

Autoagresiones en las FAS

Juan Domingo Alejos Alejos*

RESUMEN

Se han estudiado una serie de variables a los pacientes que han ingresado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar de Barcelona durante los años 1989, 1990 y 1991, a consecuencia de autoagresiones. Igualmente se ha recogido el mismo protocolo a un grupo de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el mismo Servicio por motivo distinto a autoagresión y a un grupo de soldados sanos.

Los resultados obtenidos sobre las autoagresiones corroboran en la práctica totalidad los ya hallados con la muestra del año 1989 y que se publicaron en esta misma revista.

De la comparación de los tres grupos estudiados se desprende lo que puede considerarse como factores de riesgo para las autoagresiones.

SUMMARY

A study has been made of a series of variables in patients admitted by the Psychiatric Service of the Military Hospital in Barcelona during the years 1989, 1990 and 1991, as a consequence of self-inflicted wounds. The same protocol has been collected for a group of psychiatric patients hospitalized in the same Service for reasons other than self-inflicted wounds and a group of healthy soldiers.

The results obtained on self-infliction corroborate almost entirely those early found in the sample for 1989 and which were published in this magazine.

From the comparison of the three groups studied, an understanding is derived of what may be considered as risk factors for self-inflicted wounds.

INTRODUCCION

Durante el año 1989 se realizó una recogida sistemática de variables con la intención de conocer más elementos acerca de las autoagresiones en los reclutas y soldados. Fruto de aquel trabajo fue una publicación en esta misma revista.

El interés social que suscita este tema en general y en nuestro medio en particular es evidente. La preocupación por las formas clínicas de las reacciones vivenciales o situacionales a vicisitudes acaecidas durante la prestación del Servicio Militar han sido vertidas en esta misma publicación e ilustran esa preocupación trabajos como el de MARTINEZ y LARREA (1990) sobre reacciones depresivas agudas, el de MEDINA y ROBLES (1990), sobre trastornos adaptativos o el magnífico trabajo de GERONA (1990) sobre los rasgos psicológicos del joven como factor de riesgo de conductas suicidas, o el de

LLAQUET y QUIROGA sobre los presuntos suicidas de tropa.

En aquel trabajo realizado sobre la muestra del año 1989 (ALEJOS, 1991) se llegaban a una serie de conclusiones respecto a la cronología, lugar, atribución de desencadenantes, tiempo de S.M., períodos y frecuencia de permisos, conflictividad, antecedentes personales y familiares, pérdidas parentales tempranas, etc., atendiendo a la forma en que habían realizado la autoagresión. De forma resumida se pueden resaltar la importante frecuencia de antecedentes agresivos previos y los elementos de estirpe reactiva hallados, como son la bifasicidad semanal, el momento vespertino de realizarlo y el reconocimiento de desencadenantes en la mayoría de ellos.

Se hizo el propósito de seguir el estudio durante dos años más recogiendo las mismas variables en las que se incluían una ampliación de datos que luego se expondrán.

En aquella introducción se decía lo difícil que resulta definir las conductas autoagresivas como verdade-

ros intentos autolíticos. De ahí que se tomara la decisión de llamarlo "autoagresiones" sin prejuizar, por las dificultades metodológicas (escasa sinceridad en la escala de riesgo-rescate de Weisman o en el autoinforme de Beck), si había o no finalidad autolítica.

OBJETIVOS DEL TRABAJO

Como se ha comentado se pretende conocer mejor las características de los reclutas y soldados que ingresaron en el Servicio de Psiquiatría de Barcelona por realizar conductas autoagresivas en los últimos tres años.

Interesa conocer en esta ocasión, no sólo si las variables halladas en el trabajo previo se confirman en esta muestra más amplia, sino también, si existen variables que los separan de los demás soldados y reclutas que no ingresaron nunca en el Servicio de Psiquiatría y/o si las hay que los separan de pacientes psiquiátricos que han sido hospitalizados por motivos distintos a la realización de autoagresiones.

* Cte. de San. (Medicina), Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar de Barcelona.

MATERIAL Y METODO

Se recogió un protocolo a todos los reclutas y soldados que ingresaron en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar de Barcelona en los años 1989, 1990 y 1991 a consecuencia de conductas autoagresivas.

En el mismo se recogían una serie de variables que en resumen eran las siguientes: (tabla 1).

Este protocolo se fue pasando también a una muestra de soldados que iban al Hospital para obtener el visto bueno para la obtención del permiso de conducir e igualmente a pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría, escogidos al azar, y que habían ingresado por motivos distintos a conductas autoagresivas.

Así la muestra se distribuía de acuerdo con el siguiente resumen: (tabla 2).

La edad de los tres grupos es similar, con medias que van entre 19,3 y 19,7 años, comprendidas en un intervalo entre 17 y 26 años.

