heteroagresivos.
11. Frecuencia de permisos.
12. Diagnóstico DSM III R.

Los datos así obtenidos se han estudiado mediante paquete informático estadístico en un ordenador Philips NMS VG 8235 con la aplicación de las pruebas chi-cuadrado y *t* de Student fundamentalmente.

RESULTADOS Y DISCUSION

Por la *forma* de realizarlo (figura 1) tenemos dos grandes grupos que suponen el 73,8%, que son los que se autoinfringieron cortes en antebrazos y los que hicieron ingesta masiva de fármacos. El resto lo forman un grupo de cinco que lo hicieron de ambas formas y el resto que usaron otra forma. Quedan en consecuencia los siguientes grupos por la forma de hacerlo:

- A. CORTES en antebrazos (15 casos).
- B. Ingesta masiva de FARMACOS (16 casos).
- C. MIXTOS (cortes e ingesta de fármacos, 5 casos).
- D. OTROS (6 casos).

No hubo *necesidad de cuidados* extrapsiquiátricos en 27 casos. Los

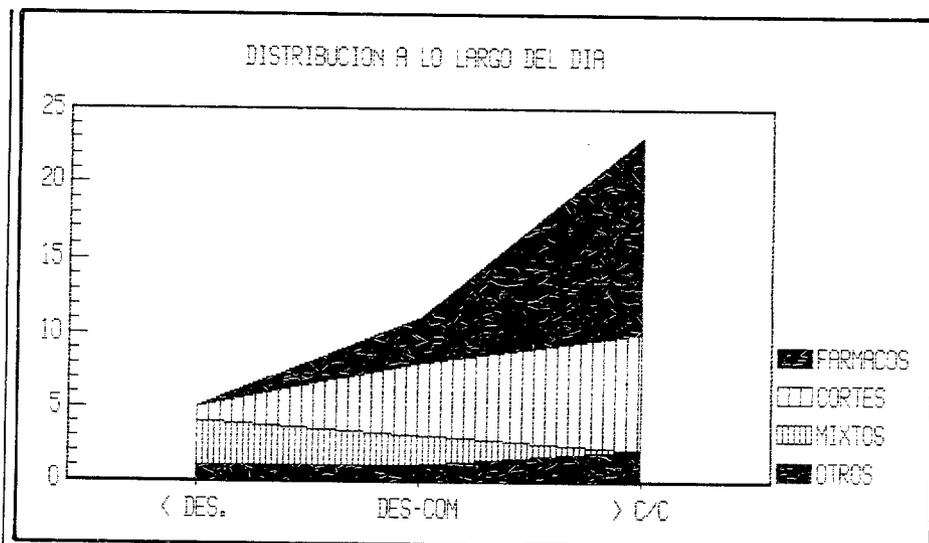


Figura 3

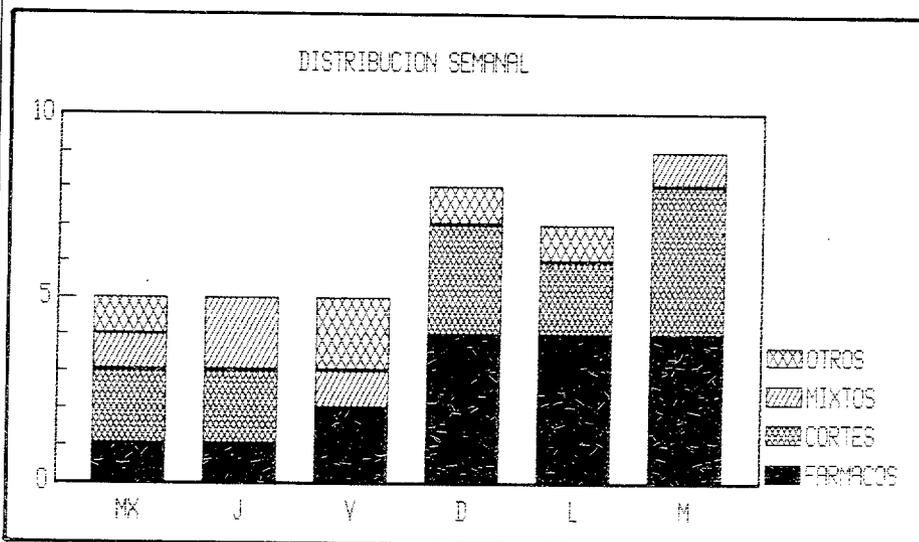


Figura 4

restantes precisaron cuatro de ellos suturas de los cortes y la asistencia a ocho que tomaron pastillas y a tres del grupo de otros. Cabe señalar que resulta prudentemente rutinario el hacer lavado de estómago en el Servicio de Urgencias a quienes refieren haber tomado pastillas en exceso y en consecuencia conviene tomar con cautela el posible significado de estos resultados. Ninguno de los casos que lo realizaron de forma mixta precisaron cuidados médicos no psiquiátricos lo que podría indicar que la elección de estos dos medios juntos no debería interpretarse como sinónimo de mayor agresividad en principio.

Hay que resaltar que sólo *anunciaron* previamente lo que iban a hacer cuatro casos, de los que dos eran del grupo de ingesta de pastillas. Posteriormente a la toma de los

fármacos, todos los de este grupo dijeron lo que habían hecho.

El *lugar* donde más frecuentemente se realizó (figura 2) fue en el Cuartel (64,3%). Los demás lo hicieron en otro lugar o más específicamente, en su domicilio familiar. En el grupo que eligieron forma mixta de autoagresión hubo una tendencia clara ($p < 0,001$) a realizarlo en un lugar distinto a su domicilio o al cuartel. Si entendemos la autoagresión como una forma de comunicación se podría interpretar este hecho como una desvinculación de éstos del Cuartel y del domicilio familiar en lo cual también incide el que en este grupo estén dos homosexuales y dos toxicófilos que se sentían incomprendidos y no aceptados en ambos ambientes.

