

**Ministerio de Salud Pública**  
**Instituto Superior de Ciencias Médicas**  
**“Carlos J. Finlay”**

**Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Cmdte René Vallejo Ortiz”**  
**Camagüey**

**Libro “Crisis, Familia y Psicoterapia” (Aporte de una nueva tecnología al  
tratamiento de los trastornos psíquicos) Documento adjunto.**

**Tesis para optar por la Categoría Científica de Doctor en Ciencias Médicas**

**Autor: Dr. Alberto Clavijo Portieles**

**Camagüey, 2006 “Año de la Revolución Energética en Cuba”**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A mis profesores, muy especialmente al Profesor DrSc. José Ángel Bustamante O'Leary, quien me encaminó por el hermoso sendero de la psicoterapia**

**A mis pacientes, de quienes llevo 38 años aprendiendo y que me han hecho mejor persona**

**A mi familia, a quienes he recargado y privado de buena parte del tiempo que merecían, para poder cumplir con este propósito**

**A mis compañeros de trabajo, sin cuya colaboración no hubiera podido llegar hasta aquí**

**A todas y a todos los que me han apoyado en esta vida, y a los que labraron el camino para que hoy la psicoterapia sea un recurso eficaz en manos de la Medicina, a disposición del pueblo cubano.**

## SÍNTESIS

*El libro que se presenta como Tesis, portador material de la psicoterapia concreta de actitudes, contribución teórica y práctica del autor, es Resultado de un Proyecto Ramal y Territorial de Innovación Tecnológica, culminado satisfactoriamente. En él se integran los aportes conceptuales y empíricos de la experiencia psicoterapéutica de los psiquiatras marxistas cubanos, en particular los específicos del Autor, con los aportes internacionales científicamente reconocidos en la materia, procediendo a la construcción del modelo teórico y metodológico, y a la descripción detallada, de una técnica autóctona de psicoterapia, llamada a satisfacer necesidades asistenciales y docentes de nuestro sistema de salud en materia de terapia individual, breve y profunda, grupal y familiar, acorde a nuestros principios filosóficos. Mediante su utilización en un sistema de actividades de postgrado a lo largo del país, se capacitaron equipos de salud mental de 10 provincias, incluida la capital, facilitando la introducción de la técnica mencionada en los servicios correspondientes. El libro se distribuyó además en todas las provincias y está disponible física y electrónicamente en la red de Infomed. Por su calidad científica, obtuvo el Premio Anual de la Salud, el Premio Academia 2003 y el reconocimiento a su utilidad y valor por parte del Grupo Nacional y de la Sociedad Cubana de Psiquiatría.*

## TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN-----	Pág.	1
1.- ESTADO DEL ARTE-----	“	10
2.- PSICOTERAPIA CONCRETA DE ACTITUDES-----	“	13
3.- LIBRO “CRISIS, FAMILIA Y PSICOTERAPIA”-----	“	20
3.1. Crisis-----	“	21
3.2. Familia-----	“	26
3.3. Psicoterapia-----	“	28
3.4. Consideraciones generales sobre la PCA-----	“	29
4.- VALOR DEL LIBRO-----	“	35
5.- RESULTADOS-----	“	40
5.1. Cursos impartidos sobre el tema-----	“	44
5.2. Trabajos presentados en Eventos-----	“	46
5.3. Producción científica del autor sobre el tema de la tesis-----	“	47
6.-IMPACTO SOCIAL-----	“	49
7.- CONCLUSIONES-----	“	53

8.- RECOMENDACIONES-----	“ 57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y BIBLIOGRAFÍA-----	“ 59
ANEXOS-----	“ 66
1. Constancia Premio Academia 2003-----	“ 67
2. Constancia Premio Anual de la Salud 2003-----	“ 69
3. Aval de la Sociedad Cubana de Psiquiatría-----	“ 70
4. Aval del Grupo Nacional de Psiquiatría-----	“ 71
5. Características científicas del aspirante (resumen) -----	“ 72
6. Constancia Premio de la Crítica 1990-----	“ 74
7. Constancia de publicaciones del autor sobre el tema-----	“ 75
8. Cursos impartidos sobre el tema-----	“ 113
9. Trabajos sobre el tema presentados en eventos internacionales-----	“ 126
10. Diploma de profesor titular-----	“ 131
11. Certificado de especialista de primer grado en psiquiatría-----	“ 132
12. “ “ “ “ segundo “ “ “ -----	“ 133
13. Reconocimiento del Ministro por el Premio Academia-----	“ 134
14. Reconocimiento Dcción de Ciencia y Técnica por Premio de la Salud “	135
15. Acta del Jurado del Premio Anual de la Salud -----	“ 136
16. Otros reconocimientos y avales-----	“ 137
17. Currículum vitae-----	“ 145
18. Testimonios por exhibición de documentos del currículum vitae-----	“ 173
19. Resumen de la tesis----- (documento adjunto)	

## INTRODUCCIÓN

Nuestro Sistema de Salud, altamente desarrollado, no muestra igual nivel en el desempeño de nuestros profesionales en cuanto a la comunicación interpersonal y la psicoterapia, lo que hace necesario dotarles de técnicas apropiadas. Las técnicas de psicoterapia utilizadas internacionalmente no se corresponden, en general, con nuestra ideología ni se adecuan fácilmente a nuestro modelo asistencial. Por otra parte, las importantes pero escasas modalidades autóctonas han adolecido de la prioridad y difusión suficientes para alcanzar el necesario impacto en nuestros servicios. El **problema científico** que se planteaba ante nosotros era la *“necesidad de una técnica de psicoterapia apropiada a nuestra ideología y contexto asistencial, en el marco de la atención en salud mental y de la atención primaria de salud”*. Me hice en su momento el propósito de desarrollar una técnica de psicoterapia acorde a nuestras necesidades en interés de introducirla en el Sistema Nacional de Salud. Existían las enseñanzas del Profesor José Ángel Bustamante, finado mentor de toda una generación de psicoterapeutas cubanos (1)(2) junto al de otros terapeutas de valía (3), el trabajo sobre el tema del Autor a lo largo de varias décadas (ver páginas 47-48) y una profusa bibliografía internacional (ver páginas 371-380 del libro) que, aunque cargada de errores de índole filosófica, ha venido realizando aportes a lo largo de

más de un siglo y cuya acumulación ha determinado la necesidad de proceder a su análisis crítico actualizado, a los efectos de incorporar dialécticamente a nuestra praxis los verdaderos logros y rechazar aquello que adolece de rigor científico o introduce valores y conceptos ajenos a nuestra ideosincracia y filosofía. Analicé, en su oportunidad, que si compatibilizaba los aportes teóricos y prácticos de los psiquiatras marxistas cubanos acerca de la aplicación de las actitudes a la psicoterapia, en particular los específicos míos, con los aportes internacionales científicamente reconocidos sobre terapia psicológica, era posible, con apoyo de un libro, desarrollar y poner a disposición de nuestros profesionales una técnica autóctona de psicoterapia acorde a esos requerimientos. Ello determinó que, contando con un modelo original de terapia con muchos años de aplicación, me trazara la estrategia de obtener la aprobación por el MINSAP y el CITMA de un Proyecto Territorial y Ramal de Innovación Tecnológica destinado a la “Introducción de la Psicoterapia Concreta de Actitudes (PCA) en la red de servicios del Sistema de Salud” (4), el cual fue llevado a feliz término y evaluado satisfactoriamente, de acuerdo al cronograma previsto.

El objetivo del proyecto mencionado consistió en “dar a conocer los principios teórico-metodológicos, la técnica, estrategias y recursos para la aplicación de la psicoterapia concreta de actitudes, en sus diversas modalidades y, con ello, contribuir a capacitar a los profesionales de la salud mental y la medicina familiar en esta nueva tecnología, adecuada a nuestras necesidades asistenciales, e introducirla progresivamente en el sistema nacional de salud.”

La elaboración del modelo teórico, y del libro, devenían esenciales a mi propósito, por lo que **(y es lo que interesa a mi tesis)** lo fundamental era resolver, mediante el método teórico, la elaboración y construcción científica del modelo terapéutico, el cual hube de plasmar en el libro aludido. (La generalización de la técnica en el sistema de salud y la demostración de su eficacia constituye un importante propósito personal y el motivo del proyecto referido, así como de mi trabajo perspectivo, pero no son el objetivo de mi tesis).

La secuencia desplegada, entonces, de acuerdo al proyecto, consistió en:

Primera parte (1999-2004):

1. Revisión exhaustiva de la bibliografía nacional e internacional sobre el tema y organización de las experiencias, trabajos científicos y publicaciones del autor sobre trastornos neuróticos y psicoterapia
2. Puesta a punto de las bases teóricas y la metodología de la Psicoterapia Concreta de Actitudes (PCA) en sus cuatro modalidades
3. Redacción, publicación y distribución de un libro portador de la técnica, que sirviera a su vez de fundamentación científica y de bibliografía básica sobre esta terapia
4. Desarrollo de diplomados nacionales para la formación de multiplicadores, con apoyo en el libro
5. Impartición por parte del autor de diplomados y cursos provinciales, a lo largo del país, para su reproducción posterior en los respectivos territorios
6. Introducción de la PCA en las distintas instituciones de la red de servicios de salud mental del país



## 7. Generalización de su aplicación en el Sistema Nacional de Salud

Segunda parte (2005-2010):

8. Extensión de la capacitación a la red de Atención Primaria de Salud
9. Educación continuada a distancia, mediante la red electrónica de Infomed, a través de la actualización y del intercambio sistemático entre el autor y los profesionales capacitados
10. Evaluación de resultados, haciendo énfasis en la evolución clínica y el nivel de satisfacción de los usuarios
11. Desarrollo de ensayos clínicos e investigaciones cuanti-cualitativas sobre el tema, utilizando tesis de maestrados en salud mental comunitaria y de una maestría en psicoterapia que prepara nuestro Instituto.

Constituyen resultados de este proceso el que el libro “Crisis, Familia y Psicoterapia” obtuvo Premio Nacional en el Concurso Anual de la Salud 2003, el Premio Anual Academia 2003 y está propuesto a Premio Nacional del XV Forum de Ciencia y Técnica. Fue distribuido a la red de bibliotecas de los servicios de salud mental y APS del Sistema Nacional de Salud. También fue editado por ECIMED en formato electrónico en un CD, con vistas al mercado de divisas, y aparece disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/libros/crisisfamiliar/indice.html>. Con su apoyo como literatura docente básica se realizaron diplomados nacionales para la formación de multiplicadores, así como diplomados y/o cursos provinciales en Camagüey, Ciego de Ávila, Las Tunas, Villa Clara, Cienfuegos, Holguín, Santiago de Cuba, Sancti Spíritus y Ciudad de La Habana (diplomado para las provincias occidentales). También cursos internacionales en la Universidad Autónoma de Santo Domingo, en

dos ocasiones, y otro en el Simposio Regional Caribe-APAL, Septiembre 2005. En la mayoría de las provincias se vienen aplicando estas técnicas en los servicios de salud mental, conforme fue recomendado por la Sociedad Cubana de Psiquiatría y es avalado por el Grupo Nacional de Psiquiatría.

### **Objetivos del libro y de la tesis que presento:**

General:

Fundamentar la construcción de un nuevo modelo teórico y metodológico sobre el abordaje de los trastornos neuróticos y la psicoterapia, basado en el papel de las actitudes, aportando una nueva tecnología aplicable en nuestro sistema de salud, detallando sus características, variedades y técnicas específicas, precisando la participación de la crisis y de la familia en estos procesos.

Específicos:

1. Fundamentar la identidad teórico-metodológica de la PCA, de forma accesible a los profesionales de la salud mental y de la medicina familiar
2. Abordar a profundidad el tema de los trastornos neuróticos, su concepto y etiología conforme al materialismo, y su tratamiento de elección, la psicoterapia.
3. Exponer la teoría de la crisis (5) en sus dimensiones biológica, psicológica y social, relacionándola con la problemática del estrés (6)(7)(8), detallando los mecanismos de la claudicación nerviosa ante el mismo a la luz de la categoría marxista de **necesidad** (9), especificando el papel de la actitud

(10) en los procesos biológicos y psíquicos de la neurotización, así como en la psicoterapia (11) (12).

4. Detallar los objetivos, mecanismos, fases, estrategias, procederes y recursos de las variedades individual, grupal y familiar de la PCA.
5. Precisar las dimensiones integrantes del concepto de funcionalidad y disfuncionalidad familiares, ubicando su papel en la salud mental de la familia (13) y en la corrección de los trastornos vinculados a la insatisfacción de las necesidades significativas que le corresponde atender al sistema familiar (14) y, por ende, en su tratamiento(15).
6. Contribuir a la capacitación de los profesionales de la salud mental y de la medicina familiar en esta nueva tecnología, al brindar el soporte bibliográfico imprescindible a la generalización de la técnica, de acuerdo a las demandas específicas del Proyecto Ramal y Territorial de Innovación del cual el libro forma parte.

**Otro objetivo del libro, que no lo es de la tesis en sí:**

7. Impactar, al mediano y largo plazos, en el proceso y los resultados del tratamiento de los trastornos neuróticos y de adaptación (16) en los beneficiarios del Proyecto. (Este es uno de los objetivos que me propongo para investigaciones futuras, el que pudiera formar parte de la tesis para un segundo doctorado que aspiro llegar a alcanzar).

**Aspectos clave sobre los que actúa la PCA:**

- Sobre las necesidades significativas involucradas en el problema a tratar
- Sobre las “amenazas” y los conflictos del sujeto (objetivos y subjetivos)

- Sobre el estrés propiamente dicho
- Sobre la tensión y la perturbación emocionales resultantes
- Sobre las ideas irracionales(17) y las significaciones equívocas que subyacen en el problema (lenguaje semánticamente mal elaborado) (18)
- Sobre los mecanismos de afrontamiento y de defensa inadecuados (19)
- Sobre las actitudes y predisposiciones inapropiadas (20)
- Sobre las conductas (positivas y negativas) y sus refuerzos (21)(22)
- Sobre la relación y la comunicación interpersonales (23)
- Sobre el estilo y plan de vida de los sujetos en tratamiento (24)
- Sobre los síntomas y los trastornos presentes en el Sistema Nervioso (25)
- Sobre la calidad de vida de los pacientes y las familias.

Al trabajar metodológicamente, a profundidad, el papel de la actitud en la personalidad, en salud, en enfermedad y en el proceso de curación, se confiere a la psicología científica, experimental, el lugar que las corrientes burguesas dan a la especulación metafísica. Al olvidar el cerebro, como regla, estas corrientes absolutizan el papel de la psicogénesis o de la sociogénesis en las enfermedades mentales, alienando su visión integral, holística, paradigma de la Escuela Cubana que defiende. Al integrar en un texto científico la teoría de la crisis y del estrés en su relación con la claudicación nerviosa, la teoría de la familia como reproductora de la especie, la cultura y el sistema social (26), y la concepción de la terapia como un cambio hacia la salud en la actitud -y, tras ella, del funcionamiento biopsicosocial- de las personas y las familias ante las incidencias perturbadoras concretas de su mundo, dejando en claro los lazos internos entre los tres

aspectos aludidos, se hace un aporte coherente al pensamiento científico-materialista y, con ello, se satisfacen los atributos fundamentales integrantes de la Escuela Cubana de Psicoterapia en pleno proceso de desarrollo:

- Compromiso social
- Aplicación creativa del Marxismo
- Enfoque integrativo: no eclecticismo ni pragmatismo
- Asimilación crítica de los aportes universales: no dogmatismo
- Papel medular del manejo de las actitudes en la terapia
- Adecuación a las necesidades de la práctica asistencial

Los elementos esenciales que definen la **originalidad** de los elementos teóricos y técnicos desarrollados y expuestos en el libro son los siguientes:

- Definición de las actitudes disfuncionales a cambiar como el problema fundamental de la terapia
- Fundamentación acerca de qué debemos entender por “lo concreto en psicoterapia” (de lo particular a una hipótesis de trabajo *ad hoc*)
- Enfoque integrativo (27): asimilación dialéctica de los aportes universales sobre un core autóctono
- La terapia como proceso de investigación cualitativa (28)
- Papel metodológico del diagnóstico sistémico y de la hipótesis sistémico-actitudinal en la estrategia de tratamiento (Ver libro pág. 261-264)
- La estrategia básica asumida descansa fundamentalmente en el manejo y la modificación de las actitudes disfuncionales presentes

Del **resultado obtenido por el libro** hablan los avales del Grupo Nacional de Psiquiatría, de la Sociedad Cubana de Psiquiatría y los premios nacionales arriba mencionados, así como los miles de pacientes atendidos con las técnicas descritas y los cientos de cursistas, diplomantes y maestrantes que tuvieron, mediante él, la oportunidad de profundizar en los fundamentos de la PCA y de acceder a una amplia actualización de los avances científicos acerca de los trastornos neuróticos y de la psicoterapia, razones todas ellas por las que considero que el libro ha contribuido a brindar un nuevo instrumento educativo y asistencial, que amplía el conocimiento y las opciones psicoterapéuticas de los profesionales de la salud mental y la medicina familiar, lo que, a mediano y a largo plazo, deberá contribuir al perfeccionamiento de los servicios de psicoterapia que se ofertan a la población.

En suma, la **novedad científica** de esta tesis radica en la construcción de un modelo teórico, un cuerpo metodológico y, a consecuencia de ello, una nueva tecnología de psicoterapia, científicamente orientada, flexible y con formas y opciones múltiples, que viene a satisfacer necesidades doctrinarias, didácticas y asistenciales tanto nacionales como internacionales, existentes en el tema que nos ocupa. Provee, en el campo teórico, un modelo conceptual materialista, lógicamente articulado, acerca de los trastornos neuróticos y la psicoterapia, del que carecía la especialidad, capaz de servir de alternativa marxista a las corrientes subjetivistas sobre el tema, prevalecientes en la psiquiatría occidental.