Igualmente el tiempo de Servicio Militar cumplido en el momento de recoger el protocolo se encuentra en los tres grupos en torno a algo más de cuatro meses, siendo sus respectivas medias de 4,5, 4,0 y 4,5. El tiempo máximo lo marcó un voluntario autoagredido (AA), que llevaba dieciséis meses cumplidos. Como en la edad, no se encontraron diferencias significativas entre sus medias.

Los datos del protocolo así obtenidos en los tres grupos han sido procesados con paquete estadístico a nivel informático utilizándose fundamentalmente chi cuadrado y t-test para las variables cualitativas y cuantitativas, respectivamente.

- Conducta realizada.
- Necesidad de cuidados extrapsiquiátricos.
- Lugar donde se llevaba a cabo.
- Hora.
- Día de la semana.
- Mes.
- Atribución de desencadenantes.
- Antecedentes auto y heteroagresivos.
- Frecuencia de permisos.
- Antecedentes familiares y personales.
- Separación/muerte temprana de los padres.
- Existencia de familia numerosa.
- Cuestionario Eysenk de Personalidad.
- Diagnóstico DSM III R.

Tabla.— 1

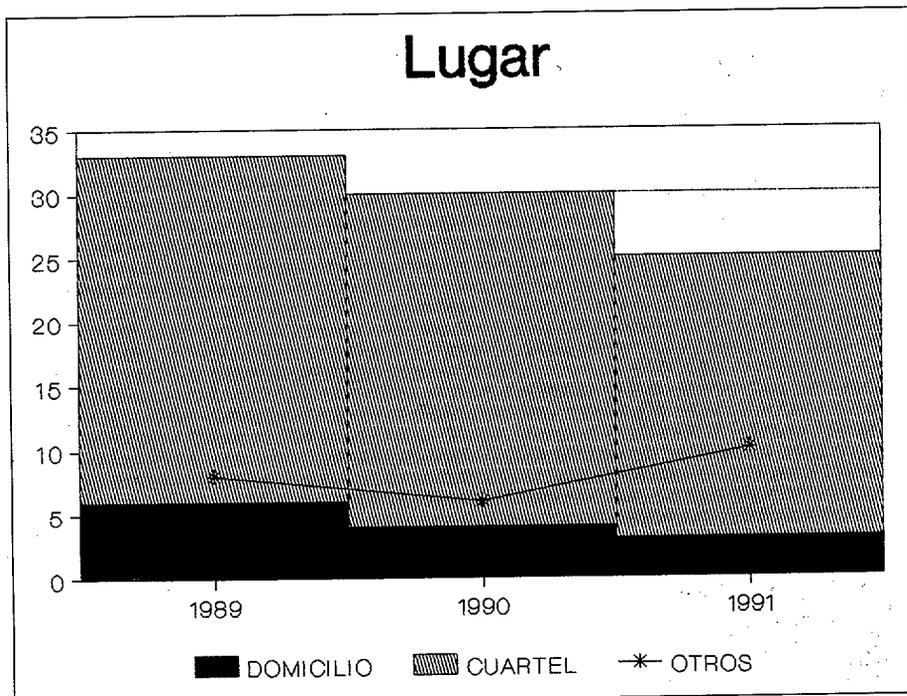


Figura.— 1

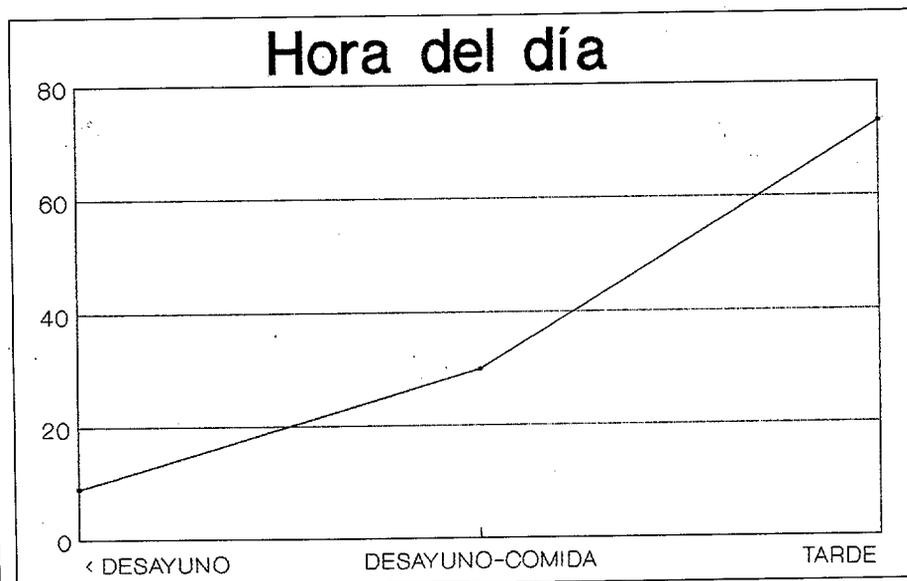


Figura.— 2

(AA)Pacientes con autoagresiones.....	112
Año 1989.....	41
Año 1990.....	36
Año 1991.....	35
(PA)Pacientes sin autoagresiones.....	30
(CO)Soldados sanos.....	28

Tabla.— 2

RESULTADOS Y DISCUSION

Se ofrecen solamente aquellos resultados que por su interés o nivel de significación merecen mayor atención, evitando así la exposición innecesaria de información.