En cuanto a la *hora de hacerlo* (figura 3) se ha agrupado en tres

intervalos: antes del desayuno, entre el desayuno y comida, y después de ésta. A medida que va transcurriendo el día van aumentando y así, en el primer intervalo está el 11,9%, en el segundo el 26,2% y en el tercero el 61,9%. Este incremento vespertino es muy patente en los que hicieron ingesta de fármacos con significación estadística ($p < 0,05$) en comparación con los demás. El único grupo que tiene el comportamiento contrario es el que venimos llamando mixto en el que obtenemos significativo incremento ($p < 0,001$) matutino respecto a los demás. Es imposible no sucumbir a la tentación de interpretar estos resultados como consecuencia de ser estados de ánimo reactivos (las autoagresiones vespertinas) en contraposición de lo endógeno que de forma clásica se adscribe al empeoramiento matutino. En este sentido de lo reactivo y de la importancia de la personalidad han apuntado ya con anterioridad otros trabajos en nuestro medio (LARREA, GERONA, LLAQUET, QUIROGA, etc.). Como luego veremos muchas de las autoagresiones observadas pertenecen a los trastornos adaptativos y a trastornos de personalidad. Ninguno de los que tomaron fármacos y se cortaron (mixtos) necesitaron cuidados como ya se ha comentado antes. Dicho de otra manera, los "mixtos" que tienen autoagresiones más matutinas que vespertinas, no tienen mayor gravedad las consecuencias de las mismas. Ello lo interpretamos por un lado porque, como se decía en un principio la gravedad de las consecuencias de un acto autoagresivo no resta autenticidad a los propósitos; por otro lado, hay muy pocos casos de "mixtos" como para establecer conclusiones definitivas.

El día de la semana en que menos casos se observaron fue el sábado (tres casos) y ese día separa a la semana en dos grupos de tres días cada uno que están el primero por encima y el segundo por debajo de la media (que es 6):