## **1. ESTADO DEL ARTE**

## 1. ESTADO DEL ARTE

El Estado del Arte a nivel internacional ofrece tecnologías cuya generalización en el país tendría un costo, en lo asistencial como en lo ideológico, desventajoso en relación con la que aportamos. Técnicas bastante eficaces, como las cognitivo-conductuales (29) y las gestálticas (30), de amplia difusión en el mundo y con numerosos seguidores en nuestro país, tienen indicaciones más restringidas, parten de conceptos pragmáticos, obviando el carácter biopsicosocial, sistémico, del proceso salud-enfermedad y, por ende, su integralidad. El Psicoanálisis, con base teórica harto polémica y formas terapéuticas ajenas a nuestra ideosincracia y organización asistencial, aunque hace indiscutibles aportes que incorporo a mis técnicas (31)(32), no satisface nuestras expectativas. La hipnosis (33), en uso en nuestro medio y con indicaciones específicas, complementa pero no sustituye las técnicas de actitudes, sin que presente modalidades profundas, de grupo y familiares, capaces de servir como alternativas a la terapia de actitudes. Las escuelas conductual, reflexológica, existencial, estratégico-comunicacional (34), entre otras (35)(36), adolecen del enfoque social o de los fundamentos científicos que las hagan, en su esencia, aceptables a nuestros intereses (37). Psicoterapias autóctonas de gran interés, como la Psicoterapia de Grandes Grupos (38) y la Psicoterapia hacia las Metas (39), están diseñadas específicamente para aplicarse



en hospitales de día, y no fueron concebidas para su utilización sistemática en unidades de crisis o en consultas externas, por lo que no cubren por completo el espectro de nuestras necesidades asistenciales. La Terapia de Modificación de Predisposiciones (TMP) de Hiram Castro-López Ginard (40), con fundamentos muy próximos a los míos, difiere de la PCA en que sigue un recorrido que va de la aseveración apriorística de la existencia de tres predisposiciones básicas en los neuróticos, al trabajo sucesivo sobre ellas en la totalidad de los pacientes atendidos –sin profundizar, como la nuestra, en las particularidades individuales–. En la PCA, en cambio, vamos de lo particular, emanado de la evaluación del paciente concreto, a una hipótesis explicativa diseñada ad hoc, que se ha de comprobar en cada caso. O sea, la TMP no es “concreta”; y no conozco que haya desarrollado modalidades breves para su utilización en unidades de crisis o en medicina familiar.

Por tanto, la situación internacional respecto a la psicoterapia, muy polémica, con abundancia de escuelas y enfoques, es de proliferación poco ordenada de técnicas, con absoluta falta de consenso entre ellas acerca de los mecanismos de acción efectivos, con fundamentos científicos controvertidos en buena parte de los casos y, como regla, gnoseológicamente erradas al reflejar posturas filosóficas ajenas, que van desde el pragmatismo ecléctico al idealismo subjetivo más extremo.

Es por ello que la psiquiatría contemporánea está urgida de una sedimentación del conocimiento acerca de lo válido en psicoterapia, del empleo del método científico en la selección de sus estrategias y recursos, y de un enfoque filosófico coherente, acorde con las posiciones del materialismo dialéctico e histórico.

La Psicoterapia Concreta de Actitudes es una respuesta cubana a este desafío.

## **2. PSICOTERAPIA CONCRETA DE ACTITUDES**

## 2. LA PSICOTERAPIA CONCRETA DE ACTITUDES (PCA)

La PCA constituye “un sistema de métodos terapéuticos que, a través de los recursos de la comunicación y el análisis de las actitudes, busca el alivio o la recuperación de un trastorno y la obtención de calidad de vida. Su técnica es variable, en dependencia de las necesidades concretas de los usuarios y de los objetivos específicos que se pretendan”. De acuerdo a ello, se caracteriza por:

- Sistema de métodos terapéuticos dirigidos a lograr objetivos ad hoc
- Manejo técnico de la comunicación interpersonal
- Busca el alivio de síntomas, la recuperación del trastorno implicado y la obtención de calidad de vida por parte del paciente y/o la familia
- Enfatiza en el análisis y la modificación de las actitudes disfuncionales
- Utiliza recursos variables, en dependencia de los objetivos planteados en cada caso en particular
- Tiene diversas modalidades, en función de las necesidades concretas de los usuarios
- Insiste en que la psicoterapia ha de actuar directa o indirectamente sobre la Actividad Nerviosa Superior y sus trastornos, o no es terapia.

Su objetivo fundamental es la modificación de aquellas actitudes, valores, motivaciones y pautas de conducta que provocan, mantienen o refuerzan el problema del paciente y/o la familia, con vistas a recuperar y promover su salud. Los principales objetivos específicos posibles a alcanzar con esta terapia, y que tributan a su finalidad psicoterapéutica de acuerdo al caso, son:

- Obtener la disminución o la desaparición de los síntomas presentes
- Incrementar la capacidad de satisfacer las necesidades significativas involucradas en el problema concreto del paciente y/o la familia
- Ampliar el conocimiento de los pacientes y las familias acerca de sus dificultades específicas, y sobre su participación en ellas
- Adquirir mayor ajuste y madurez emocional ante las adversidades
- Modificar las actitudes disfuncionales presentes en el trastorno
- Desarrollar conductas favorables a un mayor ajuste comportamental en relación con la solución de sus problemas
- Modificar las dificultades presentes en sus relaciones interpersonales de modo que estas favorezcan la satisfacción de sus necesidades específicas
- Desarrollar la comunicación y obtener un lenguaje semánticamente bien elaborado respecto al significado de sus conflictos
- Facilitar la adaptación activa y constructiva a su medio familiar y social
- Obtener calidad de vida

Procederes básicos de la PCA:

- Procurar que el paciente vivencie la disonancia existente entre sus actitudes y las exigencias de la realidad, mientras se obtiene la toma de

conciencia (insight) de la relación que guardan con sus problemas las actitudes asumidas, buscando se alcance la mayor movilización emocional posible al respecto: *Trabajar la experiencia emocional correctiva y la actitud como centro de la terapia*

- Elaboración y refuerzo de conductas adaptativas que influyan sobre la satisfacción de las necesidades, procurando la transformación de la secuencia de comportamientos involucrados en el problema
- Corrección de la disfuncionalidad personal y/o familiar, trabajando las actitudes, el cumplimiento de los roles, el ajuste con el ambiente, la integridad estructural y semántica, la comunicación y el manejo dinámico personal e interpersonal

Por otra parte, la *evaluación e hipótesis sistémico-actitudinales*, aporte capital del autor, posibilita hacer de cada experiencia terapéutica un verdadero proceso de investigación cualitativa. Se garantiza con ello el carácter estrictamente científico del método psicoterapéutico que se preconiza, se materializa su condición “concreta” y se hace viable en la práctica la participación activa del sujeto de la terapia –individuo, grupo o familia– tanto en el análisis de su situación de salud como en la adopción de las estrategias y planes de acción específicos, elaborados en conjunto, para el *cambio de actitudes hacia la salud*.

La PCA de actitudes ha resuelto el *cómo* desarrollar el proceso de la terapia cual un acto de investigación, donde el paciente y/o la familia son co-protagonistas del proceso investigativo y de sus resultados:

- Del problema a la hipótesis sistémica
- De hipótesis a objetivos: cambios hacia la salud
- De los objetivos a las estrategias y a las técnicas
- Comparar resultados con objetivos y con hipótesis
- Ajuste activo de hipótesis, objetivos y estrategias de acuerdo a la evaluación conjunta y con la participación protagónica del paciente y/o la familia, durante todo el proceso
- Evaluación final de acuerdo a los cambios hacia la salud ocurridos (indicadores cualitativos de impacto)
- Conclusiones y Recomendaciones

Lo hace, yendo 1) de la evaluación conjunta y pormenorizada del *problema* “concreto” del paciente (*evaluación sistémica*), a la elaboración de una *hipótesis sistémica* que lo explique de forma holística, integrando los diversos factores causales u “organizadores” involucrados (ver libro pág. 113). 2) A partir de la hipótesis sistémica acordamos con el paciente los *objetivos*. 3) Para lograr estos objetivos decidimos un *método* psicoterapéutico que se concreta en el desarrollo de *estrategias* de intervención diseñadas ad hoc, integradas por un conjunto de *recursos y procedimientos* seleccionados en consonancia para satisfacer los objetivos específicos a obtener en el caso. 4) Entonces, pasamos a la comprobación o no de la hipótesis de acuerdo a los *resultados*, comparándolos con la hipótesis y los objetivos trazados. 6) Ajuste de estos, si necesario, de acuerdo a la evolución del caso, considerando el *criterio de la práctica*, referente leninista de la verdad. 7) *Evaluación* conjunta de los cambios efectuados hacia la salud, tomando en cuenta determinados *indicadores clínicos y psicosociales de impacto*. 8) Por último, se sacan de conjunto *conclusiones* acerca de los cambios ocurridos y de lo

aprendido a través del proceso, haciendo las *recomendaciones* para el trabajo independiente y los *compromisos* del sujeto y/o la familia que se desprendan de la lógica particular del caso. Esa es la *ruta crítica* seguida por la PCA.

Como indicadores de impacto tomamos en cuenta, entre otros posibles de acuerdo al problema específico, los siguientes:

- Disminución o eliminación de síntomas
- Ajuste personal y sociofamiliar
- Percepción de bienestar personal y satisfacción por la terapia
- Cambio de valores hacia la salud
- Cambio de motivaciones y sentimientos hacia la salud
- Cambio de actitudes hacia la salud
- Cambio de conductas hacia la salud
- Cambio en la percepción clínica y sociofamiliar sobre el estado del paciente

De acuerdo a las conveniencias de la estrategia terapéutica, determinada por las necesidades del paciente y no por preferencias particulares del terapeuta, se desarrollan cuatro variedades: 1) la *psicoterapia breve*, de elección en situaciones de crisis emocional en las que los modos personales de afrontamiento adolecen de actitudes apropiadas, que es particularmente útil en atención primaria, consultas de psiquiatría y psicología, unidades de intervención en crisis, hospitales de día y centros comunitarios de salud mental. 2) La *modalidad profunda*, alternativa materialista al psicoanálisis ortodoxo, que está indicada en trastornos neuróticos más severos, en los que existen conflictos en relación con actitudes enfermizas arraigadas en la historia personal. 3) La *terapia grupal de actitudes*, de elección

cuando aparecen afectadas las relaciones interpersonales por actitudes mal adaptativas y una perturbada socialización. 4) La *modalidad familiar*, que resulta indicada en familias en las que sus actitudes disfuncionales están comprometidas significativamente en la problemática de sus integrantes.

Nuestro sistema de salud atiende a miles de personas con trastornos emocionales, buena parte de los cuales pueden recibir atención a sus problemas con apoyo en estas técnicas. Tras los estudios del Profesor José Ángel Bustamante y sus colaboradores en el Instituto de Investigaciones Fundamentales del Cerebro, así como los desarrollados por el DrSc. Hiram Castro-López en su tesis de Doctorado y por el Autor (\*), ha sido demostrado el vínculo de estos cuadros con las actitudes asumidas, lo que hace imprescindible dotar a nuestros profesionales de técnicas capaces de incidir sobre estos aspectos causales. Mi terapia se fundamenta, a diferencia de las extranjeras, en el trabajo directo sobre las actitudes individuales, grupales y familiares, a través de recursos y estrategias diseñados para ello.

Omitimos mayores detalles puesto que en el libro aparece de forma fundamentada y explícita la técnica elaborada, sus indicaciones y requisitos.

---

**(\*) Neurosis Involutiva e Ideología. Tesis para Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. Junio de 1972. Recomendada su publicación por el Tribunal Estatal correspondiente: Dres. René Yodú Prevez, Carlos Acosta Nodal, Miguel Valdés Mier, Guillermo Barrientos de Llano, Hatuey Álvarez Guillant**



### **3. EL LIBRO “CRISIS, FAMILIA Y PSICOTERAPIA”**

### 3. EL LIBRO “CRISIS, FAMILIA Y PSICOTERAPIA”

El libro es Resultado del citado Proyecto, adscrito al Programa Ramal: Enfermedades crónicas no transmisibles (Enfermedades mentales: suicidio y neurosis), con incidencia en el de Calidad de vida (Influencia de los servicios de salud y procedimientos terapéuticos sobre la Calidad de Vida de la población cubana), así como al Programa Territorial: Salud e Higiene Ambiental, en su objetivo “impulsar estudios sobre Salud Mental Familiar, particularmente la problemática del niño, del adolescente y del anciano, y con énfasis en los modelos de atención psicoterapéutica centrados en el enfoque familiar”.

Constituye el soporte bibliográfico de la técnica de psicoterapia desarrollada por el autor, en el cual se describen al detalle las etapas, procedimientos, estrategias y recursos de cada una de las cuatro modalidades que la integran. Consta de tres secciones:

#### 3.1. Crisis.

En esta sección de tres capítulos se trabaja a profundidad, aplicándola a la temática, la categoría marxista **necesidad**, por ser la respuesta a las necesidades base de buena parte de las motivaciones, los intereses, las actitudes y el comportamiento individual y social. La conducta humana, en salud y enfermedad, responde a demandas cuya jerarquía para el sujeto varía en dependencia de las

condiciones concretas. Necesidades de alta jerarquía y nivel motivacional en situación de insatisfacción o de amenaza significativa –consciente o inconsciente– a su probabilidad de satisfacción, desencadenan altos tenores de estrés, capaces de devenir en crisis. Y es en las crisis cuando se crean las condiciones y se generan los cambios. Tenores de estrés asociados a ella, por encima de las posibilidades del sistema nervioso de tolerar la sobrecarga funcional a la que se le somete, pueden traer consigo la claudicación y, tras esta, diversos trastornos emocionales, incluidos los trastornos neuróticos (libro págs. 68-71).

La claudicación neurótica del SNC implica la desincronización del mismo al romperse la armonía en las coordinaciones funcionales entre diversas estructuras límbicas, tales como la relación integrada en la actividad del hipotálamo, la amígdala, el hipocampo y la neocorteza frontal (págs.81-83). Pero ello no sólo tiene repercusión biológica. En lo psicológico, la debacle sintomatológica por claudicación de la base neurofisiológica de la actividad psíquica, se acompaña del intento defensivo de reorganización del psiquismo por las estructuras funcionales de la personalidad, dando lugar todo ello, en lo psicopatológico, a los seis tipos de síntomas que describo en mi libro (págs. 78-79), de acuerdo a sus mecanismos de producción, enriqueciendo con ello tanto la clínica como la psicopatología y el tratamiento de estos trastornos, por constituir en este último aspecto objetivos-diana.

Ellos son:

- Síntomas catastróficos.
- Síntomas de evitación
- Síntomas de respuesta interpersonal.

- Síntomas preventivos.
- Síntomas de alerta.
- Síntomas caracterológicos.

El libro puntualiza y agrupa las necesidades específicamente humanas a este tenor, así como las amenazas reales o simbólicas que tributan a cada una de ellas, lo cual enriquece y facilita la comprensión del vínculo etiológico *necesidad – amenaza - mecanismos del estrés - respuesta emocional -proceso de neurotización*, relacionándolo con la claudicación nerviosa ante la crisis en sus dimensiones social, familiar y personal, lo que constituye una herramienta valiosa en el proceso de evaluación y atención de los pacientes y familias en terapia.

Queda explícita en sus páginas la teoría marxista del inconsciente, y la posición y aportes del autor ante el complejo problema de los trastornos neuróticos y su relación con las crisis y el medio sociofamiliar.

Las neurosis tienen un origen multicausal, en el que participan, en proporciones variables, de acuerdo al caso y la modalidad diagnóstica: la genética, características tipológicas del SNC, y estresores sociales y psicodinámicos capaces de afectar el desarrollo de la personalidad y romper el equilibrio nervioso, con un compromiso simultáneo en lo biológico, lo psicológico y lo social.

**Los conflictos objetivos de la vida familiar y social se reflejan subjetivamente en la mente de los hombres, sobrecargando objetivamente a su través al sistema nervioso, hasta alcanzar un nivel crítico y hacerle claudicar, afectando la capacidad de reflejar subjetivamente de forma fiel la esencia de la realidad, deformándola a nivel psicológico, manifestándose**

**psicopatológicamente de manera neurótica. Hay una estrecha relación interna en ello, expresión de la dialéctica entre lo objetivo y lo subjetivo.**

Lo que clínica y psicodinámicamente se expresa a nivel psicológico, tiene por base condicionamientos morbosos complejos, cristalizados en actitudes, establecidas en el SNC a partir de la experiencia histórica personal. Son niveles diferentes del movimiento de la materia pero en interacción dialéctica. No es que lo físico determine lo ideal, a la manera del hígado a la bilis; es que lo objetivo determina lo subjetivo, que es otra cosa, pues lo psicosocial, como fenómeno material, también es objetivo y puede devenir factor causal. Esto, que es obvio con un abordaje marxista, es confundido por algunos teóricos de Occidente, que identifican el trastorno neurótico con la existencia de conflictos intrapsíquicos sine materia, cuando no, como otros, con perturbaciones bioquímicas pautadas genéticamente, obviando la determinante participación de lo psicosocial.

Sucede que el conflicto psicodinámico internalizado no resuelto se convierte en estresor crónico, el que “bombardea” el SNC manteniendo una sobreexcitación reverberante del sistema límbico, hasta llevarle a claudicar y provocar su desincronización funcional por distrés en situación de crisis y, con ello, establecer los condicionamientos y asociaciones neuróticas, las actitudes enfermizas y los errores de significado, aprendizaje, conducta, emocionalidad y memoria que acompañan a partir de entonces al trastorno en el proceso de su desarrollo (pág. 77), tal cual como, a mi juicio personal, se desprende de la elaboración de los análisis y discusiones sobre las investigaciones que acerca de la etiología de las neurosis hubieron de realizarse entre los más importantes investigadores al

respecto de las Academias de Ciencias de los antiguos países socialistas, en dos de cuyos talleres hube de participar, y que presidiera el Profesor Bustamante a través del Programa INTERMOZG (\*) del CAME, del cual fue durante años el coordinador.

Las “causas” psicodinámicas de las neurosis existen como resultante de experiencias concretas, pero en cuanto dimensión particular de fenómenos entrelazados en la compleja madeja de factores psicológicos, sociales y biológicos que concurren para expresarse en un fenómeno complejo como lo es la problemática neurótica de un paciente individual. A la luz de la dinámica de los fenómenos complejos (41), no podemos separar unos factores de otros, como no sea para abstraernos y describir un aspecto particular. Pero hay que mantener la visión de conjunto, sistémica. Sin perder de vista al respecto, como le sucede a las escuelas burguesas, que el ser es el que determina la conciencia.

En resumen, aunque es en el nivel psicológico donde se explican fenomenológica y psicodinámicamente las perturbaciones neuróticas, ello no implica que no se expliquen también, simultáneamente, en el nivel neurofisiológico, tomando en cuenta su contribución al fenómeno en este plano, a manera de organizadores que concurren paralelamente a su determinación (pág. 113). Queda también al suprasistema psico-neuro-endocrino-inmunológico, partiendo del estrés, sustentar

---

**(\*) Academia de Ciencias de Cuba. Centro para el estudio de las Neurosis. Programa INTERMOZG. Consejo de Ayuda Mutua Económica. La Habana, 1977-1985.**

desde su ángulo, qué mecanismos de este tipo se ponen en juego en los trastornos neuróticos (Reina Rodríguez).