RESULTADOS DE LOS TRES AÑOS CON LOS AUTOAGREDIDOS

Las formas de realizar las conductas autoagresivas han sufrido en el transcurso de los tres años un incremento de los cortes (16, 17 y 22 en los sucesivos años) a la par que una disminución de la ingesta de fármacos (17, 9 y 7, respectivamente); la utilización de otros medios se ha mantenido prácticamente invariable. Sería difícil hacer una interpretación de estos hechos.

El posible desprestigio de los "pastilleros" podría ser, aunque de forma remota un motivo de disminución de estas pautas con fármacos. Otra posible interpretación es que al haber habido un aumento de alegaciones en este Hospital, por un lado, y por otro, la puesta en marcha del Gabinete de Psicología que realiza tests y entrevistas en las Unidades tras la incorporación enviando de forma temprana a los "dudosos" se haya hecho una mayor selección.

Los que se han infringido cortes se entenderían en este sentido como consecuencia de ser acto más impulsivos e impredecibles y por tanto haberse "escapado" de los filtros de selección antes mencionados. Queda, aun con todo, por aclarar el motivo del incremento observado. No obstante, no se alcanzaron niveles de significación estadísticos.

El lugar (figura 1) en el que han realizado la conducta autoagresiva también ha mostrado cambios en los tres años estudiados. Han ido disminuyendo los que lo han realizado en el domicilio (6, 4 y 3) y también lo han hecho los que lo han hecho en la