Domingo	8
Lunes	7
Martes	9
Total	24

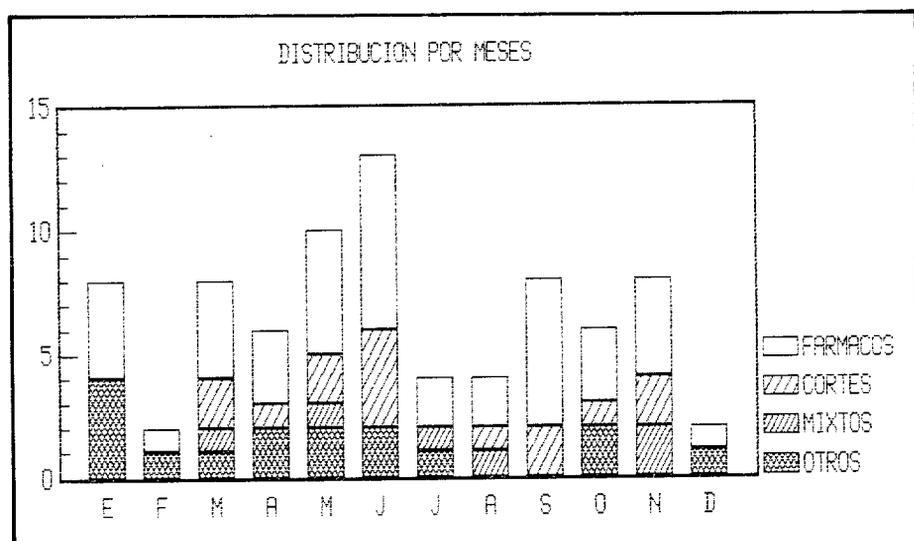


Figura 5

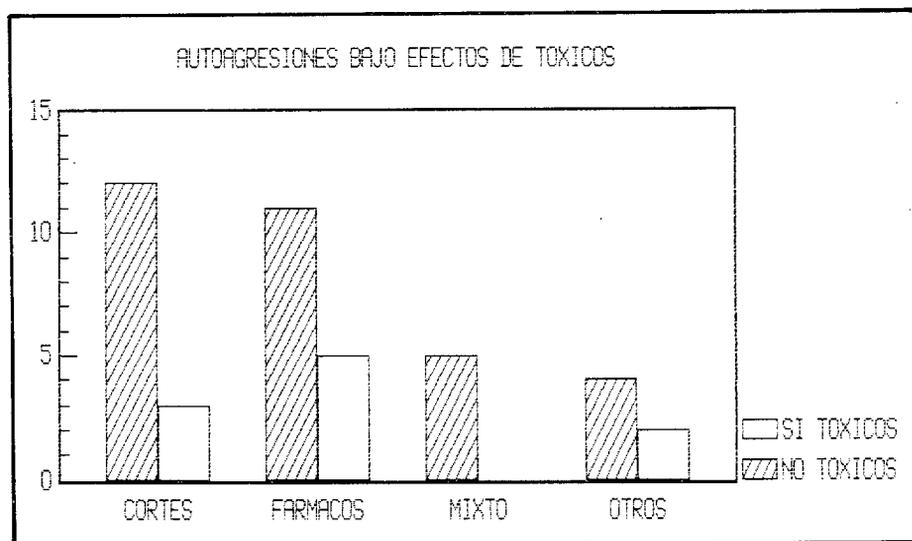


Figura 6

Miércoles	5
Jueves	5
Viernes	5
Total	15

Al representar estos casos según la forma de autoagresión y aunque sea diversificar demasiado quedan de la manera que se señala en la figura 4.

Como puede observarse los cortes y los fármacos predominan al inicio de la semana mientras que mixtos y otros predominan los restantes días y en todos ellos con significación estadística. Entre semana no sólo hay igual número de casos cada día, sino que, además, esa igualdad se mantiene en la forma de hacerlo. Ello no ocurre en el otro grupo de días en que predominan los cortes y los fármacos y por el contrario son

mínimas las otras formas de realizarlo.

Esto nos hace pensar en un incremento de casos de estirpe reactiva en el inicio de la semana en su reentrada al cuartel tras el fin de semana.

El estudio por meses (representado en la figura 5) no nos ha dado distribución estacional clara aunque predomina ligeramente el otoño, seguido de primavera, verano e invierno (13, 12, 11 y 6 casos respectivamente). Tampoco hay la ritmicidad bimensual de las incorporaciones.

Al separarlo por la forma de hacerlo lo único realmente significativo es el predominio de los "mixtos" en septiembre ($p < 0,001$) y el de "otros" en noviembre ($p < 0,05$) lo que no hace sino insistir en el mayor potencial de posible endogeneidad de estos dos grupos.