En este fascinante mundo de las neurociencias y de su relación con la psicología y la psiquiatría, considero que los estudios cubanos acerca de las neurosis y la psicoterapia que Bustamante iniciara en el INIFUNCE y continuáramos sus discípulos, aportan un grano de arena en los esfuerzos por develar el **cómo** de la vinculación cerebro-mente-sociedad en el tema que nos ocupa.

En ello el análisis de la dialéctica de las actitudes en la personalidad, en las neurosis y la psicoterapia, cumple un papel de primer orden en alumbrar caminos hacia la comprensión de la etiología y el tratamiento de los trastornos neuróticos.

### 3.2. Familia.

El libro desarrolla, en cuatro capítulos, la relación familia-sociedad, las funciones, ciclos y crisis familiares, los factores que protegen, condicionan y afectan la salud familiar e intervienen en los trastornos de sus miembros; el tema de la disfuncionalidad familiar, particularizando en sus dimensiones estructural, funcional, ecológica, psicodinámica, semántico-comunicacional, económica y actitudinal; describiendo un conjunto de categorías a ella asociadas, cuyo dominio cumple un papel importantísimo en el ejercicio de la psicoterapia.

En un sistema de salud como el nuestro, basado en la Medicina Familiar, existe la necesidad de dotar a nuestros especialistas en MGI y demás profesionales vinculados a la APS, de amplios conocimientos acerca del importante papel que cumplen la familia y su adecuado manejo, como unidad sistémica y no como sumatoria de individuos, para el desempeño exitoso de las tareas encomendadas

a nuestros profesionales en relación con la garantía de la salud de la comunidad. El libro abunda en ello y ofrece amplia información y recursos para su estudio y para la aplicación de estos conocimientos a nuestra realidad.

Sobre la categoría funcionalidad-disfuncionalidad familiar y, particularmente, sobre el determinante papel de los padres en la conformación de la personalidad y en el desarrollo de los diferentes trastornos emocionales, se aportan elementos esclarecedores. Medio ambiente natural y social, conflictos psicológicos, problemas de semántica y comunicación, estructura familiar, ejercicio de roles y funciones, economía, relaciones interpersonales, capacidad intelectual, actitudes, calidez emocional y niveles de salud física y mental de sus integrantes, concurren para hacer a una familia funcional o disfuncional, con todas las consecuencias que de ello se derivan (págs. 130-174). El manejo adecuado de estos diferentes aspectos resulta crucial para obtener buenos resultados en psicoterapia. El libro profundiza en ello con particular detenimiento.

Por último, del análisis de esta sección se desprende que la terapia familiar concreta de actitudes, cuyo fundamento teórico queda planteado, resulta un instrumento imprescindible en manos de los especialistas de la SM y la APS, para incidir con conocimiento de causas sobre las perturbaciones de la salud familiar que, con tanta frecuencia, inciden sobre los servicios de salud y que, lamentablemente, no siempre sabemos, como corresponde, identificar y atender oportunamente.



### 3.3 Psicoterapia.

En seis capítulos, esta sección desarrolla los fundamentos científicos, los mecanismos y las técnicas necesarias para una práctica psicoterapéutica individual, grupal y familiar a tono con las condiciones concretas de nuestro país, especificando al detalle los procedimientos para su aplicación.

En ella se trabaja el problema del Inconsciente -o de la actividad psíquica inconsciente, como debe decirse- (42) y su aplicación en psicoterapia, abordándole como especie de un software, organizado en el sistema nervioso, portador del código simbólico de comunicación social (lo social aprehendido y automatizado como lenguaje interno psicológico, concretado en su forma física a nivel neurofisiológico como actividad nerviosa superior: constructo biológico al tiempo que social internalizado en su contenido psíquico, que sirve de background material a la conciencia lúcida y confiere sentido y direccionalidad social, aprendida, a la conducta humana) lo que echa por tierra las bases especulativas de la teoría psicoanalítica del Inconsciente (págs. 242-245) y ofrece herramientas para su abordaje científico por parte de los psicoterapeutas, lo que representa una contribución de la gnoseología marxista a la consolidación de la Escuela Cubana que se perfila en el texto, y al enriquecimiento de la psicoterapia en general.

En sus 380 páginas el libro desarrolla información suficiente para actualizar al lector sobre los más modernos enfoques sobre técnica psicoterapéutica, define un modo auténticamente cubano de abordar la terapia psicológica, al tiempo que defiende con rigor las posiciones del materialismo dialéctico e histórico en la polémica rama de la ciencia y la técnica que nos ocupa.

En los diferentes temas que analiza, se procede a un riguroso aprovechamiento de la bibliografía nacional y extranjera. Como señala al respecto el dictamen del Tribunal Nacional del Premio Anual de la Salud: ***“Constituye un aporte científico a los temas que aborda y una obra que prestigiará a la psiquiatría cubana. El libro está enriquecido con una bibliografía muy actualizada, en particular de artículos de revistas especializadas, la mayoría de las cuales corresponde a los últimos cinco años” (sic).***

#### 3.4. Consideraciones generales sobre las ventajas de la PCA

Puedo argumentar numerosas razones científicas, psiquiátricas y filosóficas, que permiten afirmar la conveniencia de la técnica que se desarrolla en el libro respecto a buena parte de los modelos en uso en la psiquiatría occidental.

Detrás de toda psicoterapia hay ideología: la del paciente, la del terapeuta y la implícita en el método que se utiliza en el proceso de adaptación social y resocialización que de algún modo entraña toda psicoterapia.

Como muy bien señalara el Dr. José Rivas Recaño, autoridad nacional en el estudio de la relación entre filosofía y psiquiatría, en su oponencia previa al ejercicio de mi predefensa (y cito):

***“...la literatura psicológica y psiquiátrica del siglo pasado, y sigue ocurriendo en el actual...está plagada de pretendidas explicaciones a los fenómenos psíquicos individuales, grupales y sociales a partir de aspectos singulares de una ciencia particular o de sus elaboradas y preconcebidas teorías psicológicas. Se publican infinidad de temas totalmente acrílicos en el sentido filosófico y científico. El eclecticismo, el pragmatismo y otros***

***enfoques se escuchan en los eventos internacionales más importantes.”***

**(sic)**

Al respecto puedo decir que mi terapia tiene una muy importante virtud sobre la mayoría de los modelos existentes en el extranjero, en un mundo en el que tratan de imponernos un pensamiento único (43): su carácter materialista-dialéctico; su compromiso filosófico con el marxismo, aplicado a nuestra ciencia particular. Pero tiene otras ventajas...

No tiene los cuestionamientos filosóficos del psicoanálisis; ni la limitación del tratamiento a la esfera del comportamiento del que pecan las terapias conductuales; ni la reducción de la terapia al manejo del síntoma que caracteriza el modelo estratégico-comunicacional; ni el compromiso ideológico de la terapia existencial; ni la simplicidad unidireccional del A-B-C cognitivo-conductual; ni los galimatías lingüísticos de Lacan; ni el mecanicismo reflexológico ortodoxo. Además, ¡es tan cubana como nuestras palmas! Se adecua, por ello, a nuestro sistema de salud, cultura e ideosincracia. En cambio, muestra una asimilación dialéctica de los aportes universales de forma integrativa.

Desarrolla la terapia -lo dijimos- como un proceso de investigación-acción, cosa que no he escuchado o leído en ninguna parte. No se especula a partir de códigos preconcebidos que se aplican mecánicamente a los pacientes, con independencia de sus particularidades, sino que se hace una evaluación de los problemas específicos del caso, de modo que los códigos de comunicación en la terapia (su dimensión semántica) se corresponden a los significados propios del paciente, los cuales emanan de su experiencia histórica personal, siempre irrepetible.

Aporta la hipótesis y el diagnóstico sistémicos, como expresión de un enfoque que integra los elementos bio-psico-sociales vinculados a las actitudes en la evaluación del caso y en su tratamiento, lo que no hace, por ejemplo, la mal llamada escuela sistémica o cibernética (44), que ve la enfermedad y la psicoterapia como problemas de comunicación solamente, obviando el cerebro, la psicodinamia y la sociedad.

Como regla, las escuelas extranjeras, o son biologicistas como la que predomina actualmente en Norteamérica; o psicogenetistas a ultranza, como el psicoanálisis ortodoxo y el lacaniano; o sociogenetistas a la manera de Sullivan, los estratégicos, cibernéticos y conductistas; o resultan eclécticos, como buena parte de los cognitivo-conductuales y gestálticos del momento actual, que obvian el papel de lo biológico, o la esencia social del hombre, y mezclan técnicas sin una lógica interna que los concatene por sus mecanismos de acción y objetivos a lograr, empleándolos según su utilidad aparente, sin una base científica coherente que lo explique o justifique.

Al aplicar los hallazgos científicos de la psicología experimental -sobre todo la soviética, que tanto aportó en su tiempo-, en particular, las investigaciones sobre las actitudes; los principios del aprendizaje; el enfoque materialista del inconsciente como reflejo de la práctica social; la claudicación ante el estrés como base de la desincronización funcional neurótica, estamos orientando la psicoterapia por derroteros científicos ajenos a la especulación metafísica y al empirismo voluntarista.

La PCA no requiere de un tiempo excesivo, de recursos fuera de nuestro alcance, ni acude a marcos de referencia comprometedores. Para el extranjero, posibilita la apertura de una ventana a los logros poco divulgados de la psiquiatría y la psicoterapia cubanas, al papel del manejo de las actitudes en el cambio terapéutico, al modo materialista de integrar en un todo sistémico el proceso de terapia, y de precisar los fundamentos del enlace de lo biológico, lo psíquico y lo social en las neurosis y en la psicoterapia. Esto es un aporte indiscutible, y una patente de compromiso doctrinario frente al pragmatismo burgués.

Por otra parte, cada modalidad de la PCA profundiza más en una dimensión del problema involucrado en el trastorno, según aparezcan más afectadas

- la funcionalidad familiar (Psicoterapia Familiar Concreta de Actitudes)
- la socialización y la comunicación (Psicoterapia Grupal Concreta de Actitudes)
- la historia vital y su vínculo con el carácter (Psicoterapia Profunda Concreta de Actitudes)
- o el problema actual y sus formas de afrontamiento (Psicoterapia Breve Concreta de Actitudes)

Pero en todas ellas se trabajan las actitudes, se procuran la experiencia emocional correctora, la reorientación cognitiva y la modificación de conducta en los pacientes, por lo que todas pertenecen a un mismo sistema de terapia.

En la selección de modalidades, mientras más hacia lo adaptativo y actual de la problemática, más hacia la modalidad breve; mientras más hacia lo neurótico y personológico, más hacia la profunda; mientras más involucrada la familia en la

crisis, mayor uso de la terapia familiar; mientras más descompensación actual de trastornos añejos relacionados con el afrontamiento o las relaciones humanas, más terapia grupal.

Aunque suele haber de todo un poco y cualquiera de ellas tiene utilidad, la elección depende de sobre qué conviene hacer énfasis en las estrategias que se desprendan de la hipótesis sistémica a que se llegó en la evaluación del paciente. Incluso es conveniente simultanear modalidades en determinados casos. Por ejemplo, un paciente en terapia de grupo puede ser atendido a la vez en terapia familiar, o ser visto en terapia breve para un análisis puntual.

Además, influye en la elección de la modalidad de terapia lo siguiente:

- Las neurosis pueden presentar diferentes niveles de complejidad, de acuerdo al caso y la modalidad clínica.
- Las “reacciones neuróticas” y las “neurosis” son dos niveles o momentos de un proceso continuo, que va de lo situacional a lo personalógico, considerado en su dimensión histórica y en su grado de complejidad.
- La PCA se utiliza también en otras patologías de nivel neurótico, en las cuales el grado de afectación de la personalidad varía en dependencia de la entidad, lo que inclina entonces al empleo de una u otra modalidad

También interviene el lugar de la organización donde se trabaje. Por ejemplo:

- Unidad de Intervención en Crisis, Cuerpo de Guardia, Centro Comunitario de Salud Mental (terapia breve, fundamentalmente)
- Hospital de Día (PG, PF, con apoyo en PB)
- Consulta externa de psicoterapia (PP, PB y PF)

- Atención infantojuvenil (PF básicamente)
- Trastornos adaptativos, neuróticos o de conducta en adolescentes (PG, PF, PP, PB)

Nada de esto puede constituir un esquema rígido; lo que se requiere es disponer de la mayor cantidad posible de opciones a la hora de asumir estrategias concretas para casos concretos, apelando al método científico. El libro abunda en fundamentos que esclarecen al psicoterapeuta en tal sentido.

#### **4. VALOR DEL LIBRO**



#### 4. VALOR DEL LIBRO

- Su **novedad científica** consiste precisamente en lo que ya hube de señalar en la introducción: en aportar, en el campo teórico, un *nuevo modelo conceptual y metodológico, estrechamente articulado, acerca de la psicoterapia de los trastornos neuróticos, del que carecía la especialidad*, contrapartida materialista a las corrientes subjetivistas prevalecientes en el mundo occidental; y en proveer *una nueva tecnología en psicoterapia basada en el papel de las actitudes*, que abarca los cuatro tipos fundamentales en que se la subdivide (breve, profunda, grupal y familiar).
- Es una psicoterapia auténticamente cubana, que refleja a su modo el pensamiento del grupo de psicoterapeutas formados bajo la influencia del Profesor Bustamante. En ella se fundamenta el papel de la actitud en los trastornos neuróticos y en su psicoterapia, que considera a esta, la actitud, el factor fundamental del cambio terapéutico, a diferencia de las terapias foráneas, que no lo ven así, ni la toman siquiera en cuenta (págs. 236-239)
- Reivindica la vigencia nosológica de las neurosis y su importante raigambre psicosocial -a diferencia de la escuela norteamericana, que olvidando aportes de casi un siglo, niega el papel de los conflictos psicológicos y las contradicciones sociales en su etiología-, fundamentando las bases

científicas que la sustentan como grupo de entidades con caracteres etiológicos y clínicos afines, lo que da un fuerte “parque” teórico al combate ideológico acerca del tema en el ámbito científico (págs. 74-83)

- Ubica la actividad psíquica inconsciente en psicoterapia a la luz del enfoque científico-materialista, en contraposición al enfoque idealista subjetivo que caracteriza la teoría psicoanalítica del Inconsciente
- Aporta una clasificación etiológica de los trastornos psiquiátricos por claudicación ante el estrés (págs. 71-73), una clasificación de los tipos de síntomas neuróticos (págs. 78-79) y otra, también propia, de las necesidades humanas (págs. 15-24) y de sus amenazas simbólicas (págs. 35-38), de notable interés teórico y práctico
- Describe un número de recursos técnicos en psicoterapia (págs. 194-230), de mecanismos de defensa de la personalidad (págs. 46-58) y de categorías estructurales, funcionales y psicodinámicas para uso en terapia (págs. 148-172), no existentes en tamaña proporción en ningún otro texto nacional o extranjero, de gran utilidad para quien haga psicoterapia, independientemente de su escuela de adscripción
- Fundamenta el importante papel de la funcionalidad y la disfuncionalidad en la salud mental de la familia, ampliando el concepto al integrar y desarrollar nuevas dimensiones del problema, lo que da luz sobre la patología de base familiar (págs. 137-145) y permite su abordaje en psicoterapia, en todas sus facetas y con conocimiento de causas. Ello

resulta de un valor inestimable tanto en terapia de familia como en el campo de la prevención y la promoción de salud

- Aporta a nuestro modelo de Medicina Familiar un conjunto de elementos conceptuales que permiten al especialista profundizar en el estudio de la familia, en su salud y en su manejo terapéutico con enfoque sistémico, dotándole de instrumentos para intervenir psicológicamente en ella, apreciándola no como una sumatoria de individuos sino como un sistema unitario, cualitativamente diferenciado, que cumple un papel reproductor de la especie, la cultura, el sistema social y la personalidad humana, con el que nuestro modelo necesita aprender a interactuar como tal sistema, tanto en promoción, como en prevención, atención y rehabilitación, circunstancia que puede determinar en los resultados del trabajo en salud a que aspiramos (ver sección segunda)
- Resuelve el cómo hacer de cada experiencia psicoterapéutica concreta, con procedimientos elaborados de acuerdo al método científico, un proceso investigativo de tipo cualitativo (págs. 261-280)
- Es una obra que, por demás, resuelve importantes problemas teóricos y prácticos de la psicoterapia, ofreciendo a los estudiosos cubanos y extranjeros un enjundioso análisis de los problemas cardinales del trabajo psicoterapéutico, de lo cual estábamos urgidos, por razones obvias
- Se aporta un texto para el estudio de las neurosis y de la psicoterapia en general, adecuado a nuestras necesidades, cultura e ideología, y, en

particular, para la incorporación al sistema nacional de salud de técnicas para el ejercicio de los cuatro tipos de psicoterapia que debe saber manejar todo buen terapeuta. Con la ventaja adicional de poder integrarlas en un sistema terapéutico con coherencia interna entre ellas, tanto en lo conceptual como en lo metodológico

- Constituye la armazón teórica de lo que viene a ser la tesis marxista acerca de las neurosis y de la psicoterapia, en contraposición a las tesis idealistas y biologicistas sobre estas temáticas, prevalecientes en la contemporaneidad

## 5. RESULTADOS

## 5. RESULTADOS

Me he extendido en sus resultados teóricos, ahora me referiré a determinados aspectos prácticos.

Con el acceso de nuestros especialistas y residentes al libro, y de los cursos y diplomados que, sustentados en él, ha venido impartiendo el autor, la masa crítica de nuestros profesionales de la salud mental está siendo capacitada en el país, lo que posibilita un incremento en las opciones para la atención psicoterapéutica de nuestros servicios comunitarios de psiquiatría, que ha de repercutir, a mediano y largo plazos, y con la extensión de la capacitación en psicoterapia a los profesionales de la APS, en la mejoría de los servicios comunitarios de salud y, en consecuencia, en la satisfacción y calidad de vida de la población.