MUESTRA	MEDIA	MIN.	MAX.
AA	10.05	0	180
PA	7.60	0	45
CO	2.57	0	14

Tabla.— 3

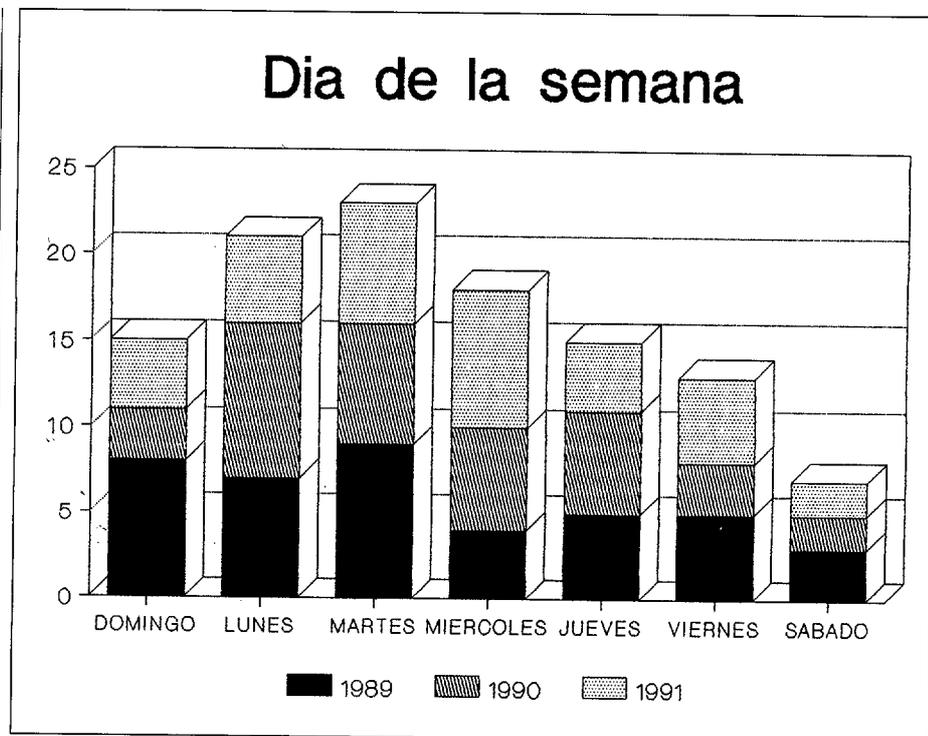


Figura.— 3

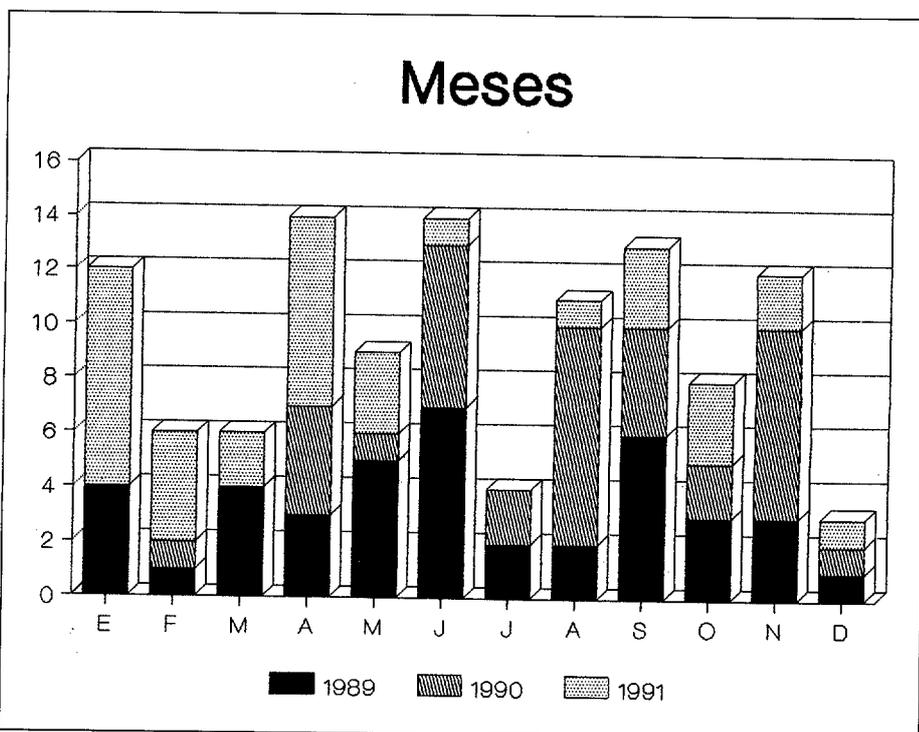


Figura.— 4

Unidad (27, 26 y 22); a cambio han aumentado en el último año los lugares distintos a domicilio y cuartel (8, 6 y 10). Dadas las escasas y no significativas diferencias no se entra en interpretaciones.

El predominio vespertino (figura 2) para realizarlo ha seguido como tónica general en los tres años lo que ya fue interpretado como posible indicador de la reactividad de las conduc-

tas como contrapartida a la endogeneidad que sería más matutina.

El día de la semana (figura 3) que más conductas autoagresivas ha mostrado ha sido el martes y sus días adyacentes que marcan el inicio de la semana. El que menos el sábado y sus adyacentes. Esta bifasicidad también la encontramos el primer año y se ha mantenido al aumentar el tamaño de la muestra. Ello se

interpreta en el mismo sentido que el predominio vespertino, como indicador de reactividad de las conductas. Dado que se distribuye demasiado la muestra por el número excesivo de posibles respuestas (los siete días de la semana) no hay significación.

Lo mismo ocurre con *el mes* en que se realizaron (figura 4) que al no seguir un ritmo estacional nos hace pensar en un menor predominio de la endogeneidad. No obstante, al verlo representado si es observable un incremento en primavera y otoño. En cualquier caso no hay significación estadística.

Ni en la cronología que se acaba de describir, ni en la presencia de *antecedentes* familiares y personales se ha hallado comportamiento sustancialmente distinto al observado en la muestra de 1989.

Otro tanto se puede decir de los *antecedentes auto o heteroagresivos* que siguieron en altos niveles en los tres años del estudio. Luego se comparará con las otras muestras.

Todos ellos consideraron su conducta reactiva a algún conflicto. Lo atribuyeron a conflictos relacionados con el Servicio Militar 64 casos, mientras que 48 lo atribuyeron a conflictiva ajena al mismo. El porcentaje, pues, se mantiene con respecto al primer año de estudio.

La *frecuencia de permisos* con la muestra de los tres años si ha mostrado variación respecto a lo hallado en el primer año de estudio. Con la muestra de los tres años se ha observado una menor frecuencia de los permisos en los AA, cualquiera que sea la forma de autoagredirse. Más de la mitad iban a casa cada quince o más días.