Respecto al estar bajo los efectos de alcohol u otro tóxico en el momento de realizarlo lo declararon sólo 10 casos (23,8%) que se repartieron según la forma de autoagresión de la manera que se expresa en la figura 6. Esto no es acorde con lo señalado en el citado trabajo de BUGLASS y McCULLOCH (1970).

Aunque no hay diferenciación estadísticamente significativa llama la atención que el grupo que venimos llamando "mixto" no haya habido ningún caso que al realizarlo haya comunicado que haya consumido tóxicos. Entendemos que no lo ocultaron por cuanto aceptaron unos de ellos que eran homosexuales y otros toxicómanos; más bien interpretamos que ello es debido a que sea en este grupo un acto más reflexivo.

El motivo que les llevó a hacerlo se reparten prácticamente en dos mitades de acuerdo con la figura 7.

Los que ingirieron fármacos fueron los que con mayor frecuencia consideraron su conducta autoagresiva consecuente a problemas propios del S.M. ($p < 0,05$). El grupo de los "mixtos" fueron los que con mayor frecuencia, por el contrario, lo atribuyeron a problemas ajenos al S.M.

Llama la atención la gran frecuencia con que se encuentran en nuestra muestra los antecedentes auto y/o heteroagresivos. En la figura 8 se puede observar que estos antecedentes son más marcados entre los "cortes" y "otros" y que tan sólo se igualan en el caso de los "fármacos". Estos resultados son acordes con lo referido anteriormente en cuanto a la vinculación de la auto y la heteroagresividad tanto en lo epidemiológico, como en la neurotransmisión. Hay pues uniformismo también de esos hallazgos en nuestro medio.

En cuanto a la frecuencia de permisos se han obtenido los resultados que se exponen en la figura 9. En ellos puede observarse que más de la mitad o iban diariamente a su casa o lo hacían semanalmente. Tan sólo una cuarta parte, aproximadamente, lo hacían con una frecuencia inferior a dos semanas.

En todos ellos fue posible hacer un diagnóstico DSM III R que se distribuyó de la forma representada