382 psiquiatras, psicólogos y médicos de la familia fueron capacitados directamente por el autor, con el compromiso administrativo de multiplicar la técnica en sus respectivos territorios. En estos momentos una notable cantidad de ESM de nuestro país ha tenido acceso a esta tecnología. Los beneficiarios directos son los pacientes con trastornos de nivel neurótico de funcionamiento, con altos índices de morbilidad en todo el mundo (45)(46)(47)(48)), así como las familias disfuncionales con problemática de actitudes (la disfuncionalidad familiar muestra una gran importancia a nivel universal; en nuestro medio, tanto en los

análisis de la situación de salud de nuestras policlínicas, como en los diagnósticos comunitarios realizados en nuestros centros comunitarios de salud mental, suele aparecer habitualmente la disfuncionalidad familiar como un problema identificado a tomar en cuenta e incorporar en sus planes de acción por parte de la APS y de los ESM, respectivamente). A su vez, se benefician también los residentes de Psiquiatría, de MGI, de Psicología de la Salud y de Salud Mental en Enfermería, que tienen incluido en sus programas de especialización el aprendizaje de técnicas de intervención psicológica en individuos y familias, y quienes ahora poseen, a partir de él, un nuevo instrumento apropiado para ello.

Este modelo de psicoterapia se encuentra actualmente introducido y en fase de generalización en el país. Sus variedades vienen aplicándose sin dificultades, desde hace años, en los servicios de psiquiatría de la provincia de Camagüey, donde se emplea en hospitales de día, unidades de intervención en crisis, centros comunitarios de salud mental, servicios de psiquiatría y consultas externas. El número de pacientes contabilizados en la provincia atendidos hasta el presente con estas modalidades de tratamiento asciende a la cifra de 15785, con una percepción de los resultados satisfactoria para ellos y sus familiares en el 76% de los que muestreamos al respecto, de acuerdo a los controles realizados conforme al mencionado Proyecto. Resulta sugerente observar que esta técnica es la utilizada en nuestros servicios como la modalidad preferente de psicoterapia en la implementación en la provincia de Camagüey del Programa Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida, en el cual el territorio ha obtenido logros importantes, presentando cifras de mortalidad por debajo de la tasa

nacional y de las metas establecidas por el MINSAP para el periodo (49). Consciente de los diferentes factores concurrentes en el manejo de esta compleja problemática, y sin desconocer el papel de otras variables, queda por precisar lo que en esto ella pueda haber contribuido. Es un tema sugerente, pendiente a investigar.

El libro se distribuyó en todas las provincias y a la red de bibliotecas de Salud. Fue vendido selectivamente a profesionales del ramo y está disponible gratuitamente en la Web. La técnica, introducida hasta ahora al menos en 10 provincias del país a través de capacitación, ha de generalizarse en todas a corto plazo, con apoyo del libro y de las actividades de postgrado previstas. Fue orientada su aplicación en la red de Salud Mental por el Grupo Nacional de Psiquiatría y recomendada su utilización por la Sociedad Cubana de Psiquiatría.

En la Maestría de Psiquiatría Social que se imparte en el ISCM de Camagüey se incluyó la enseñanza de estas técnicas, utilizándose el libro como obra de consulta, y se han brindado conferencias sobre el tema en la que desarrolla el ISCM de Ciudad de la Habana. A su vez, los residentes de psiquiatría general y psiquiatría infantojuvenil de las facultades de medicina de Ciego de Ávila y Camagüey, en su totalidad, hubieron de recibir entrenamiento, lo cual quedó incluido en el programa de residencia de nuestro Instituto, donde el libro funge como texto de psicoterapia. Los departamentos docentes de Psicología y de Psiquiatría del ISCM-C lo utilizan como material de consulta en sus actividades de pregrado y postgrado.

Por otra parte, se reporta que entre un 20 y un 40% de las personas presentan en algún momento de su vida problemas emocionales capaces de interesar los



servicios de salud (50). Las técnicas que describe el libro, destinadas a trabajar sobre ello, pueden ya ser aplicadas en los servicios de SM. En estos momentos el país prioriza los CCSM como instituciones llamadas a desempeñar una labor decisiva en la lucha contra las drogas e impulsar los programas de salud mental. En ese marco atencional, nuestra terapia ofrece actualmente un instrumento para el cambio en las actitudes disfuncionales implicadas en buena parte de los trastornos de nivel neurótico presentes en nuestro cuadro de salud, tanto en APS como en Atención Secundaria.

#### 5.1. Cursos impartidos sobre el tema:

- Curso de Psicoterapia: Aprender haciendo. Camagüey, Nov-Dic/90
- Familia, Comunidad y Psicoterapia de Familia. Camagüey, Set-Dic/94
- Medicina, Dinámica Familiar y Localidades Saludables. Camagüey, Mar-Abr/95
- Familia y Salud Mental. Camagüey, Marzo/96
- Simposium Internacional de Psicología y Psiquiatría Clínica: Psicoterapia de Actitudes. CIMEQ. Curso-Taller Internacional. La Habana, Oct/96
- Familia y Psicoterapia de Familia. Curso Nacional. Camagüey, Nov/96
- Psicoterapia Familiar de Actitudes. Camagüey, Abr/97
- Medicina Familiar y Psicoterapia Familiar de Actitudes. Curso Nacional. Cienfuegos, Mayo/97
- Familia y Terapia Familiar de Actitudes. Camagüey, Oct/98
- Actualización en Psiquiatría: Psicoterapia de Actitudes. CIMEQ. Curso-Taller Internacional. La Habana, Nov/98
- Consultoría OPS/OMS sobre Salud Mental Comunitaria e Intervención

- psicoterapéutica en Crisis. Santafé de Bogotá, Colombia, Julio-Diciembre 1998
- Psicoterapia Familiar de Actitudes. Camagüey, Marz/99
  - II Taller Internacional Servicio Social-Trabajo Social. Conferencia: Familia y Trabajo Social Comunitario. Camagüey, Abr/99 Curso Internacional.
  - Psicoterapia Familiar de Actitudes. Ciego de Avila, Jun/99
  - Actualización en Psiquiatría: Psicoterapias no psicoanalíticas. CIMEQ. La Habana, Nov/99
  - Psicoterapia Concreta de Actitudes. Camagüey Oct-Dic/00. Diplomado Nacional
  - Primera Ayuda Psicológica. Camagüey, 19/1/02
  - Diplomado Psicoterapia Concreta de Actitudes. Camagüey, En-Jun/02
  - Diplomado Psicoterapia Concreta de Actitudes. Camagüey, En-Jun/03
  - Psicoterapia Concreta de Actitudes. Univ. Autónoma de Santo Domingo, Nov/2001
  - Psicoterapia Concreta de Actitudes. Univ. Autónoma de Santo Domingo, Julio 2003
  - Consultoría OPS/OMS sobre Salud Mental Comunitaria y Psicoterapia Breve Concreta de Actitudes. Santo Domingo y San Pedro Macorís. República Dominicana, Julio y Dic 2003
  - Psicoterapia Concreta de Actitudes. Facultades de Medicina de Cienfuegos, Villa Clara, Tunas, Holguín, Santiago, 2004, Sancti Spíritus y Ciego de Ávila, 2005
  - Taller Nacional de Psicoterapias Autóctonas. CENSAM, Ciudad de La Habana, Abril 2004
  - Diplomado de Psicoterapia Concreta de Actitudes. CENSAM, La Habana, Noviembre 2004
  - Curso Pre-ongreso “Psicoterapia Concreta de Actitudes”, Simposio Regional

Caribe-APAL, Septiembre 2005

5.2. Trabajos sobre el tema presentados en Eventos Científicos Nacionales e Internacionales:

- “Introducción de la Psicoterapia Individual, Grupal y Familiar Concreta de Actitudes en la red de servicios del SNS”. Proyecto de Innovación Tecnológica. Premio Relevante Provincial XIII Forum de Ciencia y Técnica. Camagüey, Jun-Nov/00 y Premio Provincial Res 34/98 CITMA, Camagüey, Septiembre 2000
- I Seminario Internacional de Atención Primaria (Psiquiatría'87). La Habana, Sept/87. Enseñanza de la Psicoterapia. Panel
- “Psicoterapia de Actitudes”. Presentación en la Plenaria Psicoterapia en las Américas. **XIV Congreso Latinoamericano de Psiquiatría. Buenos Aires, Nov/87.**
- “La Psicoterapia en el Sistema de Salud. Congreso Camagüeyano de la Salud. Camagüey, May/89.
- “Familia, Medicina y Sociedad”. Primer Encuentro Cuba-México de Psicología y Psiquiatría Clínicas. CIMEQ. La Habana, Oct/96
- “La Psiquiatría y la Psicoterapia en Cuba: Año 2000”. Primer Encuentro Cuba-México de Psicología y Psiquiatría Clínicas. CIMEQ. La Habana, Oct/96
- “La Escuela Cubana de Psicoterapia”. VIII Jornada de Psiquiatría. Camagüey, Abr/97
- “Consideraciones sobre los fenómenos psíquicos inconscientes en la Terapia de Actitudes”. IX Jornada de Salud Mental. Camagüey, Abr/98
- Actitudes y Terapia Grupal. Monografía. Premio Relevante Forum de Ciencia y Técnica. Camagüey, Jun-Nov/00

- XI Jornada Científica Provincial de Salud mental, Camagüey Abril 2005:
    - \* La evaluación familiar. Un enfoque integrativo
    - \* Lo concreto en terapia y el modelo integrativo en la psicoterapia concreta de actitudes
    - \* Ansiedad. Comportamiento y percepción de factores asociados a la misma
  - II Simposio Regional Caribe-APAL, I Taller Internacional de SM Comunitaria y VII Congreso Nacional de Psiquiatría, Septiembre 8-11 de 2005:
    - \* Modelos de Psicoterapia aplicados en Cuba. Mesa Redonda. Ponente
    - \* Lo concreto en terapia y el modelo integrativo en la psicoterapia concreta de actitudes. Conferencia.
- 5.3. Producción científica del Autor sobre el tema de la tesis:
- Neurosis Involutiva e Ideología. TCTR en Psiquiatría. Camagüey, Abril 1972. Propuesto para publicación por el Tribunal Estatal.
  - Alienación, integración y neurosis involutiva. En Memoria de la Primera Jornada Nacional de Psiquiatría. Ed. H. Psiq. Hab, 1975; Vol 2: 987-1026
  - Psicoterapia e Ideología. Rev Hosp Psiq Hab 1976;17(3):407-429
  - Psicoterapia de Grupo e Ideología. Rev H Psiq Hab 1977;18(1):21-46
  - Psicoterapia de Familia e Ideología. Rev H Psiq Hab Supl Extr 1977;18(1):41-54
  - Las neurosis involutivas en nuestro medio. En Memorias del IX Congreso Asociación Psiquiátrica América Latina (APAL), La Habana: Ed. Científico-Técnica, Vol. 2; 1981, p. 349-360
  - Psicoterapia con la familia vs psicoterapia de la familia. En Memorias del IX Congreso APAL, La Habana: Ed. Científico-Técnica Vol. 4; 1981. p. 981-987

- Manual de Psiquiatría para el Médico de Familia. La Habana: ECIMED; 1990. **(Premio Nacional de la Crítica ICL-ACC 1990 a las mejores obras científico-técnicas publicadas).**
- Reivindicación de las neurosis. Interpsiquis 2002. Rev. Psiquiatría.com, 2002;(2002) URL disponible en <http://www.psiquiatria.com/articulos/estres/5229/>
- La consideración de los fenómenos psíquicos inconscientes en la Psicoterapia Concreta de Actitudes. Interpsiquis 2002. Rev. Psiquiatría.com, 2002;(2002) URL disponible en <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/5261/>
- El conflicto internalizado y el trastorno por estrés postraumático. Rev. Psiquiatría.com. 2003;6(4) URL disponible en <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/87711388/?++interactivo>
- “Estilos de afrontamiento en pacientes con conducta suicida en la Unidad de Intervención en Crisis” Rev. Psiquiatría.com. 2004;8(4) [www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/132/19751/?++interactivo](http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/132/19751/?++interactivo)
- “Tendencias al Afrontamiento, el Estrés y la Actitud” Interpsiquis 2005. Rev. Psiquiatría.com, Barcelona, 2005;(2005) URL disponible en <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/20300/>

## **6. IMPACTO SOCIAL**

## **6. IMPACTO SOCIAL**

La recopilación, no presente en esa dimensión en otra obra sobre el tema dentro o fuera del país, de 138 recursos técnicos en psicoterapia, de 76 categorías psicodinámicas, estructurales y funcionales y de 83 mecanismos de afrontamiento y defensa de la personalidad, que permiten al especialista disponer del conjunto de instrumentos técnicos acumulados a lo largo de más de un siglo, necesario para el ejercicio de cualquier tipo de psicoterapia que decida emplear, justificarían la excepcionalidad de este trabajo, si no bastara con la relevancia que para el campo de la psicoterapia revisten las técnicas aquí expuestas, expresión del pensamiento de la psiquiatría cubana, lo que hace conveniente el estudio de este material en el contexto de la Batalla de Ideas de nuestra Medicina Socialista contra las corrientes idealistas, subjetivistas y conservadoras que impregnan una parte significativa de las modalidades de psicoterapia en uso en Occidente. Ningún aspecto del campo de la Medicina está tan impregnado de ideología, por la cosmovisión que integra, como una escuela de psicoterapia y su expresión concreta: las modalidades técnicas que estas preconizan para lograr cambios de conducta y de conciencia en pacientes que han extraviado, en cierto sentido y dimensión, su lugar en la vida social. Dicho de otro modo, para resocializar y

adaptar activa y constructivamente a personas y familias desajustadas, al mundo contradictorio, altamente politizado y en permanente crisis, que les tocó vivir.

A pesar de la connotación delicada que tiene cualquier proceder llamado a intervenir sobre la vida emocional, los valores y el comportamiento humanos, como es el caso de la psicoterapia y de la lucha ideológica oculta tras las polémicas de escuela presentes en la psicología y la psiquiatría, en nuestro país no se ha trabajado a profundidad el problema que implica la incorporación a la práctica asistencial, de terapéuticas sustentadas en bases científicas dudosas, portadoras de valores ajenos a nuestras costumbres y enfoques. La obra del autor trata este asunto no sólo desde el punto de vista teórico, sino acometiendo también el abordaje de soluciones tecnológicas consecuentes con nuestros principios, para llevarlas a la práctica social.

Este trabajo reivindica la vigencia de los trastornos neuróticos en el contexto de los debates académicos que buscan el esclarecimiento causal de los aspectos medulares de la Psiquiatría. Ello golpea los intentos de la psiquiatría biológica norteamericana y de las transnacionales farmacéuticas de negar los aspectos psicológicos y sociales vinculados a la etiología de los trastornos emocionales (51). El impacto doctrinario de este aporte de la psiquiatría cubana rebasa los límites del territorio para tener un alcance mucho más amplio: el mostrar al mundo un pensamiento teórico no dogmático que integra dialécticamente lo biológico con lo psicológico y lo social en la comprensión de las neurosis, y un sistema terapéutico homogéneo, que abarca los cuatro tipos fundamentales de psicoterapia,



coherente con las posiciones del marxismo, representa una indudable contribución científica, en el contexto internacional.

Como beneficio social de la técnica tenemos, también, un incremento en las opciones de atención médica y psicológica, tras aumentar la capacidad de resolución de problemas al disponer de recursos dirigidos a influir sobre los factores causales de tipo psíquico presentes en muy diversas enfermedades.

Los estudios de morbilidad, en Cuba como en el extranjero, sitúan los trastornos relacionados con el estrés e inadecuados estilos de vida y afrontamiento, como uno de los flagelos de la modernidad -la exdirectora general de la OMS ha pronosticado los trastornos mentales como la pandemia del Siglo XXI- (52), capaces de afectar la calidad de vida, representando, además, un factor de riesgo para otros problemas de salud, tales como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, el SIDA, las adicciones y las conductas violentas. La terapia de actitudes atiende este importante aspecto.

La puesta a punto, fundamentación y descripción de una nueva tecnología, cubana y consecuente con el marxismo, con diversas modalidades y amplio espectro de opciones para el tratamiento de los trastornos psíquicos, constituye, quizás, el aporte de mayor trascendencia social del libro que nos ocupa.

## **7. CONCLUSIONES**

## 7. CONCLUSIONES

1. El libro fundamentó la identidad teórico-metodológica de la Psicoterapia Concreta de Actitudes como una nueva modalidad de psicoterapia
2. Profundizó e hizo aportes en las bases teóricas del polémico tema de los trastornos neuróticos, su concepto y etiología, a la luz del materialismo, así como en su tratamiento de elección, la psicoterapia.
3. Desarrolló la teoría de la crisis en sus variadas dimensiones, contribuyendo a resolver el problema que implica la relación entre el estrés, las crisis, los mecanismos y modalidades de claudicación ante el estrés, los procesos de neurotización y el papel que, en todo ello y en la psicoterapia, desempeñan la categoría marxista de necesidad y la actitud, como elemento este regulador e inductor de los mecanismos adaptativos biológicos, psicológicos y sociales de la personalidad.
4. Aportó abundantes elementos acerca de la importancia que para nuestro modelo de Medicina Familiar tiene el dominio por parte de los profesionales de la APS y la SM, del tema de la Familia, su funcionamiento y adecuado manejo técnico en los aspectos psicosociales de la salud, en cuanto

sistema multiplicador que ella es de la especie, la cultura, la personalidad y el sistema social.

5. Precisó las dimensiones y profundizó en los elementos integrantes del concepto de funcionalidad y disfuncionalidad familiares, ubicando su papel en la salud mental de la familia y en la corrección de los trastornos vinculados a la insatisfacción de las necesidades básicas que corresponden al sistema familiar y, por ende, en su tratamiento.
6. Fundamentó al detalle los objetivos, mecanismos, fases, estrategias, procedimientos y recursos de las cuatro variedades de la psicoterapia concreta de actitudes incorporadas a la red de servicios de salud mental comunitaria, respondiendo con ello a un problema asistencial y docente que nuestra realidad demanda.
7. La confección, publicación y distribución del texto objeto de la Tesis y portador de la nueva tecnología, posibilitó la capacitación directa de 382 profesionales de la SM y la Medicina Familiar, y creó la base material de estudio para la capacitación ulterior de los restantes equipos de salud mental y de atención primaria de salud del país.
8. Al brindar el soporte bibliográfico para la generalización de la técnica, contribuyó a su introducción en los servicios de salud mental a través de la realización satisfactoria de un Proyecto Ramal y Territorial de Innovación Tecnológica.

9. Los resultados obtenidos hasta ahora en el tratamiento de los trastornos neuróticos y de adaptación con estas cuatro modalidades han sido acogidos con satisfacción por la mayor parte de los usuarios interpelados, habiendo sido atendidos sin contratiempos con ella miles de pacientes en la provincia de Camagüey, a lo largo de muchos años. No obstante, ello requiere de ulteriores investigaciones.
  