RESULTADOS DE COMPARACION ENTRE LAS MUESTRAS

El *tiempo de S.M.* que llevaban realizados los tres grupos estudiados eran aproximadamente el mismo, no

AGRESIVIDAD	AA	PA	CO
Sí antecedentes	60	12	2
No antecedentes	52	18	26

Tabla.— 4

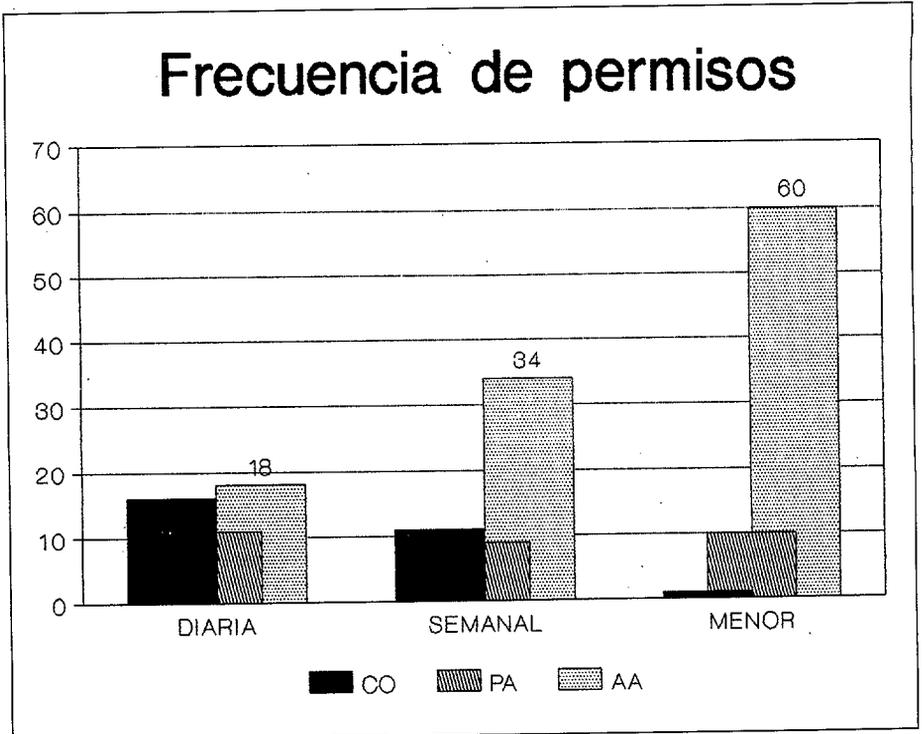


Figura.— 5

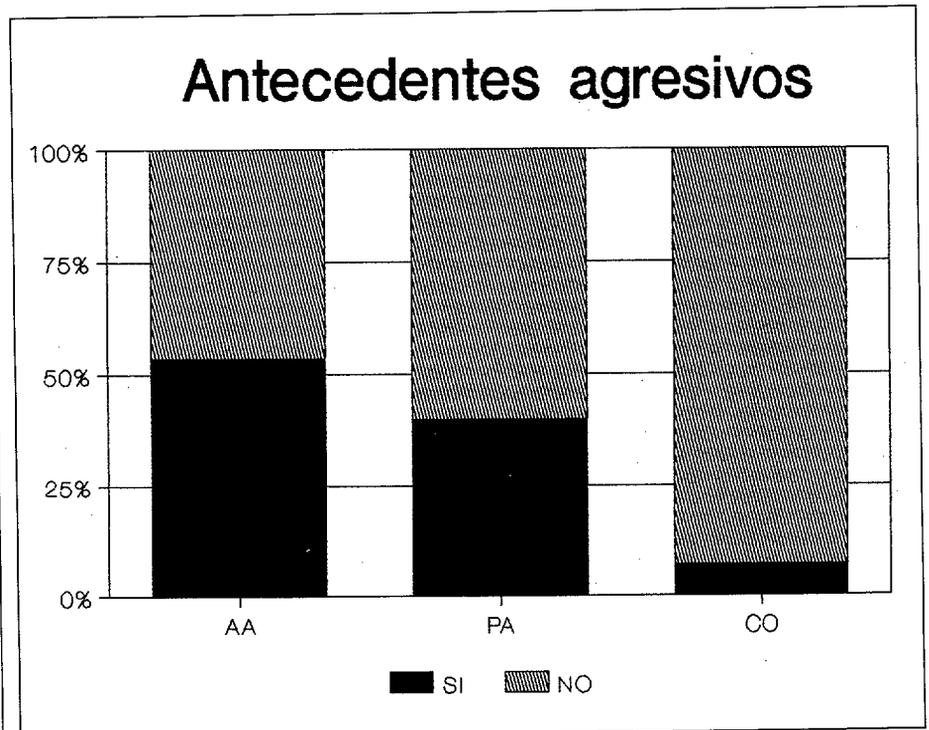


Figura.— 6

habiendo entre sus medias diferencias significativas, como ya se indicó.

El *tiempo transcurrido desde su última estancia en casa* no mostró diferencias significativas entre los tres grupos, pero cabe destacar las medias de tiempo que habían transcurrido en todos ellos expresadas en días: (tabla 3).