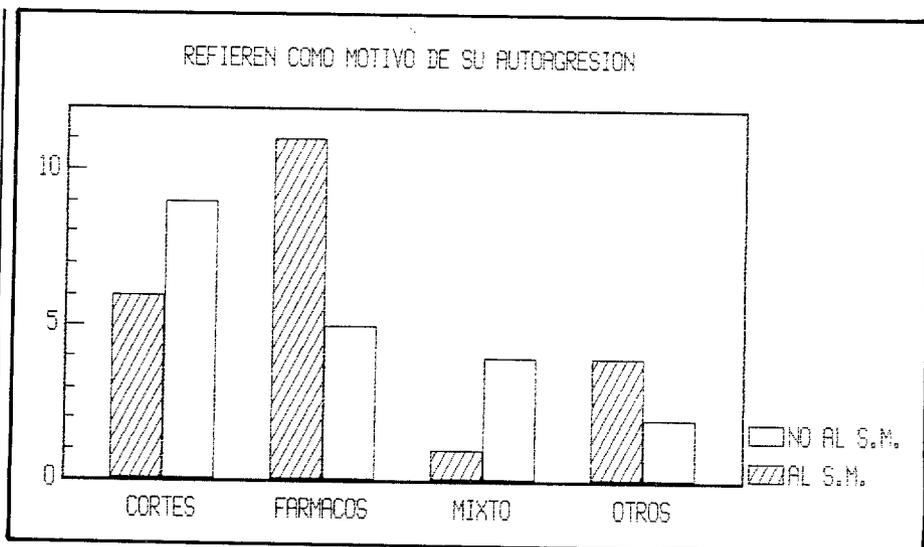


Figura 7

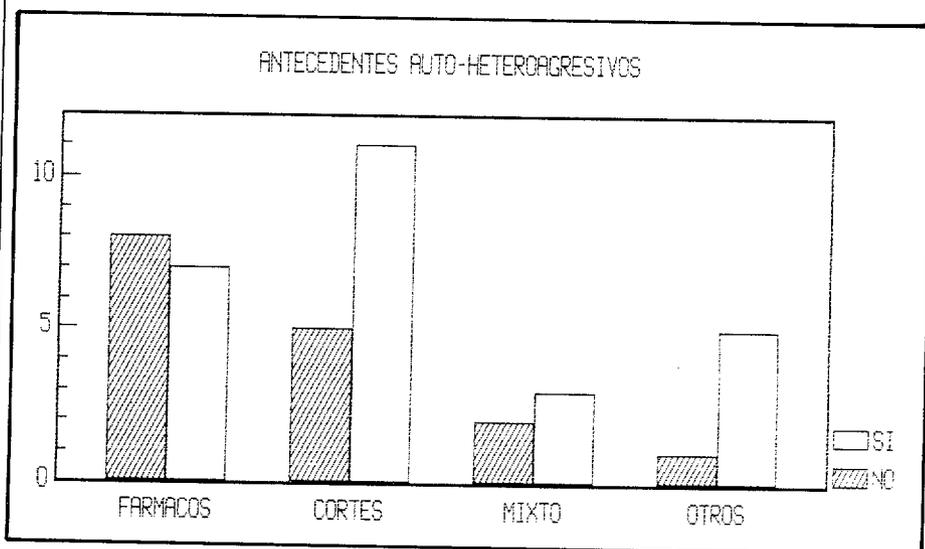


Figura 8

en la figura 10. Tres cuartas partes cumplían dichos criterios diagnósticos para trastorno de personalidad o trastorno adaptativo. El 25% restante se lo repartieron homosexuales egodistónicos, déficits intelectivos, tóxico-alcoholofias y otros. Estos resultados son acordes con los de STRANGE y WURMSER, teniendo en cuenta, sobre todo, el sesgo de edad de la muestra estudiada.

Por otro lado, no son pocos los trabajos que muestran la suicidalidad de muchos trastornos psiquiátricos, tanto estados depresivos como psicosis esquizofrénicas, crisis de pánico, trastornos límite de personalidad, alcohólicos, toxicómanos, histéricos, personalidades psicopáticas y un largo etcétera (ROJAS, 1984; ROY, 1982; LEVY, 1984; BREIER, 1984; TEJEDOR, 1986; FUMIMORI, 1986; CORYELL, 1982;

CRUMLEY, 1981; SCHAFFER, 1982; KNOP y FICHER, 1981; ROY, 1982; CAROLI y VIDON, 1984, etc.).

CONCLUSIONES

1ª.—Las formas de realizar las autoagresiones fueron muy variadas pero se dejaron separar cuatro grupos: cortes, ingesta de fármacos, ambas (mixtas) y otros.

2ª.—La mayor parte de los casos registrados no precisaron de cuidados extrapsiquiátricos, lo que no debe interpretarse como escasa sinceridad del intento.

3ª.—Muy pocos reconocieron haber anunciado el acto autoagresivo que iban a realizar.

4ª.—El lugar donde más frecuentemente se realizó fue en el Cuartel. Los que eligieron la forma mixta

mostraron tendencia a hacerlo en un lugar distinto al Cuartel y al domicilio familiar ($p < 0,001$) lo que coincide con un verbalizado sentimiento de desvinculación de ambos medios.

5ª.—Hubo un significativo número de autoagresiones por ingesta de fármacos a medida que avanzaba el día ($p < 0,05$) y también en el sentido contrario, es decir un significativo incremento matutino ($p < 0,001$) del grupo que se infringió cortes y además hizo ingesta masiva de pastillas. Se interpreta como posible mayor endogeneidad de estos últimos.

6ª.—La mayor parte de los casos ocurrieron al inicio de la semana (domingo, lunes y martes); en el resto de los días se repartían por igual el número de casos (exceptuando el sábado) e incluso por igual también se repartían las formas de realizarlo. Interpretamos este hecho en el sentido de mayor número de casos de origen reactivo al inicio de la semana.

7ª.—No se observó predominio de algún mes determinado ni por ritmo estacional ni por fascicidad de las incorporaciones. Por la manera de realizar la autoagresión hubo un predominio otoñal para las formas "mixtas" ($p < 0,001$) y "otras" ($p < 0,05$) en las que entendemos pudo haber mayor endogeneidad.