10. El libro logró el reconocimiento a su valor científico por parte de prestigiosas instancias nacionales como son, entre otras, el Premio Anual de la Salud, el Premio Academia 2003, el XV Forum de Ciencia y Técnica, el Grupo Nacional de la especialidad y la Sociedad Cubana de Psiquiatría.

## **8. RECOMENDACIONES**

## **8. RECOMENDACIONES**

1.- Completar la capacitación de los profesionales de la salud mental en el dominio de estas técnicas, perfeccionando y monitoreando el sistema de multiplicación, procediendo además a su formalización, y a la dotación de los recursos técnicos necesarios a fin de llevar a vías de éxito los procedimientos de educación a distancia -ya comenzada con esfuerzos propios- para garantizar la superación continua de los capacitados.

2.- Extender la capacitación, sobre todo en los aspectos de familia y de psicoterapia breve individual y familiar concretas de actitudes, a los profesionales de la APS.

3.- Incluir la enseñanza de estas técnicas en la currícula de los residentes de psiquiatría general, infantojuvenil, medicina general integral, psicología de la salud y en la residencia de enfermería en salud mental comunitaria.

4.- Desarrollar ensayos clínicos e investigaciones acerca de la eficacia de las diversas modalidades, comparando sus resultados con técnicas internacionalmente reconocidas, para lo cual se recomienda la implementación de una maestría en psicoterapia en cuya elaboración trabaja nuestro Instituto.

5.- Reeditar y actualizar el libro a los distintos fines arriba mencionados.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y BIBLIOGRAFÍA**



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Bustamante JA, San Román A, Aquino J, Rodríguez A. Las actitudes, el inconsciente y las neurosis. Boletín del Centro de Estudios sobre la Neurosis de la Academia de Ciencias de Cuba 1981;5:45-53.
- 2.- Castro H, Barrientos G. Psiquiatría clínica. La Habana: Ed. Científico-Técnica, 1990
- 3.- Colectivo de Autores. Psicoterapia. La Habana: Ed Ciencias Médicas, 1988
- 4.- Clavijo A.- “Introducción de la psicoterapia concreta de actitudes en la red de servicios del sistema nacional de salud” Proyecto Territorial y Ramal de Innovación Tecnológica. Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camagüey, 1998-2003
- 5.- Aguilera DC. Crisis intervention, theory and methodology. St Louis:Ed.Mosby, 1993.
- 6.- Álvarez MA. Stress, un enfoque integral. La Habana:Ed. Científico-Técnica, 1998.
- 7.- Scott C. Roesch, Bernard Weiner, Allison A. Vaughn. Cognitive Approaches to Stress and Coping. Curr Opin Psychiatry 15(6):, 2002. 627-632
- 8.- Solomon P, Draine J. Subjective burden among family members of mentally ill adults: relation to stress, coping, and adaptation. Am J Orthopsychiatry

1995;65(3):419-27.

- 9.- Símonov P. Motivación del cerebro. Moscú:Ed. Mir, 1990.
- 10.- Bustamante JA. Concepto de neurosis. Boletín del Centro de Estudios sobre la Neurosis de la Academia de Ciencias de Cuba 1977;1:5-14.
- 11.- Barrientos G, Castro H. Tendencias actuales en psiquiatría. La Habana. Ed.Científico-Técnica, 1990.
- 12.- Colectivo de Autores. Psicoterapia. La Habana: Ed Ciencias Médicas, 1988
- 13.- Martínez C. Salud Familiar. La Habana: Ed Científico-Técnica, 2003
- 14.- Minuchin S. Where is the family in narrative family therapy? J Marital Fam Ther 1998;24(4):397-403.
- 15.- Schwartz RC. Narrative therapy expands and contracts family therapy's horizons. J Marital Fam Ther 1999;25(2):263-7.
- 16.- CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. OMS-Meditor, 1992.
- 17.- Holmes J. All you need is cognitive behaviour therapy? *BMJ* 2002;324:288-294
- 18.- Grinder J, Bandler G. La estructura de la magia I y II. Santiago de Chile: Ed. Cuatro Vientos, 1996.
- 19.- Hernández P y cols. Estilos de afrontamiento en pacientes con conducta suicida en la Unidad de Intervención en Crisis. *Psiquiatria.com* 2004;8(4) [www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/132/19751/?++interactivo/](http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/132/19751/?++interactivo/)
- 20.- Castro H. Algunas manifestaciones de los sets inconscientes, consideraciones sobre su relación con los sueños y los síntomas de las neurosis. *Rev Hosp Psiq Hab* 1982;23(1):59-66.

- 21.- Zaldívar D. y cols. Psicoterapia General. La Habana:Ed Félix Varela,2004
- 22.- Sorín M. Psicoterapia para el médico de familia. La Habana:Ed. Ciencias Médicas, 1989.
- 23.- Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. Teoría de la comunicación humana. Buenos Aires: Ed. Tiempo Contemporáneo, 1971.
- 24.- Stein,H: Fases de la psicoterapia adleriana clásica. En: Classical Adlerian Psychology Home Page - Alfred Adler Institute of San Francisco - Training in Classical Adlerian Psychotherapy, 1997  
<http://ourworld.compuserve.com/homepages/hstein/>
- 25.- Khannanashvili MM. Patología experimental de la actividad nerviosa superior La Habana: Ed. Mir-Ed Científico-Técnica, 1991.
- 26.- CITMA/UNICEF. La familia cubana. Situación actual y proposiciones para su fortalecimiento. Mayo, 1996.
- 27.- Caro Gabalda I. El origen cultural de la integración y del eclecticismo en psicoterapia. Psiquiatría Pública 1999;11(1):19-26
- 28.- Kemmis S y R, McTaggart. Como planificar la Investigación Acción. Edita Alertes, Barcelona, 1992
- 29.- Craske MG, Maidenberg E, Bystritsky A. Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry 1995;26(2):113-20.
- 30.- Perls F. El enfoque guesáltico y testimonio de terapia. Santiago de Chile: Ed. Cuatro Vientos, 1976.
- 31.- Fonagy P. El psicoanálisis hoy en día. World Psychiatry (Ed Esp)

- 2003;1(2):73-80
- 32.- Levenson H, Strupp HH. Recommendations for the future of training in brief dynamic psychotherapy. *J Clin Psychol* 1999;55(4):385-91.
- 33.- Hunter ME . *Psych yourself in: Hypnosis & Health..* Vancouver: Seawalk Press LTD; 1987
- 34.- Haley J. *Estrategias en Psicoterapia.* Barcelona: Ed. Toray, 1969.
- 35.- Markowitz JC, Weissman MM. *Psicoterapia Interpersonal: fundamentos y aplicaciones.* *World Psychiatry (Ed Esp)* 2004;2(3):136-139
- 36.- Mahoney MJ, Granvold DK. *Constructivismo y psicoterapia.* *World Psychiatry (Ed Esp)* 2005;3(2):74-77
- 37.- González R. *Terapéutica psiquiátrica básica actual.* La Habana:Ed. Ciencias Médicas, 2004.
- 38.- Rodríguez R. *Experiencias en psicoterapia con grupos grandes.* *Interpsiquis* 2004. *Psiquiatria.com* 2004;(2004)
- 39.- Suárez H y cols. *Psicoterapia Hacia las Metas.* Ponencia en Taller Nacional de Psicoterapias Autóctonas. CENSAM. Ciudad de la Habana. Abril 2004
- 40.- Nicolis, Grégoire; Prigogine, Ilya. *La estructura de lo complejo.* Edición Castellana. Alianza Editorial. 1994. (Edición original, 1987)
- 41.- Bassin FV. *El problema del Inconsciente.* Buenos Aires:Ed. Granita, 1972
- 42.- Castro-López H. *Psicoterapia de modificación de Predisposiciones,* en Colectivo de Autores. *Psicoterapia.* La Habana: Ed Ciencias Médicas; 1988
- 43.- Desviat M.- *Pensamiento único en Psiquiatría.* *Psiquiatría Pública* 1999;11(3):61-62

- 44.- Selvini Palazzoli M.- Paradox and Counterparadox. New York:Jason Aronson Ed, 1978.
- 45.- Ferriman A. Level of neurosis remained static in the 1990s. BMJ 2001;323:130
- 46.- Chinchilla A. Los trastornos de ansiedad en atención primaria. Salud Global 2002;2(1):1-8
- 47.- Torres de Galvis Y. Epidemiología de los trastornos psiquiátricos – Estudio Nacional Colombia. Interpsiquis 2000. Rev. Psiquiatria.com 2000;3(4) [http://www.interpsiquis.com/2000;\(2000\)](http://www.interpsiquis.com/2000;(2000))
- 48.- Rodríguez I.- Ansiedad, comportamiento y percepción de factores asociados a la misma. Tesis de Maestría en Psiquiatría Social. Camagüey 2003
- 49.- Programa nacional de prevención y atención a la conducta suicida. MINSAP 2001
- 50.- Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Buenos Aires: Ed. Interamericana, 1997.
- 51.- Díaz Miniet E. Factores sociales en las neurosis. La Habana: Ed. Academia, 1988.
- 52.- World Health Organization. The world health report 2001: mental health: new understanding, new hope. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001.

**Bibliografía:** Aparece en las páginas 371 a 380 del libro

**ANEXOS**

## Anexos

1. Constancia Premio Academia 2003 -----	pág.	71
2. Constancia Premio Anual de la Salud 2003-----	“	73
3. Aval de la Sociedad Cubana de Psiquiatría-----	“	74
4. Aval del Grupo Nacional de Psiquiatría-----	“	75
5. Características científicas del aspirante (resumen) -----	“	76
6. Constancia Premio de la Crítica 1990-----	“	78
7. Constancia de publicaciones del autor sobre el tema-----	“	79
8. Cursos impartidos sobre el tema-----	“	117
9. Trabajos sobre el tema presentados en eventos internacionales---	“	130
10. Diploma de profesor titular-----	“	135
11. Certificado de especialista de primer grado en psiquiatría-----	“	136
12. “ “ “ “ segundo “ “ “ -----	“	137
13. Reconocimiento del Ministro por el Premio Academia-----	“	138
14. Reconocimiento Dcción de Ciencia y Técnica por Premio de la Salud“		139
15. Acta del Jurado del Premio Anual de la Salud -----	“	140
16. Otros reconocimientos y avales-----	“	141
17. Currículum vitae-----	“	149
18. Testimonios por exhibición de documentos del currículum vitae-----	“	177
19. Resumen de la tesis-----	(documento adjunto)	

**CONSEJO NACIONAL DE SOCIEDADES CIENTIFICAS  
SOCIEDAD CUBANA DE PSIQUIATRIA  
AVAL DE OBRA CIENTIFICA**

Por la presente, hago constar que el libro “Crisis, Familia y Psicoterapia” del Profesor Dr. Alberto Clavijo Portieles, miembro destacado de nuestra junta de gobierno y profesor titular y consultante de alta experiencia en el Instituto de Ciencias Médicas de Camaguey, fue valorado en nuestro colectivo de trabajo y considerado como una obra relevante, de alta significación para nuestros residentes y especialistas en psiquiatría, así como para psicólogos, médicos de familia, trabajadores sociales y otros miembros del equipo de salud.

La obra que obtuvo premio a nivel nacional en el concurso PREMIO ANUAL DE LA SALUD 2003, aborda la atención a las crisis, los mecanismos de afrontamiento al estrés en el ámbito familiar y personal, así como aspectos medulares estratégicos y tácticos de la psicoterapia. Es también un magnífico exponente de las proyecciones cubanas en la atención a la salud mental y constituye un formidable aporte a la Escuela Cubana de Psicoterapia fundada por el profesor José Ángel Bustamante y enriquecida, actualizada y sistematizada por el autor como fruto de más de un cuarto de siglo haciendo llegar la psicoterapia a nuestra población e impartiendo múltiples conferencias y cursos orientados a incrementar los conocimientos, actitudes y habilidades imprescindibles para perfeccionar la atención integral de los pacientes psiquiátricos y sus familiares en nuestro medio y en otros países.

Este libro, de alto nivel científico, político ideológico y humano, trascenderá el ámbito nacional y seguramente resultará de interés en otros países del área donde el autor es muy reconocido como experto internacional.

Por su calidad, científicidad, redacción amena y asequible, actualidad, coherencia con nuestros principios y alta utilidad dentro de nuestro Programa Nacional de Salud, la Sociedad Cubana de Psiquiatría recomendó se viabilizara su adquisición por los miembros del equipo de Salud Mental en nuestro país.

Para constancia firmo la presente a los 6 días del mes de octubre del año 2004.

Por la Junta de Gobierno

Dr. Ricardo González Menéndez  
Presidente  
Sociedad Cubana de Psiquiatría



## **CARACTERÍSTICAS CIENTÍFICAS DEL ASPIRANTE (RESUMEN)**

- \* Profesor Titular de Psiquiatría y ex-Rector del ISCM de Camagüey
- \* Especialista de II Grado en Psiquiatría
- \* Especialista de II Grado en Administración de Salud
- \* Miembro de la Junta de Gobierno Nacional de la Sociedad Cubana de Psiquiatría
- \* Miembro del Grupo Nacional y Jefe del Grupo Provincial de Psiquiatría de Camagüey
- \* Jefe del Grupo Operativo Provincial de Salud Mental y Adicciones de Camagüey
- \* Presidente de Tribunal Estatal de Especialidades de 2do Grado en Psiquiatría y en Administración y Organización de Salud, ISCM-C
- \* Ex-Director del Hospital Psiquiátrico Provincial Docente y J' Gabinete de Salud Mental Familiar y Psicoterapia, del Policlínico de Especialidades Pediátricas.
- \* Ex-Presidente del Consejo de Sociedades Científicas y del Consejo Científico del Sectorial Provincial de Salud. Miembro del mismo,
- \* Miembro del Consejo Asesor Provincial de Ciencia y Técnica
- \* Miembro del Consejo Provincial de Ciencias Sociales y de su Grupo Ejecutivo
- \* Ha recibido 71 cursos de postgrado nacionales e internacionales
- \* Ha impartido 58 cursos nacionales e internacionales
- \* Tiene 49 publicaciones nacionales y extranjeras. Su libro "Manual de psiquiatría para el médico de la familia" obtuvo Premio del Inst. Cub. Libro-ACC a las Mejores Obras publicadas en 1990.
- \* Coautor de los Glosarios Cubanos a la 8va. y 9na. Clasifics. Internacs. de Enfermedades Mentales (GC-1 y GC-2) y del Glosario Cubano de Semiología

- \* El libro que se presenta como Tesis obtuvo los Premios Nacionales de la Salud y de la Academia de Ciencias de Cuba 2003 y está propuesto a Premio Nacional del XV Forum de Ciencia y Técnica
- \* Ha participado y presentado trabajos en 54 Eventos Nacionales y en 22 Eventos Internacionales.
- \* Ha participado en 25 investigaciones.
- \* Integró como Rector la delegación cubana a la Cumbre Mundial de Educación Médica "Edinburgo 93" y fue coautor de una Ponencia.
- \* Asesor Temporal para la Salud Mental en la República de Colombia (1998) y en República Dominicana (2001 y 2003) OPS/MINSAP
- \* Ha tutorado y(o) asesorado decenas de TCTR y Tesis de Maestría y participado en múltiples Tribunales Estatales de Categorías Docentes, de Especialistas de I y II Grados, en Tribunales de Forums y Premios Provinciales de Ciencia y Técnica
- \* Integró como diputado la Comisión de Salud, Deportes y Medio Ambiente de la Asamblea Nacional del Poder Popular, encargándose de la co-redacción del Proyecto de Ley de Salud, pendiente de análisis, participando en actividades internacionales de la Comisión de Salud del PARLATINO en la Legislatura correspondiente en representación de nuestra Asamblea.
- \* Fundador y Profesor Consultante ISCM-C

## Reivindicación de las neurosis.

FUENTE: INTERPSIQUIS. 2002; (2002)

### Alberto Clavijo Portieles.

Hospital Psiquiátrico de Camagüey  
3er Doceplantas Apto J4 Rpto JA Mella, C.P.: 70600  
Camagüey. Cuba

[\[otros artículos\]](#) [\[6/2/2002\]](#)

### Resumen

Los trastornos neuróticos constituyen un grupo de entidades tan frecuente en la práctica psiquiátrica como polémico en su etiología y consideración nosográfica.

El presente trabajo analiza el problema de las neurosis y de su clasificación en la CIE-10 y la DSM-IV. Aborda el concepto de trastorno neurótico como grupo de enfermedades enraizadas en la personalidad y la historia personal, producto de la claudicación por desincronización funcional del SNC ante el estrés y los conflictos intrapsíquicos con éste relacionados. Se detiene en el papel que en ella juegan las actitudes y la actividad psíquica inconsciente, el procesamiento de la información por parte del sistema límbico y los mecanismos de afrontamiento y defensa desarrollados en el proceso concreto de socialización personal.

### Introducción.

Con motivo de que, tanto la CIE-10 (1) como el DSM-IV, evaden el término neurosis y, con ello, las acaloradas polémicas de escuela relacionadas con todo cuanto tenga que ver con esta verdadera manzana de la discordia de la Psiquiatría(2), con relativa frecuencia escucho a colegas manifestar que las neurosis no existen, haciendo alusión a que, actualmente, los cuadros que antes se conocían por tales, "no se aceptan internacionalmente". Silogismo de

malabares mediante el cual, como la realidad se muestra problemática i peor para la realidad!: desaparece como por artes de magia.

Esto me hace recordar aquella original afirmación de Erikson, útil en su estilo psicoterapéutico sugestivo y manipulador: "Cuando un problema deja de ser considerado como tal para el sujeto, el problema habrá dejado de existir". Mis queridos colegas desaparecen, de una sola parrafada, comenzando por Pavlov y Freud, y siguiendo por Wolpe y Símonov, la obra de todo un siglo(3)(4). Resulta para ellos que los histéricos, fóbicos, hipocondríacos -para citar sólo algunas de sus variedades- que han saturado por décadas nuestras consultas i ya no son neuróticos!.¿Existe acaso demostración que fundamente inequívocamente etiología definida en otro sentido? No, ni la CIE-10 o el DSM-IV pretenden eso, ni tendrían base para pretenderlo: ellas codifican de acuerdo a las características clínicas y evolutivas, evaden la polémica etiológica, y apelan a un consenso de compromiso que, en modo alguno conculca la libertad en que está cualquier profesional bien documentado, de diagnosticar de acuerdo a sus conocimientos científicos y a la óptica de su escuela, hasta tanto y en cuanto estemos frente a ciencia constituída. Lo que, en aras de la comunicación científica internacional, y para facilitar el avance del conocimiento y de las investigaciones en un mundo globalizado, se codificará conforme a las clasificaciones vigentes oficialmente, para lo cual las pautas para el diagnóstico de la CIE-10, permanentemente consensualizadas y renovadas, y las versiones nacionales (5)(6) surgidas a partir de ella -cual es el DSM-IV, reflejo del pensamiento de la Psiquiatría Norteamericana- constituyen instrumentos de extraordinaria utilidad, compatibles con los diversos criterios de escuela.