Aunque sin significación, el grupo que llevaba más días sin ir a casa era

los AA y los que menos eran los soldados sanos que servían de grupo de control (CO).

Lo que sí mostró diferencias significativas fue la *frecuencia habitual de permisos* que ponía al grupo de AA como los que menos frecuentemente lo hacían. La significación ($p < 0.0001$) y la figura 5 evidencian estos datos. Se podría entender este hecho en cuanto a la conflictividad que al

ser mayor en el grupo de AA puede llevar consigo medidas disciplinarias que hagan tener menos permisos. No obstante, ésto se queda en el terreno de la interpretación, pues no se amplió la investigación en ese sentido.

El grupo de CO mostraron significativo ($p < 0.0001$) menor número de *antecedentes agresivos* sean auto y/o heteroagresivos en relación con los otros dos grupos. Los datos fueron éstos: (tabla 4).

La figura 6 ilustra también estos hallazgos que nos ponen sobre la idea de la importancia de estos antecedentes, sean auto o heteroagresivos, como ya quedó descrito en el

TIPO DE FAMILIA	AA	PA	CO
Numerosa	67	17	6
No numerosa	45	13	22

Tabla.— 5

trabajo realizado sobre el año 1989. Nos debe llevar a considerar también el factor de riesgo que supone la presencia de esos antecedentes.

Conviene señalar que se recogía afirmativo un caso como antecedente autoagresivo cuando habían hecho conductas de este tipo previas precisando de asistencia médica; se recogía como antecedente heteroagresivo aquel caso que hubiese tenido conductas agresivas que hayan conllevado alteración del orden o asistencia policial y/o judicial (peleas en locales públicos, detenciones, prisión, etc.).

La *conflictividad en la Unidad* ha mostrado tendencia ($p < 0.1$) a ser inferior en el grupo CO en relación a los otros dos (figura 7), aunque sin aceptable nivel de significación. Lo mismo ha ocurrido con la *conflictividad en la vida civil previa*, aunque esta vez con $p < 0.05$. Se ilustra en la figura 8. Debe entenderse que la conflictividad aquí considerada es distinta a conductas agresivas.

De idéntica forma se han hallado menos *antecedentes de tratamiento psiquiátrico* ($p < 0.05$) en el grupo CO en relación con los otros dos grupos (figura 9).

Sin significación estadística se encontró un mayor porcentaje de personas con *pérdida temprana o separación de padres* en los grupos de PA y AA.

Se halló un predominio de *antecedentes familiares suicidas* ($p < 0.05$) en el grupo de AA, aunque puede ser