8ª.—Pocos casos comunicaron haber estado bajo los efectos de alcohol

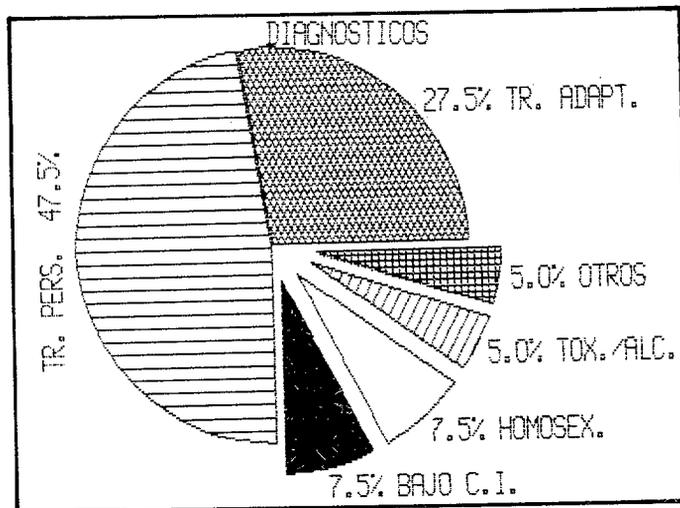
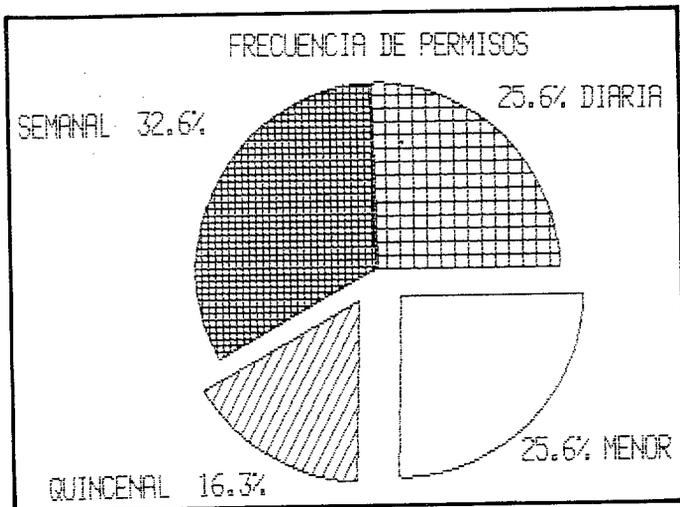
u otro tóxico al realizar la autoagresión.

9ª.—Todos consideraron tener motivos para hacer la autoagresión siendo para la mayoría de los que tomaron fármacos este motivo propio del S.M. ($p < 0,1$), no hallando tal predominio en los otros grupos.

10ª.—Muchos de ellos tenían antecedentes auto o heteroagresivos notorios (agresiones, incluso penadas, y otras autoagresiones previas).

11ª.—La mayor parte de ellos iban de permiso con frecuencia diaria o semanal y tan sólo la cuarta parte lo hacían con frecuencia menor a quince días.

12ª.—Los diagnósticos realizados en ellos siguiendo los criterios del DSM III R fueron, sobre todo, trastornos de personalidad y trastornos adaptativos.