En lo que respecta a la vigencia de la neurosis como categoría conceptualmente bien definida, en el contexto de las investigaciones que buscan el esclarecimiento etiológico de los aspectos medulares de la Psiquiatría, fiel a Bustamante y a la Escuela Cubana(4)(7)(8)(9)(10), defiende la existencia bajo ese término de un grupo de entidades -llámeseles individualmente como se les llame- con caracteres etiológicos comunes, en las cuales la claudicación ante el distrés, la presencia de conflictos psíquicos con fuerte compromiso emocional, las estructuras defensivas de la personalidad y el carácter crónico de sus trastornos, enraizados en la historia personal, entre otros aspectos, tipican y expresan el parentesco interno entre dichos cuadros(11).

Herederero de investigaciones y aportes que fundamentan un definido pensamiento de Escuela, paso a profundizar al respecto. Considero las neurosis -en plural- como trastornos que afectan fundamentalmente la vida emocional y las relaciones interpersonales, en forma crónica, desajustando la personalidad y pasando a formar parte de la "manera de ser" de los sujetos. Se expresan habitualmente por perturbaciones psicológicas que no afectan esencialmente el juicio de la realidad, atribuyéndose muchas de sus manifestaciones clínicas a mecanismos de evitación -condicionados- ante una

amenaza intolerable, real o simbólica(12), provocadora de estrés, frente al cual la ansiedad aparece como una señal anticipatoria de alarma(13) acerca de que la satisfacción de una necesidad significativa está en peligro, o el enfrentamiento a un conflicto no resuelto o a un daño personal es inminente(14). Otras manifestaciones resultan de la desorganización de la Actividad Nerviosa Superior, tras la claudicación funcional de sus recursos adaptativos, fisiológicos y psicosociales, por el distrés(15)(16). También, a consecuencia de nuevos mecanismos de defensa.

Desde el punto de vista psicológico, se puede apreciar en los neuróticos la presencia de conflictos internalizados -los mal llamados "complejos"(17)(18)(19)(20)- en estrecha relación con experiencias personales que fueron traumáticas, se condicionaron y eventualmente reprimieron, con frecuencia vinculadas a su problemática familiar(21).

Fisiopatológicamente existen, como substratum de ello, reflejos condicionados mórbidos que asocian el organismo y, en especial, los sistemas cardiovascular y neuroendocrino, con dichas experiencias traumáticas y sus distorsionados e incompletos reflejos verbales; condicionamientos indisolublemente unidos a la autoconciencia histórica personal, cristalizados en predisposiciones y actitudes inadaptativas, que les acompañan a lo largo de su vida (4)(22). Lo que no resta un ápice de importancia al significativo papel que tienen la herencia y la existencia de tipos de SNC y aparatos metabólicos predisponentes a una u otra variedad neurótica -a manera de terreno propicio para el desarrollo de estos trastornos-, lo cual cada día acumula nuevas evidencias (11).

### **Aspectos esenciales del concepto.**

\* Las neurosis representan un grupo de trastornos que afectan las funciones de relación, la vida emocional y pasan a formar parte de la personalidad.

\* Constituyen un proceso crónico, por estar enraizadas en la historia personal y asentadas en conflictos habitualmente tempranos que, al ser reactivados por estresores -predicción de amenazas simbólicas- dan lugar a la reiterada aparición de los síntomas.

\* La ansiedad es su síntoma fundamental y está relacionada, en especial, con el condicionamiento ante el estrés de los aparatos cardiovascular y neuroendocrino, lo que le confiere su base material, junto a los cambios vegetativos, metabólicos, neuromusculares e inmunológicos que la acompañan.

\* El papel de los mecanismos de evitación ante la predicción inconsciente de la amenaza y el distrés; mecanismos que están relacionados con los síntomas y las actitudes predisponentes neuróticas, a manera de defensas anticipatorias o válvulas de escape.

\* El conflicto internalizado es un resultado de la amenaza a la seguridad y a la satisfacción de necesidades significativas; se expresa a la vez en un error de aprendizaje, de percepción y de memoria, al no poderse integrar por el SNC como clara experiencia consciente y reflejo fiel de su realidad.

\* La experiencia traumática anterior viene a determinar, en su oportunidad, la claudicación ante el estrés y el desajuste del SNC en sus conexiones internas, el establecimiento de reflejos condicionados patógenos, así como la conformación de actitudes y predisposiciones inadaptativas, las que se "activan" al enfrentarse a la amenaza de una eventual repetición de dichas experiencias.

\* Los síntomas tienen un carácter de distorsión lúcida del reflejo psíquico, que no afecta esencialmente el juicio de la realidad, estando permeada esta distorsión por la afectividad perturbada, el estrechamiento o disociación de la conciencia y por la acción directa e indirecta de los mecanismos de defensa.

\* La naturaleza histórico-personal de los conflictos le confieren su sentido y significado al estilo y plan de vida del neurótico concreto y a muchos de sus síntomas

\* Suele existir un tipo de SNC propicio, caracterizado fundamentalmente por su fragilidad, inestabilidad o excesiva rigidez, habiéndose descrito numerosas variedades y encontrado algunos estigmas biológicos, que parecen estar asociados a sus diferentes tipos.

Fisiopatológicamente hablando, las neurosis son el resultado de un conjunto de condicionamientos morbosos ante el estrés: las respuestas psicológicas y somáticas que aparecen en ellas, son la expresión de la incapacidad del SNC para soportar la sobrecarga de los procesos nerviosos a que es expuesto por el medio y que está en relación con determinados significados sociales(23), que constituyen fuente de amenaza y agresión (pérdida de valores queridos, sentimientos de culpa, soledad, abandono, hostilidad reprimida, inferioridad, daño a la autoestima, rechazo, insatisfacción de necesidades, etc).

#### **Tipos de síntomas neuróticos(24):**

1).- Aquellos que son consecuencia directa de la desincronización funcional(16), resultado de la "catástrofe" del SNC al no poder soportar la sobrecarga tensional sobre los procesos nerviosos o, dicho de otro modo, el exceso de información(25) -cefaleas, intranquilidad, insomnio, fatiga, irritabilidad, etc.- así como los derivados de la alteración de las emociones involucradas (tristeza, disforia, aprensión, apatía, entre otros), a los cuales llamo síntomas catastróficos.

2).- Aquellos que constituyen mecanismos de evitación y defensa ante el estrés, la amenaza, la angustia o las consecuencias de ella, los que aparecen una vez que el SNC predice o se percata precozmente de la probabilidad de

una amenaza real o simbólica para su seguridad(26) y la satisfacción de las necesidades(27) -disociaciones, conversiones, distracción, etc.-, y cuando se ve enfrentado, a pesar de ello, a sus resultados (ej. amnesias, embotamiento, falsos recuerdos). Los llamo síntomas de evitación.

3).- Aquellos expresión de los sentimientos, conductas y actitudes negativas hacia los otros, que se desencadenan como respuesta a la asociación que se hace entre esas personas y las causas del conflicto o, en su caso, de las necesidades insatisfechas (v.gr. celos, dependencia, reafirmación). Los llamo síntomas de respuesta interpersonal.

4).- Aquellos que evitan la posibilidad de que el sujeto vuelva a verse enfrentado al conflicto insuperable, o expuesto a una necesidad que se considera incapaz de satisfacer (ej. retraimiento, rituales compulsivos, fobias sociales, desconfianza). Los llamo síntomas preventivos.

5).- Aquellos que sirven como señal de alarma ante un peligro real o imaginario, poniendo en guardia frente al mismo a todo el sistema de la personalidad(28). Tal es el caso de la ansiedad y la hipervigilancia. Les llamo síntomas de alerta.

6).- Aquellos relacionados directamente con las anomalías propias del carácter de los neuróticos(29) -inseguridad, inasertividad, psicorrigidez, actitudes inadaptativas y dificultades interpersonales, labilidad emocional, complejos, hipertrofia de las defensas, etc-. Son los síntomas caracterológicos.

Y es que los trastornos neuróticos se enraizan en la "manera de ser" de los sujetos, en sus predisposiciones y actitudes, constituyendo un modo habitual de reaccionar, una forma típica de responder ante las demandas de la vida(24). Por afectar las actitudes y ser precisamente el carácter el conjunto de actitudes peculiares de una persona(28), las neurosis vienen acompañadas de un carácter perturbado(29). Porque se entretajan en el proceso de su propia formación, confiriéndole a la persona el sello de su conflictualidad. Les son inherentes la inseguridad básica y la incapacidad para satisfacer a plenitud sus necesidades de adaptación y de realización personal.

Como estas maneras mórbidas de reaccionar quedan establecidas tras condicionamientos patológicos permanentes, reaparecen en el devenir personal cada vez que el paciente se enfrenta a los estímulos condicionados, o a sus equivalentes simbólicos. La persona, consciente o inconscientemente, percibe señales de amenaza, intuye o predice, sobre la base de su experiencia anterior, significados peligrosos a su seguridad en la comunicación y, de inmediato, se pone en guardia para la defensa(23). La ansiedad, como señal de alarma, aparece cuando los niveles de tensión amenazan sobrepasar la capacidad de respuesta normal del individuo y alcanzar tenores de desestructuración psicopatológica. Es más, la capacidad de predicción del ser humano, habidas experiencias previas, le posibilita utilizar actitudes escapistas

-"neuróticas"- para evitar situaciones productoras de ansiedad. Entonces, por mecanismos de condicionamiento operante, estas conductas de evitación, al lograr evadir la ansiedad, se ven reforzadas, por lo que se mantienen en el tiempo, a pesar de lo ineficaces de tales respuestas para una adaptación verdadera(24).

No sólo la ansiedad surge como expresión de defensa (alarma) frente a la amenaza, sino que los mecanismos de evitación aparecen, a su vez, como defensa contra la ansiedad cuando el sujeto, por avizorar la amenaza, se antepone precozmente a ella, lo que constituye explicación del porqué las actitudes escapistas entran a formar parte constitutiva del carácter y la personalidad de los neuróticos(22). Detrás de ellos está el condicionamiento traumático que los hace posibles.

Cuando el neurótico aprende a identificar precozmente la posibilidad de surgimiento de tales situaciones estresantes(25) que, por demás, teme continuamente encontrar a cada paso, aprende también a prever las secuencias en que se va incrementando la posibilidad de aparición de la angustia, por lo que comienza, automática e inconscientemente(30), a utilizar mecanismos psicológicos que evadan la exposición al peligro. Si estos mecanismos logran evitar la ansiedad, aunque no resuelvan la adaptación a la vida, son reforzados y vueltos a utilizar una y otra vez. Por ejemplo, la fobia a salir a la calle puede ser una defensa para evadir los peligros simbólicos que esta última representa para ese sujeto (sexo, agresión, soledad, culpa, inferioridad, etc.), que fueron oportunamente condicionados.

Uno de los elementos diagnósticos que más nos ayudan a diferenciar a las neurosis de otros trastornos, como los situacionales o de adaptación, es la existencia en ellas de conflictos psicológicos internalizados. El psicotrauma (conjunto de experiencias sociales creadoras de condicionamientos patológicos, de muy diversos modos) adquiere un significado conflictual para el sujeto, mientras no logra integrar una imagen verbal adecuada al respecto(31). Cada vez que se enfrente al conflicto o a sus equivalentes simbólicos, específicos para él, se desencadena como un resorte la secuencia sintomatológica(23).

El neurótico arrastra consigo, cual fardo o espina irritativa, sus "complejos". Los conflictos fueron primariamente exteriores, pero los internalizó. Como no ha aprendido a superarlos, a manejarlos adecuadamente, sino a duras penas logra evadirlos, ocultarlos, reprimirlos, en aquellas ocasiones en que la vida le impone, a su pesar, enfrentarse a sus problemas, cae en crisis, se desestructura. Esa es la problemática neurótica, analizada desde el ángulo puramente psicológico.

Cuando queremos conocer las causas de la neurotización de un paciente determinado, la clave está en su historia personal concreta(32), donde podemos hallar la esencia de su problema. Lo que es traumático para una



persona o una cultura, en otra puede no serlo. Cada diagnóstico concreto es un riguroso proceso de investigación. Sólo si procedemos de esta manera estaremos en condiciones de formular hipótesis, identificar conflictos y necesidades insatisfechas, acorrallar predisposiciones y mecanismos de evitación, captar el significado de los síntomas(33).

Es importante que se tenga en cuenta que las variedades clínicas de las neurosis están determinadas, en buena medida, por el tipo de SNC, la herencia, la índole del conflicto psicológico internalizado y los patrones de educación a los que la persona fue sometido, sobre todo en su temprana infancia, a través de los sistemas integradores clave que conformaron su personalidad(34)(24), a partir de su genotipo.

### **Algunas consideraciones etiológicas.**

La influencia del auge de la Cibernética en la Neurofisiología, Psicología y Psiquiatría contemporáneas, ha llevado a los investigadores de las más diversas ciencias del cerebro y la conducta, a estudiar las relaciones de los mecanismos de obtención, procesamiento, almacenamiento y regulación de la información por el cerebro humano, con la aparición de los trastornos neuróticos (30)(7)(26)(27)(35)(36)(37)(38), lo cual ha dado nueva luz a estas investigaciones. Ya no se ven los síntomas psíquicos como "focos inertes de excitación", sino como producto de las huellas en el sistema nervioso de la relación desincronizada de millones conjuntos neuronales, condicionados mórbidamente como determinado momento estadístico de la actividad bioeléctrica y neuroquímica sistémicas del cerebro, en su proceso reflexor y transformador de la realidad externa e interna(4).

Por su interés, haré referencia a los aportes de dos de los más eminentes investigadores del problema en la antigua URSS.

**M. M. Khannanashvili** plantea:

Una de las formas de neurosis etiológicamente diferenciada está condicionado por una combinación desfavorable de los factores siguientes:

1. Un gran volumen de información necesita ser procesado y adoptado en conexión con la decisión tomada.
2. Déficit de tiempo.
3. Un alto nivel motivacional.

La exposición continua de una persona a estas condiciones puede provocar la aparición de neurosis.

Este autor insiste en la necesidad de estudiar dichas causas primarias y las causas secundarias que astenizan el organismo y disminuyen la estabilidad del SNC(26).

**P. V. Símonov**, por su parte, señala:

En la base de la neurosis está la predicción consciente e inconsciente de la probabilidad para satisfacer las necesidades vitales en dos situaciones típicas:

1. Cuando la satisfacción de esta necesidad es obstaculizada por otra necesidad competente y/o:
2. Cuando el sujeto conoce cómo satisfacer su necesidad, pero no tiene medios necesarios y suficientes para hacerlo.

El papel decisivo de la predicción de la probabilidad para satisfacer las necesidades en la patogénesis de la neurosis nos autoriza a definirla como una enfermedad informativa.

**Símonov** hace énfasis en la participación de cuatro estructuras cerebrales en estos mecanismos: neocorteza frontal, hipocampo, amígdala e hipotálamo, y expresa que la alteración de la interacción óptima de las cuatro estructuras, es la razón fundamental de la desincronización neurótica(27).

En resumen, ambos autores fundamentan con sus investigaciones de laboratorio, la concepción de las neurosis como enfermedades informativas del sistema límbico cerebral. Por otra parte, cada día se multiplican las investigaciones que muestran el papel de los diferentes neurotransmisores cerebrales y otros mediadores químicos en la fisiopatología de estos trastornos. La investigación acerca de los distintos trastornos neuróticos van mostrando en cada uno de ellos antecedentes familiares, características genéticas, modalidades tipológicas específicas del SNC que muestran, de forma inequívoca, diferencias significativas en el terreno en que se asientan y trastornos biológicos específicos en su fisiopatología para cada modalidad. Pero el denominador común dado por la irrupción del proceso morboso tras la claudicación ante el estrés y la índole psiconeurótica de la respuesta patológica de la personalidad, mantienen, a mi juicio, la unidad nosográfica del grupo como "enfermedades por desincronización funcional de las estructuras límbicas del SNC ante el distrés y el condicionamiento anómalo ocurrido por error en el proceso de aprendizaje social de la personalidad, asentadas en un terreno biológicamente predispuesto a ello por factores genéticos, constitucionales y neuroquímicos que les confieren especificidad clínica".

El capítulo no está cerrado, ni es tarea sólo de neurofisiólogos, psiquiatras, genetistas, biólogos moleculares, bioquímicos, farmacólogos y neuropsicólogos. La revolución de las neurociencias y el desafío gnoseológico que las ciencias sociales y del comportamiento nos deparan en las décadas


inmediatas por venir, pasan por la comprensión científica del complejo problema de las neurosis, quizás uno de los más interesantes de los relacionados con la patología de la conducta humana, precisamente porque expresa la indiscutible unidad psicofísica y la dialéctica de la perturbación de las relaciones del hombre con la Sociedad y con la Naturaleza.

Entonces la obra de **Freud** y de **Pavlov** y, también, la de **Bustamante**, serán plenamente reivindicadas.

### **BIBLIOGRAFÍA.**

- 1.-CIE-10.- Trastornos Mentales y del Comportamiento. OMS-Meditor 1992
- 2.Barrientos, G.; Castro, H.- Tendencias Actuales en Psiquiatría, La Habana, Ed. Científico-Técnica 1990.
- 3.- Bustamante, J.A.- Psiquiatría, Tomo II. La Habana, Ed. Científico-Técnica, 1976.
- 4.- -----.- Concepto de Neurosis. Bol. Centr. Est. Neurosis, 1:5-14, La Hab 1977.
- 5.- Colectivo de autores.-Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas (octava revisión). Hosp Psiquiátrico de La Habana, 1980
- 6.- Colectivo de autores.-Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enf3)rmedades Psiquiátricas (novena revisión). Hosp Psiquiátrico de La Habana, 1980
- 7.- Bustamante JA, San Román A, Aquino J, Rodríguez A.- Las Actitudes, el Inconsciente y las Neurosis, Bol. Centr. Est. Neurosis, 5:45-53, La Hab 1981.
- 8.- Castro, H.- Histeria y Neurosis. La Habana, Ecimed, 1989.  
Adler A.- El conocimiento del Hombre. B Aires Ed. Espasa-Calce, 1947.
- 9.- Córdova A.- Algunos aspectos filosóficos, teóricos y prácticos de la psiquiatría. La Habana, Ed. Científico-Técnica, 1979.
- 10.- Clavijo,A.- Psicoterapia e Ideología. Rev Hosp Psiq Hab,
- 11-. ----- y cols.- Manual de Psiquiatría para el Médico de la Familia. La Hab, Ed. Ciencias Médicas 1990
- 12.- Kpp W.: Significance of symbolism in analytic and analytically oriented psychotherapy. Psychother Psychosom Med Psychol; 45(9?10):336?41, 1995 Sep?Oct.