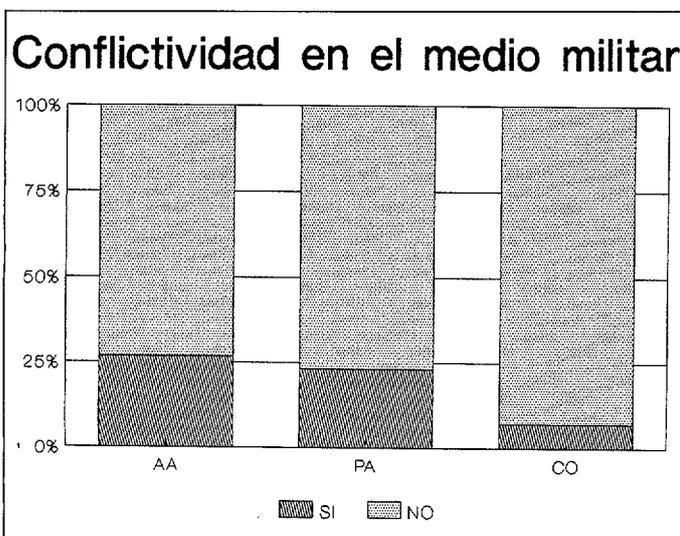


Figura.— 7

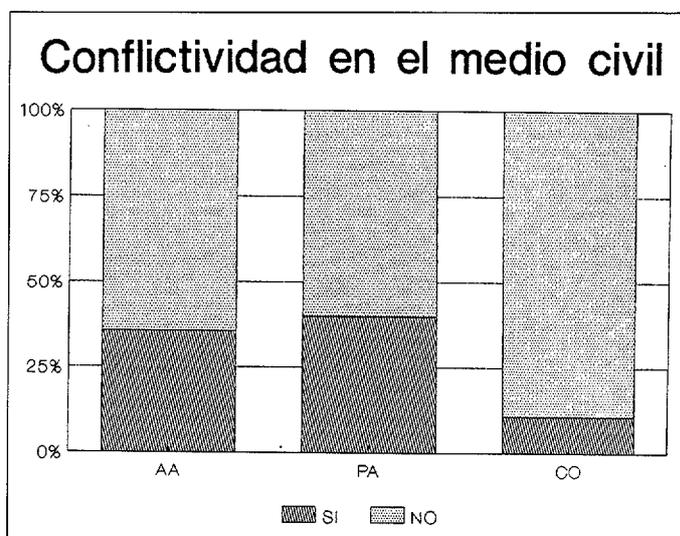


Figura.— 8

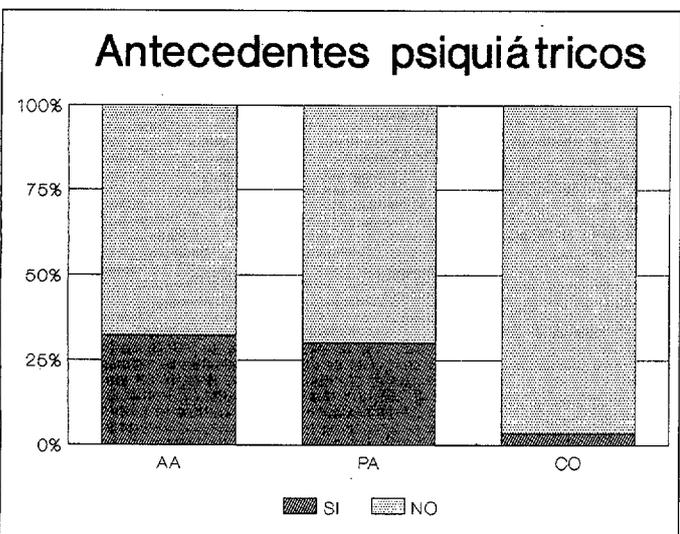


Figura.— 9

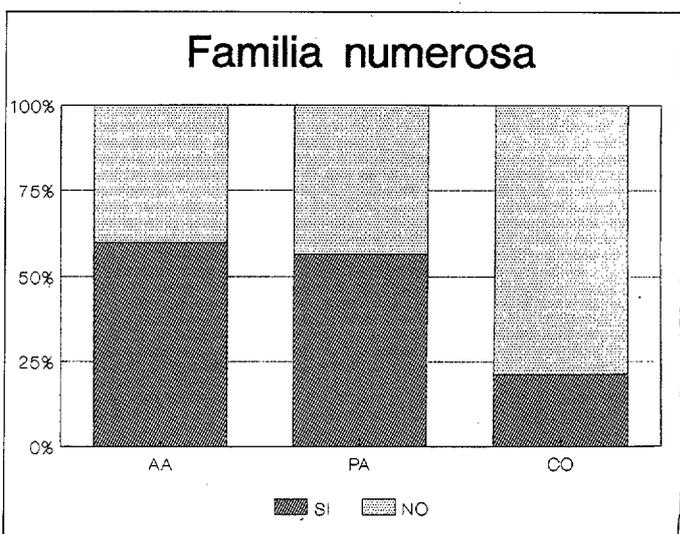


Figura.— 10

no representativo ya que se hallaron escaso número de estos antecedentes (dos) en el grupo de PA y ninguno entre los CO.

Como interesante y de difícil interpretación puede calificarse la alta frecuencia de familias numerosas halladas en los AA y en los PA en relación con los CO ($p < 0.01$), en especial en los autoagredidos (figura 10). Los datos hallados en este sentido son los siguientes: (tabla 5).

Los datos son lo suficientemente significativos como para ser tenidos en cuenta en la anamnesis. Factores de aprendizaje y demandas de atención más acusadas en las familias numerosas, podrían interpretarse como motivos de estos resultados.

En el Cuestionario Eysenck de Personalidad para Adultos (EPQ-A) los resultados obtenidos en los CO permiten diferenciarlos de los otros dos grupos. Ya en un trabajo previo (ALEJOS y cols., 1988) se habían obtenido resultados muy significativos con este cuestionario de personalidad en distintos grupos de pacientes y que mostraban respecto a controles en nuestro medio castrense una mayor puntuación en Emocionabilidad (N), menor Extroversión (E), mayor Dureza (P) y

EPQ-A	N.	E.	P.	S.
AA	85.6	33.5	79.9	71.9
PA	89.4	29.4	86.4	71.2
CO	39.1	67.6	38.5	58.5

Tabla.— 6

mayor "sinceridad" (S) o lo que es lo mismo menor tendencia a mostrar buen aspecto.

Los resultados aquí obtenidos vuelven a corroborar aquellos resultados. Así los CO se separan de los otros dos grupos en todas las escalas con $p < 0.01$. Las medias obtenidas, que se representan en la figura 11, son las siguientes: (tabla 6).