BIBLIOGRAFIA

- ASBERG, M.; EDMAN, G.; RYDIN, E.; SCHALLING, D.; TRAAKSMANBENDZ, L.E. y WAGNER, A.: "Biological correlates of suicidal behavior". *Clin. Neuropharmacol.* vol. 7/1, pp. 758-759, 1984.
- AYUSO GUTIÉRREZ, J.L. y AYUSO MATEOS, J.L.: "Actividad serotoninérgica y conducta suicida". *An. Psiquiatría*, vol. 4/4, pp. 135-140, 1988.
- BAECHER, J.: "En «Les suicidies»". Eds. Calman-Levy. París, 1975.
- BANKI, C.M. y ARATO, M.: "Amine metabolites and neuroendocrine responses related to depression and suicide". *J. Affective Disord.* vol. 5, pp. 223-232, 1983.
- BREIER, A.: "Characterization of schizophrenic patients who commit suicide". *Am. J. Psychiatry*, vol. 141, pp. 206-209, 1984.
- CAROLI, F. y VIDON, G.: "Sémiologie des conduites suicidaires". *Encycl. Méd. Chir.*, París. Psychiatrie, 37114A80, 2-1984.
- CORYELL, N.: "Excess mortality in panic disorder". *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 39, pp. 701-703, 1982.
- FUJIMORI, H. y SAKAGUCHI, M.: "El suicidio de pacientes esquizofrénicos en hospitales psiquiátricos". *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 21, pp. 15-32, ed. esp., 1986.
- ARVEY, M.J.: "Suicide attempters, nonattempters and neurotransmitters". *Comprehensive Psychiatry*, vol. 24, pp. 332-336, 1983.
- GERONA, J.L.: "Rasgos de la psicología del joven

actual como factores de riesgos de conductas suicidas". *Medicina Militar*, vol. 46-3, pp. 300-302, 1990.

- GINER, J. y LEAL, C.: "Conducta suicida". En *Psiquiatría*, tomo II, pp. 1120-1130. Doctores Ruiz Ogara, Barcia Salorio. López Ibor. Edit. Toray. Barcelona, 1982.
- KNOP, J. y FISCHER, A.: "Duodenal ulcer, suicide, psychopathology and alcoholism". *Acta Psychiat Scand.* vol. 63, pp. 346-355, 1981.
- LEVY, A.: "Association between cerebral ventricular enlargement and suicide attempts in chronic schizophrenia". *Am. J. Psychiatry*, vol. 141, pp. 438-439, 1984.
- LLAQUET, L. y QUIROGA, M.: "La atención asistencial y pericial de presuntos suicidas de tropa". *Medicina Militar*, vol. 46-3, pp. 312-316, 1990.
- LOPEZ-IBOR ALIÑO, J.J.; SAIZ RUIZ, J. y MORAL IGLESIAS, L.: "El test de la fenfluramina en el espectro afectivo, un posible marcador de endogeneidad y gravedad". En *Diagnóstico en Psiquiatría*, pp. 200-206. Eds. GUIMON, J., MEZZICH, J.E. y BERRIÓS, G.E. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1988.
- MARTINEZ GARCIA, R.M. y LARREA, R.: "Factores psicosociales como factores de riesgo en las reacciones depresivas agudas durante el Servicio Militar". *Medicina Militar*, vol. 46-2, pp. 150-159, 1990.
- MONTEJO, M.L.; LOPEZ RUIPEREZ, M.D.; GARCIA-VALDECASAS, M.J. y BADIA, M.A.: *Historia familiar*

de suicidios consumados en pacientes psiquiátricos". *Psiquis*, vol. VII/86, pp. 54-60, 1986.

- NINAN, P.T.: *CSF 5-Hydroxy-indolacetic acid levels in suicidal schizophrenic patients*". *Am. J. Psychiatry*, vol. 141, pp. 566-569, 1984.
- PRECIADO, A.: "Aspectos de la autoagresividad". En "I Curso Monográfico sobre agresividad", pp. 67-75. Ed. Publicaciones del Dpto. de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de Salamanca. Profesor Ledesma. Salamanca, 1980.
- ROJAS, E.: "Depresión y suicidio". *Phatos*, 65, pp. 76-78, 1984.
- ROY, A.: "Risk factors for suicide in psychiatric patients". *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 39, pp. 1089-1095, 1982.
- SEVA DIAZ, A.: "Los intentos de suicidio". *Psiquis*, vol. V, pp. 246-254, 1984.
- STRANGE, R.E.: "Trastornos de personalidad en el Servicio Militar". En "Trastornos de personalidad", pp. 295-311. Ed. John R. Lion. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1978.
- TEJEDOR, M.C.; CASTILLON, J.J. y otros: "La conducta suicida en la esquizofrenia". *Sant Pau*, vol. 712, pp. 104-108, 1986.
- WURMSER, L.: "Trastornos de personalidad y dependencia de drogas". En *Trastornos de personalidad*, pp. 126-157. Ed. John R. Lion. Salvat Editores, S.A. Barcelona 1978.