- 13.- Sullivan, H.S.- La Entrevista Psiquiátrica. B Aires, Ed.Psique, 1959.
- 14.- Orlandini A.- Sicología del estrés. Stgo de Cuba, Ed Oriente 1994.
- 15.- Airpetyans GM.: Nuevos aspectos en el estudio de las neurosis experimentales. Bol. Centr. Est. Neurosis, 3:37-42, La Hab 1978.
- 16.- Hetch K, Dorner T, Hetch, Gotze F.: Aspectos ontogenéticos del estrés emocional y de la neurosis. Bol. Centr. Est Neurosis, 2:31-46, La Hab 1977.
- 17.- Adler, A.- El Carácter Neurótico. Ed Paidós 1959.
- 18.- Alexander F, French T.- Psychoanalytic Therapy. N York, Ed Roland Press, 1940.
- 19.- Fromm E.- Miedo a la Libertad. B Aires, Ed Abril 1947.
- 20.- Horney K.- La personalidad neurótica de nuestro tiempo. N York, Ed. WW Norton & Co. 1937.
- 21.- Kiser LJ, Ostoja E, Pruitt DB.: Dealing with stress and trauma in families. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 1998 Jan;7(1):87-103, viii-ix
- 22.-Castro H.- Algunas manifestaciones de los sets inconscientes, consideraciones sobre su relación con los sueños y los síntomas de las neurosis. Rev Hosp Psiq Hab 1982; 23(1):59-66
- 23.- Clavijo,A.- Psicoterapia de Grupo e Ideología. Rev Hosp Psiq Hab Abril-Jun 1976
- 24.- \_\_\_\_\_.- Crisis, Familia y Psicoterapia. Ed Ciencias Médicas, La Hab 2002
- 25.- Khannanashvili MM.: Sobre los principios de la clasificación de las neurosis, Bol. Centr. Est. Neurosis, 5:33-44, La Hab 1981.
- 26.- -----.: Patología Experimental de la Actividad Nerviosa Superior. La Hab Ed Mir-Ed Cient-Técn. 1991.
- 27.- Símonov P.- Motivación del Cerebro. Moscú, Ed Mir 1990.
- 28.- Ponce JR.- Dialéctica de las Actitudes en la Personalidad. La Hab, Ed Cient-Técn. 1981.
- 29.- Reich W.- Character Analysis. N York, Ed Orgone Inst. Press 1945.

- 30.- Bassin FV.- El Problema del Inconsciente. B Aires, Ed Granita 1972.
- 31.- Frosch A.: The preconceptual organization of emotion. J Am Psychoanal Assoc; 43(2):423-47, 1995.
- 32.- Politzer G.: Psicología mitológica y psicología científica. París, Revista de Psicología Concreta no.1, Feb. 1929.
- 33.- Bequart P, Muldworf B y otros.- Psicoterapia y Materialismo Dialéctico. B Aires, Ed Nuestro Tiempo 1965.
- 34.- Kardiner A.: Fronteras Psicológicas de la Sociedad. Méx, Fondo Cultura Económica 1955.
- 35.- Bandler R, Grinder J.: La Estructura de la Magia I y II. Stgo de Chile, Ed. Cuatro Vientos 1996
- 36.- Bateson C.- Pasos hacia una Ecología de la mente. Buenos Aires, Ed Lohlé 1976.
- 37.- Haley J.- Estrategias en Psicoterapia. Barcelona, Ed. Toray, 1969
- 38.- Jackson D.- Therapy, Communication & Change. Palo Alto, Sc & Beh Books 1968.
- 

## **Las tendencias al afrontamiento, el estrés y la actitud.**

**Alberto Clavijo Portieles.**

Profesor Titular y Especialista de Segundo grado en Psiquiatría. Jefe del Gabinete Provincial de Salud Mental Familiar y Psicoterapia del Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Cmdte. René Vallejo Ortiz”, Camagüey. República de Cuba.

**PALABRAS CLAVE:** Mecanismos de afrontamiento, Actitudes, Mecanismos de defensa, Psicoterapia breve, Inconsciente, Estrés.

**(KEYWORDS:** Coping, Attitudes, Defense mechanisms, Brief psychotherapy, Unconsciousness, Stress.)

[\[otros artículos\] \[10/2/2005\]](#)

### **Resumen**

Se aborda el problema de los mecanismos de afrontamiento y su relación con el estrés y las necesidades vitales, a la luz de la teoría de la actitud y su papel en el afrontamiento y la adaptación. Se particulariza en la relación y diferencias con los mecanismos de defensa, asumiendo el afrontamiento como los mecanismos fundamentalmente conscientes y la defensa como los básicamente inconscientes, interpretándolos como partes constituyentes de los procesos de enfrentamiento al estrés. Se agrupan en seis tendencias preconformadas de respuestas conscientes e inconscientes estereotipadas ante el estrés, considerándolas expresión de las actitudes típicas que tiende a asumir un sujeto en situación de crisis. Se enumera las formas de afrontamiento y mecanismos de defensa más comunes utilizados.

### **Abstract**

Coping, stress and human needs relations are described at light of the attitude theory and his role in coping and adaptation. Coping and defense mechanisms similarities and differences are revised, understanding coping as predominantly

conscious, and defense mechanisms as predominantly unconscious, both as parts of the attitudinal determined reactions related with stress. Six preformed trends of conscious and unconscious stereotyped answers to stress are signed as consequences of typical attitudes of people in stress situations. Principal coping and defense mechanisms are listed.

Cada persona tiene una manera peculiar de lidiar con los eventos estresantes. En situaciones de estrés se ponen en juego las formas de afrontamiento típicas de cada individuo, propias de su estilo personal, las que tienen que ver tanto con su experiencia anterior, su personalidad y sus actitudes como con la valoración de las circunstancias, el grado de amenaza y el tipo de problemas que ha de enfrentar(1).

Estos mecanismos están dirigidos a solucionar el problema, actuando sobre él; a modificar el modo de valorarlo, rectificando o distorsionando la percepción del mismo; y a transformar o amortiguar los sentimientos involucrados. Los mecanismos pueden ser adecuados o inadecuados, sanos o patológicos, resolver el conflicto y satisfacer las necesidades o aliviar simplemente sus consecuencias, enmascarando su permanencia. A los problemas se les puede "entrar de frente", ignorarlos, evadirlos, manejarlos, obsesionarse con ellos. Se puede buscar ayuda o rechazarla. Asumir la responsabilidad o proyectarla en otros. Discutir sobre el asunto o hacer caso omiso. Negociar. Resignarse.

Han sido descritas diferentes tendencias ante un conflicto: atacar, huir, evitar, defenderse, aislarse, ignorar, aparearse, acercarse a la gente, negociar. Es obvio que tras estas tendencias están las actitudes típicas del individuo y fenómenos psíquicos inconscientes que modulan sus reacciones peculiares (2). Junto a ello, la razón y la conciencia del sujeto, que alcanzan su más alto grado de lucidez cuando este se encuentra en situaciones de emergencia. Sin olvidar que, en la forma en que la persona da respuesta a los problemas están presentes el sello de la cultura y las costumbres de su grupo familiar y social. Filogenéticamente, la conciencia y el pensamiento han surgido precisamente como orientadores y reguladores de la conducta adaptativa.

Gracias a ellos, el hombre ha sabido crecerse ante las dificultades e ir transformando en su beneficio la propia naturaleza, encontrando soluciones racionales a los obstáculos que se han ido presentando a través de los tiempos. Ello es aplicable a la experiencia histórica personal. Pero, tras la conciencia, la persona dispone de un background de mecanismos neurofisiológicos y psíquicos automatizados, que operan a su servicio como un software portador del código de comunicación social (1). Tales son las actitudes y los procesos psíquicos inconscientes., propios y específicos de cada cual, al tiempo que reflejo

internalizado de su experiencia social.

Bajo el nombre de mecanismos de enfrentamiento incluyo reacciones pautadas genéticamente, como por ejemplo las debidas al llamado instinto de conservación: los impulsos a la lucha o a la fuga; también, aquellas aprendidas en su cultura a través de patrones familiares, generacionales, educativos, entre otros, que se transmiten al individuo por imitación o condicionamiento, a lo largo de su experiencia vital. Como también aquellas fruto de la lucidez personal, desarrolladas activamente por los sujetos en base a su ingenio, creatividad e intuición, y las respuestas impulsivas e inmaduras, inadaptables que, en los procesos de ensayo y error que acompañan la búsqueda de soluciones en momentos de crisis, expresan componentes negativos del comportamiento ante la ausencia de pautas orientadoras eficaces en un momento dado. Por eso son importantes factores como las experiencias previas, exitosas o no; el margen de autonomía y asertividad personal de que se dispone en los procesos de toma de decisión, el estado de ánimo, la confianza en sí mismo, el optimismo o pesimismo con relación a los posibles resultados; la influencia y ayuda de la red social de apoyo con que se puede contar; el nivel intelectual y cultural, la madurez y entereza de carácter; la objetividad y actitud con que se perciban los acontecimientos que se deben enfrentar en relación con la eventual posibilidad de satisfacer las necesidades involucradas.

A mayor madurez, desarrollo personal y salud espiritual, más flexibles y variados, más conscientes y racionales serán los recursos de que el sujeto dispone para enfrentarse a los problemas y más específicas sus respuestas ante cada tipo de situación. La rigidez y generalización de respuestas estereotipadas para circunstancias diversas y cambiantes y su mayor inconsciencia e irracionalidad, como regla general, constituyen índices de problemas en la personalidad y conflictos no resueltos en la vida intrapsíquica.

A todas luces, las actitudes y predisposiciones, por una parte y la experiencia personal, por la otra, son determinantes a la hora de comprender las respuestas adaptativas (3). La satisfacción de las necesidades es el motor que moviliza el comportamiento en la búsqueda de adaptación (4).

La sociedad provee modelos para resolver buena parte de los problemas humanos. En la medida en que la persona incorpora patrones adecuados y se identifica con ellos, que se abre a su comunidad y se socializa, estará en condiciones de asimilar retos progresivamente estresantes y eventualmente conflictivos.

Profundizando al respecto puedo decir que los mecanismos de enfrentamiento pueden ser agrupados en dos modalidades:



- Mecanismos de afrontamiento propiamente dichos (coping), los cuales tienen, fundamentalmente, un carácter consciente (5)(6).
- Mecanismos de defensa, que son básicamente, inconscientes (7).

No obstante, unos y otros siempre tendrán un componente consciente y otro inconsciente, en proporciones variables.

### **Mecanismos de afrontamiento**

Afiliación a grupos y petición de ayuda a la red de apoyo social.

Agresión, amenazas y castigos.

Anticipación.

Búsqueda de información.

Comparaciones optimistas.

Confidencias

Consumo de drogas tranquilizantes y alcohol.

Culpar al otro

Descalificación del objeto.

Distracción evasiva

Elaboración de un programa y desempeño de tareas.

Elogios a sí mismo.

Evitación

Fantasías vigiles

Ganarse al prójimo.

Habilidad asertiva.

La religiosidad, consuelo y esperanza mágica o mística

Modificación de la meta

Negociación.

Oración.

Parálisis del deseo.

Resignación.

Solicitud de ayuda psicológica, social y legal.

Sumisión

Supresión.

Uso del humor.

Abordaje progresivo.

Duelo.

Refugio en la enfermedad.

Respuesta empática

Victimización.

## Mecanismos de defensa

Ellos fueron caracterizados por el Psicoanálisis como procesos inconscientes que defienden al yo contra la angustia y los conflictos intrapsíquicos que resultan intolerables a la conciencia. Sullivan los divide en procesos distorsionadores de la realidad y procesos que sustituyen o niegan esa realidad, inatendiéndola selectivamente. Actúan "automáticamente" evitando que la persona tome conciencia de aquellos aspectos de la realidad que le son egodistónicos, sea transformando la percepción de los mismos, o, simplemente, inhibiéndola.

Ellos son:

- Acting out
- Aislamiento
- Autoengaño
- Anulación
- Catatimia
- Compensación
- Conversión
- Defensa maníaca
- Descalificación inconsciente
- Despersonalización
- Desplazamiento
- Desrealización
- Disociación
- Distorsión
- Evitación
- Expiación o restitución
- Externalización
- Fijación
- Formación reactiva
- Fragmentación
- Fuga en la fantasía
- Hipocondría
- Identificación
- Inatención selectiva
- Intelectualización
- Internalización
- Introyección
- Minimización
- Negación
- Pasivo-agresividad
- Proyección
- Pseudoconfirmación
- Racionalización

Realización simbólica  
 Reducción al absurdo  
 Regresión  
 Represión  
 Resistencia  
 Sublimación  
 Sumisión  
 Sustitución  
 Universalización  
 Vuelta o multa contra sí mismo

### **Mecanismos psicológicos no saludables (5)**

Culpa por responsabilidad. Culpa del sobreviviente. Inconformidad con la propia vulnerabilidad. Ira sobre el culpable. Ira sobre los exceptuados Miedo a la repetición. Miedo a la similaridad con la víctima Remordimiento sobre agresividad propia. Tristeza por la pérdida.

El enfrentamiento (que llamaremos afrontamiento para avenirnos al lenguaje universal) tendrá en alguna medida, con sus aspectos consciente e inconsciente necesariamente implícitos, componentes de acción voluntaria, racional, y componentes inconscientes, defensivos o no, adecuados o impropios, de acuerdo al caso particular.

Agruparemos los mecanismos de afrontamiento y defensa en 6 subgrupos, que responden a tendencias estereotipadas o predisposiciones asumidas de acuerdo al sentido de las actitudes que se conforman ante situaciones estresantes:

### **Tendencias de afrontamiento**

1. Búsqueda de información
2. Respuestas asertivas y maduras
3. Respuestas impulsivas, inmaduras
4. Búsqueda de apoyo y dependencia
5. Respuestas evasivas (incluye inhibición de la acción) y empleo de respuestas intrapsíquicas y mecanismos de defensa:
  - procesos eliminatorios
  - procesos distorsionantes
  - procesos sustitutivos
6. Búsqueda de gratificaciones y de reafirmación personal

Al identificar una actitud hacia el afrontamiento en cualesquiera situaciones críticas, de seguro podremos adscribirla a alguna de las tendencias arriba mencionadas. Esto es en extremo importante en el contexto de nuestra psicoterapia breve concreta de actitudes (1). Sobre todo, en el trabajo específico de intervención en crisis (8)(9)(10).

### **Bibliografía**

- 1- Clavijo, A. Crisis, Familia y Psicoterapia. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2002
- 2- Bustamante JA, San Román A, Aquino J, Rodríguez A. Las actitudes, el inconsciente y las neurosis. Boletín del Centro de Estudios sobre las Neurosis de la Academia de ciencias de Cuba 1981; 5:45-53
- 3-Castro, H. Histeria y Neurosis. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 1989
- 4- Símonov P. Motivación del Cerebro. Moscú: Ed. Mir, 1990
- 5- Orlandini, A. Sicología del estrés. Santiago de Cuba: Ed. Oriente, 1994
- 6- AGreg E. Dear; Justine L. Slattery; Roger J. Hillan. Evaluations of the Quality of Coping Reported by Prisoners Who Have Self-Harmed and Those Who Have Not. Suicide and Life-Threatening Behavior. Volume: 31 Number: 4 Page: 442 – 450 2003
- 7- González, R. Terapéutica psiquiátrica básica actual. La Habana: Ed. Ciencias Médicas 1998
- 8- Leslie R. Pollock; J. Mark G. Williams. Effective Problem Solving in Suicide Attempters Depends on Specific Autobiographical Recall. Suicide and Life-Threatening Behavior. Volume: 31 Number: 4 Page: 386 – 396 2003
- 9- Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. Oxford Textbook of Psychiatry. 3rd ed, Oxford Medical Publications: Great Britain; 1998
- 10- Scott C. Roesch, Bernard Weiner, Allison A. Vaughn. Cognitive Approaches to Stress and Coping. Curr Opin Psychiatry 15(6):, 2002. 627-632



## Estilos de afrontamiento en pacientes con conducta suicida en la Unidad de Intervención en Crisis (UIC).

FUENTE: PSIQUIATRIA.COM. 2004; 8(4)

**Pablo Hernández Figaredo\***; **Laureano García Gutiérrez\*\***; **Alberto Clavijo Portieles\*\***.

\* Especialistas de 1er grado en psiquiatría. Masters en psiquiatría social.

\*\* Especialista de 2º grado en psiquiatría

Hospital Psiquiátrico Provincial Docente "Comandante René Vallejo Ortiz" de Camagüey, Cuba.

PALABRAS CLAVE: Conducta suicida, Estilos de afrontamiento, Mecanismos de afrontamiento.

(KEYWORDS: Suicidal behaviour, Coping styles, Coping mechanisms.)

### Resumen

Se realizó una investigación cuanti-cualitativa con 27 pacientes con conducta suicida ingresados en la U.I.C. del Hospital Psiquiátrico Provincial Docente "René Vallejo Ortiz" de Camagüey, Cuba, en el trimestre Abril-Junio de 2003, para estudiar sus estilos de afrontamiento. Se obtuvieron datos sociodemográficos, situaciones desencadenantes, personalidad premórbida, datos sobre estilos de vida y diagnósticos nosográficos. Se empleó la Entrevista a Profundidad y el Análisis de Contenido en la búsqueda de los mecanismos y estilos de afrontamiento, entrevistas a familiares y los Tests de Rotter y Entrevista Proyectiva.