En relación al diagnóstico DSM III R no se han hallado diferencias significativas entre los AA y los PA. La mayoría de ambos grupos pertenecían a los trastornos adaptativos (en cuyo curso realizaron la autoagresión) y a los trastornos de personalidad, siguiendo similar tónica a la mostrada en la muestra estudiada en 1989.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos con una muestra más amplia que la estudiada no difieren sustancialmente de los obtenidos en el estudio anterior.

Sí es importante señalar, en cambio, cómo separan algunas variables recogidas al grupo control de los

otros dos grupos. Se puede asegurar que no se han hallado diferencias entre los autoagredidos y los pacientes hospitalizados en ninguna de las variables estudiadas y que con respecto a los controles sí las ha habido. De esta forma no se puede establecer un perfil para los que realizan autoagresiones que no sea también superponible al de los pacientes a la simple luz de este estudio.

Por los resultados obtenidos, se podría llegar a suponer para los autoagredidos (y por lo dicho, también en los pacientes) el siguiente perfil o FACTORES DE RIESGO:

- 1.— Conflictividad en la Unidad.
- 2.— Conflictividad en la vida civil previa a la incorporación a filas.
- 3.— Frecuencia habitual de permisos cada quince o más días.
- 4.— Antecedentes auto y/o heteroagresivos.
- 5.— Antecedentes de tratamiento psiquiátrico.
- 6.— Antecedentes familiares con intentos autolíticos.
- 7.— Familia numerosa.
- 8.— En el Cuestionario Eysenck de Personalidad para Adultos mostrar perfil de alta N, baja E, alta P y también alta S.

A estos puntos podrían añadirse, aunque con menos validez por su falta de significación:

- 9.— Pérdida temprana o separación de alguno de los progenitores.
- 10.— Transcursos de tiempo prolongados sin irse a su domicilio.

Se considera, en consecuencia, conveniente remarcar bien en la anamnesis que se hagan a reclutas y soldados el estudio de estas variables, muy en particular por los psicólogos que hacen el screening tras las incorporaciones.

BIBLIOGRAFIA

ALEJOS, J. D. "Formas de autoagresión en las FAS. Estudio de pacientes ingresados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar de Barcelona en el año 1989". Medicina Militar, Vol. 47/1, pp.37-42, 1991.

ALEJOS, J. D.; MANUEL, T.; ABEJARO DE CASTRO, F.: "Estudio de los perfiles en EPQ de un grupo de pacientes psiquiátricos". Phronesis, Vol. 9/6, pp.316-321, 1988.

* No se repite, aunque se nombre en el texto, la bibliografía del anterior estudio de 1989. El interesado en el tema puede consultarla en el mismo (ALEJOS, 1991).

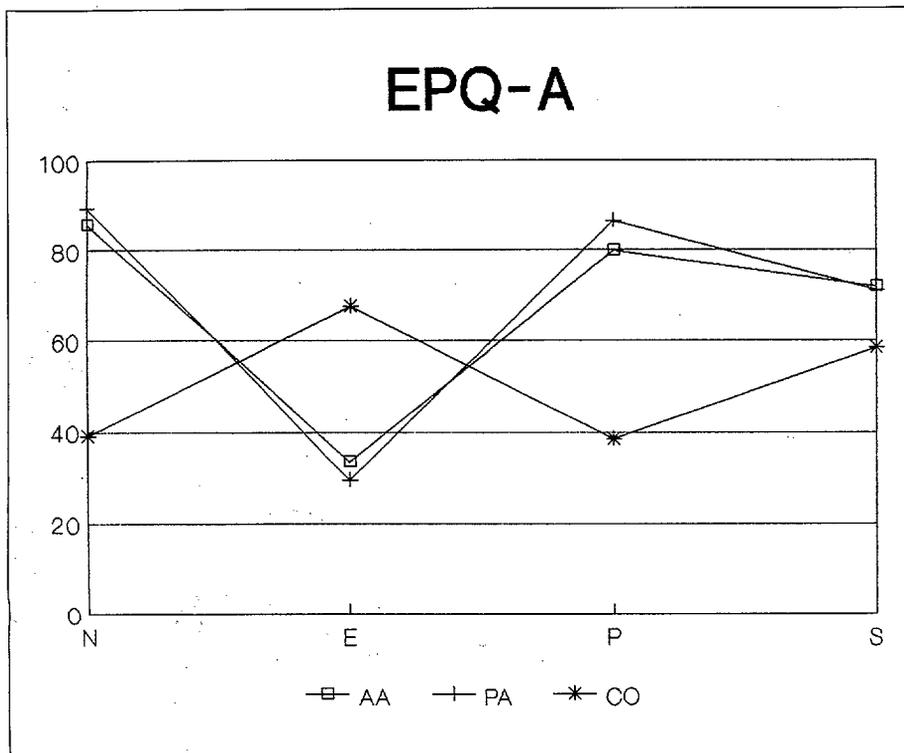


Figura.— 11