Se encontró que los estilos de afrontamiento estuvieron incluidos más en los subgrupos "búsqueda de apoyo", "respuestas asertivas y maduras" y "respuestas evasivas", mientras que el mecanismo de afrontamiento más utilizado fue "confidencias". Predominaron las dificultades de pareja en una población mayoritariamente femenina, de adultos jóvenes, con primacía de los rasgos histéricos de personalidad. La ideación suicida superó al parasuicidio. Hubo marcada tendencia al sedentarismo, tabaquismo y consumo de alguna cantidad de alcohol, y como diagnóstico, predominó el Trastorno de adaptación.

### Abstract

Coping styles are the way of getting into a person's attitudes, necessary for psychotherapy techniques. This study

assessed the coping styles of 27 patients admitted to The "René Vallejo Ortiz" Provincial Psychiatric Teaching Hospital of Camagüey in Cuba, from April to June 2003, for suicidal behaviour. Personal data, related trigger situation, personality traits, life style and clinical diagnosis were collected and qualitative techniques, interviews to close relatives and psychological tests were carried out.

Results showed that coping styles were included mostly in "search for support", "assertive mature responses", and "evasive responses". The most common coping mechanism found was "confidence". Couple difficulties were strongly associated with the suicidal crisis, in a population of young adults, mostly females with hysterical features of personality. Suicidal ideas were more common than suicidal attempts. There was a high tendency to sedentariness, smoking, and some alcohol intake, and Adjustment disorder was the most common diagnosis. Thus, suicidal behaviour is strongly related to "search for support" and "assertive responses" coping styles.

---

## **Introducción**

La conducta suicida es un problema común en cualquier latitud y constituye una preocupación para la sociedad, por su significación ilógica, antinatural y frustrante. Contrario a lo que pudiera esperarse del desarrollo de la humanidad, comenzado el siglo XXI y un nuevo milenio, resulta un hecho cotidiano en cualquier parte y continúa siendo una de las grandes incógnitas del hombre, puesto que la conservación de la vida y de la integridad personal son necesidades inherentes a él. Acto exclusivamente humano, ha sucedido en todas las sociedades, y sigue representando la mayor paradoja de la existencia, así como la estrategia de afrontamiento maladaptativa por excelencia.

La Unidad de Intervención en Crisis es uno de los servicios psiquiátricos donde más frecuentemente son atendidos estos pacientes que en un momento de sus vidas minimizan el valor de las mismas, poniéndolas en riesgo. Y porque en este tipo de hospitalización es común el uso de técnicas psicoterapéuticas breves con manejo de actitudes, encontramos oportuno vincular dicha conducta suicida con los estilos de afrontamiento. Si bien ésta es una estrategia no adaptativa, por su propia naturaleza no puede establecerse como una forma habitual de reaccionar; es decir, aunque se haga un gesto suicida en un momento determinado e incluso se repita, difícilmente constituirá un patrón de conducta ante los diferentes problemas. Y si estudiamos los mecanismos de afrontamiento que acompañan al suicida, sus formas de lidiar habituales con las situaciones estresantes, y se hace hincapié en el empleo de las más atinadas desde el punto de vista psicoterapéutico, definitivamente las tendrá a su alcance en futuras crisis, y quizá no utilice entonces el acto suicida como salida ante una dificultad. Pero para ello parece necesario identificar previamente sus estrategias habituales, lo que constituyó la motivación para llevar a cabo la

presente investigación.

## **Objetivos**

### **General:**

Precisar los estilos de afrontamiento vinculados con la conducta suicida en el grupo de estudio.

### **Específicos:**

- Enunciar datos sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación).
- Describir los principales mecanismos de afrontamiento presentes.
- Detectar la situación desencadenante relacionada con la conducta suicida.
- Identificar el tipo de conducta suicida presente.
- Esbozar los rasgos de personalidad sobresalientes (PPM).
- Definir algunos componentes de los estilos de vida más característicos.
- Enumerar los diagnósticos nosográficos asociados.

## **Materiales y métodos**

### **Tipo de estudio**

Investigación básica, transversal, explicativa, cuanti-cualitativa, de campo.

### **Población**

El universo estuvo integrado por 27 pacientes ingresados por conducta suicida en la U.I.C. del Hospital Psiquiátrico Provincial Docente

“René Vallejo Ortiz” de Camagüey, Cuba, en el trimestre Abril -Junio de 2003.

### **Criterios de inclusión**

Pacientes con conducta suicida que voluntariamente accedieron a participar en la investigación.

### **Criterios de exclusión**

Pacientes con diagnóstico de depresión mayor o trastorno bipolar.

Pacientes con nivel de funcionamiento psicótico.

### **Bioética**

Se expresó a través de consentimiento informado, por escrito, la conformidad del paciente en su participación.

### **Procedimiento**

En cada paciente se empleó la Entrevista a Profundidad<sup>1, 2</sup>, así como el Análisis de Contenido<sup>3</sup>, estudiando específicamente sus mecanismos de afrontamiento típicos, lo que luego se procedió a corroborar con entrevistas al familiar más allegado disponible. Se utilizó también el método de observación por los Licenciados en Enfermería de la sala, y por último, se emplearon las pruebas psicológicas Test de Rotter y Entrevista Proyectiva. Todas,

técnicas de investigación cualitativas con las que se efectuó triangulación.

Además de la entrevista, se confeccionó una encuesta donde se recogieron los datos generales de cada paciente, personalidad premórbida, algunos elementos sobre sus estilos de vida, la situación desencadenante, la conducta suicida presente (idea suicida, intento suicida), el diagnóstico nosográfico y los mecanismos de afrontamiento típicos.

### **Criterios operacionales**

Se reconoció como "situación desencadenante" cualquier cambio en la vida de la persona que resultara estresante y que estuviera íntimamente vinculada con la conducta suicida presente. Se clasificó atendiendo los siguientes indicadores:

- Problemas conyugales
- Problemas amorosos
- Problemas laborales
- Problemas familiares
- Problemas de salud
- Problemas económicos
- Problemas judiciales
- Problemas de vivienda
- Fallecimiento de ser querido
- Otros
- No precisados

Como "personalidad premórbida" se recogieron los rasgos de personalidad distintivos, que acompañan a la persona de manera habitual, y se clasificaron en:

- Rasgos histéricos
- Rasgos paranoides
- Rasgos obsesivos
- Rasgos esquizoides
- Rasgos inmaduros
- Otros

En "estilo de vida" se tomaron en cuenta los siguientes aspectos:

--Hábitos tóxicos

a) Tabaquismo  
(Si el paciente es fumador o no)

b) Consumo de alcohol  
Clasificándose éstos en abstemios (en el caso de que la ingestión de alcohol fuera nula), bebedores ocasionales (cuando la ingestión de alcohol fuera excepcional, en contadas ocasiones), bebedores sociales (si el consumo de bebidas alcohólicas formaba parte de las actividades que se realizaban socialmente y se hacía con alguna frecuencia), y dependientes (en el caso de que hubiera una adicción al alcohol diagnosticada).

--Actividad física habitual, agrupándose en sedentarios (cuando no se hacía algún tipo de ejercicio físico, deporte o



trabajo de índole física) o físicamente activos.

--Empleo del tiempo libre (útilmente invertido o no, de acuerdo con el criterio del paciente).

--Participación en actividades sociales de diversa índole (organizaciones de masa, de fraternidad, religiosas).

Los estilos de afrontamiento se exploraron utilizando la clasificación de Orlandini-Clavijo (ver Anexo 1) sobre los mecanismos de afrontamiento.

Para facilitar la elaboración del dato, dichos mecanismos de afrontamiento se clasificaron en 6 subgrupos, respondiendo a las tendencias estereotipadas o predisposiciones asumidas ante las situaciones estresantes.

La reagrupación se efectuó como sigue:

1- Búsqueda de información

a) Búsqueda de información

2- Respuestas asertivas y maduras

- a) Anticipación
- b) Elaboración de un programa y desempeño de tareas
- c) Habilidad asertiva
- d) Modificación de la meta
- e) Negociación
- f) Resignación
- g) Uso del humor
- h) Abordaje progresivo
- i) Respuesta empática

3- Respuestas impulsivas e inmaduras

- a) Agresión, amenazas, castigos
- b) Consumo de drogas, tranquilizantes y alcohol
- c) Culpar al otro

4- Búsqueda de apoyo

- a) Afiliación a grupos y petición de ayuda a la red de apoyo social
- b) Confidencias
- c) Ganarse al prójimo
- d) La religiosidad, el consuelo y esperanza mágica o mística
- e) Oración
- f) Solicitud de ayuda psicológica, social y legal
  
- g) Sumisión
- h) Refugio en la enfermedad
- i) Dependencia

5- Respuestas evasivas (incluye inhibición de la acción) y empleo de mecanismos de defensa:

- procesos eliminatorios
- a) descalificación del objeto
- b) evitación
- c) parálisis del deseo
- d) supresión
- procesos distorsionantes
- a) fantasías vigiles

- b) victimización
- procesos sustitutivos
- a) distracción evasiva

#### 6- Búsqueda de gratificaciones y de reafirmación personal

- a) Comparaciones optimistas
- b) Elogios a sí mismo

Tras realizar las entrevistas a profundidad pertinentes, a través de las cuales se obtuvo el criterio médico de los mecanismos de afrontamiento, se procedió a discutir con cada paciente sus formas habituales de enfrentar problemas: con el auxilio de la mencionada clasificación de Orlandini-Clavijo, se leyó y explicó cada uno de los mecanismos descritos, para que él mismo escogiera los que considerara propios. Luego de identificados, se le pidió al paciente que de los escogidos, expresara los que considerara más típicos en él, obteniendo así su estilo de afrontamiento. Posteriormente se empleó la misma clasificación para que el familiar más allegado identificara los mecanismos que según su opinión eran los más frecuentes en su paciente.

Los datos obtenidos se procesaron utilizando el programa Excel para tendencias cualitativas, así como el paquete de programas estadísticos Epi Info 2002 para los resultados cuantitativos. La totalidad de los procesos se llevó a cabo en una computadora personal Pentium IV. Los resultados se expresan en tablas y gráficos.

### **Análisis y discusión de los resultados**

#### **CARACTERIZACION DE LA MUESTRA**

Según se observa en el Cuadro No. 1 con respecto al sexo, hubo un predominio del femenino con 19 pacientes, que representaron casi las tres cuartas partes de la población (70,3%). Al sexo masculino pertenecieron 8 pacientes.

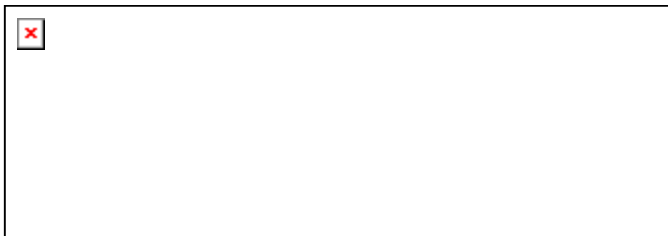
(29,7%) En cuanto a edad, el mayor grupo estuvo incluido entre los 26 y 35 años (9 pacientes, 33,3%), y los 36 a 45 años (n=8; 29,7%), que sumados agruparon 17 pacientes (62,9%) entre las edades de 26 a 45 años.



CUADRO No. 1

Con referencia al estado civil, (Cuadro No. 2) cerca de la mitad de los pacientes estaban casados

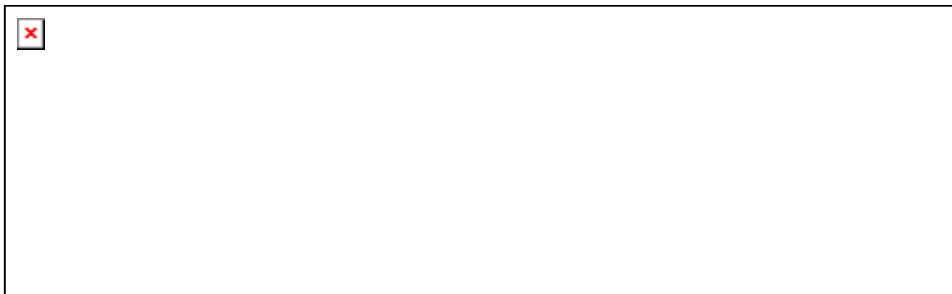
(n=14; 51,9%) y de éstos, 11 pertenecían al sexo



Cuadro No.2

femenino. 12 pacientes de los casados se ubicaron en el grupo de 26 a 45 años. En lo que a ocupación respecta, predominaron los obreros y amas de casa con 6 pacientes en cada grupo (22,2%), seguidos muy de cerca por los desocupados, en número de 5, y luego los técnicos de nivel medio con 4 pacientes.

La escolaridad Secundaria estuvo representada por la tercera parte de los pacientes, con 9 (33,3%). Le siguió la Preuniversitaria en número de 6 y luego la Primaria con 5 pacientes. Hubo 3 pacientes universitarios. Los problemas conyugales (en 5 pacientes), seguidos de los familiares (4 pacientes) abundaron más en cuanto a situación desencadenante. Les siguieron los problemas amorosos, de salud y "otros", con 3 pacientes en cada caso. Sumando los problemas conyugales con los amorosos, los de pareja alcanzaron la supremacía con 8 casos. (29,6%) Los 3 pacientes que refirieron problemas de salud como causantes de la crisis pertenecieron al sexo masculino. Casi la sexta parte de los pacientes estudiados (n=6) tuvo una personalidad premórbida con rasgos predominantemente histéricos. (Cuadro No. 3) Les siguieron de cerca los rasgos de personalidad esquizoides, los inmaduros, y "otros" con 5 pacientes en cada caso. Atendiendo al sexo, en los hombres hubo más rasgos esquizoides (3 pacientes) y en las mujeres histéricos e inmaduros. (5 cada uno).

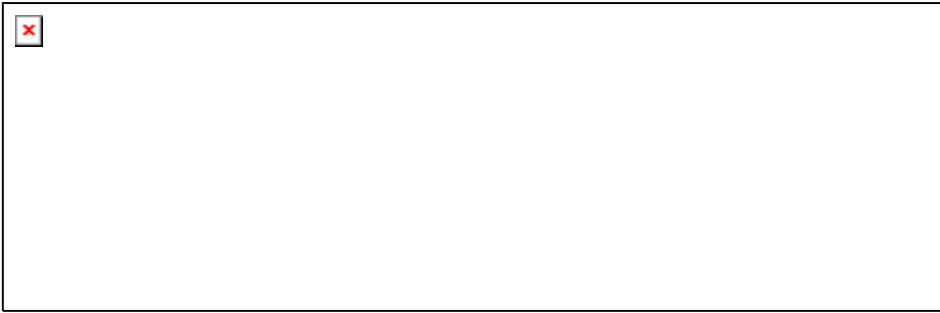


### Cuadro No. 3

Con respecto a algunos de los factores relacionados con estilos de vida, se observó lo siguiente:

- Más de la mitad de los pacientes fueron fumadores (n=16, 59,3%). De ellos, 12 estuvieron comprendidos entre las edades de 26 a 45 años.
- 21 pacientes eran consumidores de alcohol (77,8%), y existió un predominio de los bebedores ocasionales, con 11 pacientes (40,7%). Les siguieron los bebedores sociales en número de 8. Hubo 6 abstemios y 2 dependientes del alcohol. De los 6 abstemios, 5 pertenecieron al sexo femenino.
- La mayor parte de los pacientes llevó una vida sedentaria (n=22, 81,5%).
- Más de la mitad de ellos consideró que empleaba su tiempo libre útilmente (n=15, 55,6%).
- Casi las dos terceras partes describieron participar en actividades sociales regularmente (17 pacientes, 62,9%).

Como se observa en el Cuadro No.4, dentro de la conducta suicida 16 pacientes presentaron ideación suicida (59,3%), y 11 atentaron contra su vida (40,7%). Tomando en cuenta el sexo, de los 8 hombres la mitad hizo intento suicida, y de las 19 mujeres 7 lo intentaron. El método más común utilizado fue la ingestión de fármacos (en 5 pacientes), seguido de la ingestión de sustancias tóxicas en 4 de ellos. Los métodos más duros de ahorcamiento y quemaduras (uno en cada caso) se encontraron ambos dentro de las edades de 36 a 45 años. Es de destacar que en dos de los pacientes, el intento suicida fue cometido en estado de embriaguez.



Cuadro No. 4

Al hablar de diagnóstico, (Cuadro No. 5) la tercera parte de los pacientes (n=9, 33,3%) presentó Trastorno de Adaptación. Le siguieron los Trastornos de Personalidad con 7 pacientes, representando casi la cuarta parte, y luego los Trastornos neuróticos en número de 5.

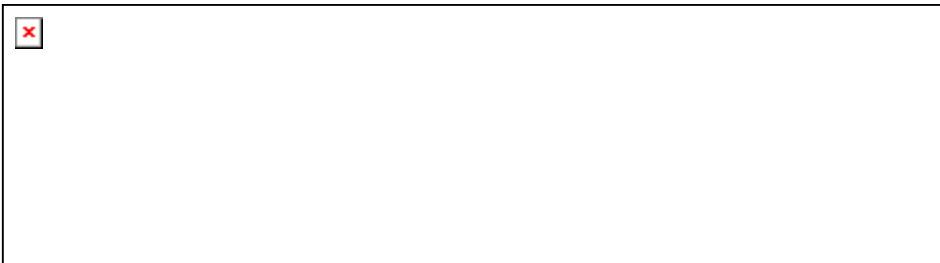
Los dos métodos duros empleados en el parasuicidio correspondieron uno al diagnóstico de Trastorno de Personalidad y otro al de Adicción al Alcohol. Ninguno de los pacientes con diagnóstico de trastorno neurótico hizo



intento suicida.

Cuadro No.5

Haciendo un análisis de cada uno de los mecanismos de afrontamiento según el criterio de los propios pacientes, (Cuadro No. 6) las confidencias fue el más referido (10 veces). Le siguió la búsqueda de información con 9, y luego la resignación, la descalificación del objeto y la evitación, mencionados 8 veces cada uno de ellos.



Cuadro No. 6

Teniendo en cuenta la división en subgrupos de los mecanismos de afrontamiento, la mayor cantidad de respuestas se ubicó entre las de Búsqueda de apoyo, con una frecuencia de 43, representando poco menos de la mitad. Le siguieron las Respuestas asertivas y maduras con 39, casi un cuarto del total, y luego las Respuestas evasivas con 38 (aquí predominaron los Procesos eliminatorios). Luego las Respuestas impulsivas e inmaduras con 14, y la Búsqueda de información con 8. La Búsqueda de gratificaciones y de reafirmación personal representó un mínimo porcentaje.

Con respecto al criterio de los familiares acerca de sus pacientes tomando en cuenta mecanismos de afrontamiento, la evitación fue

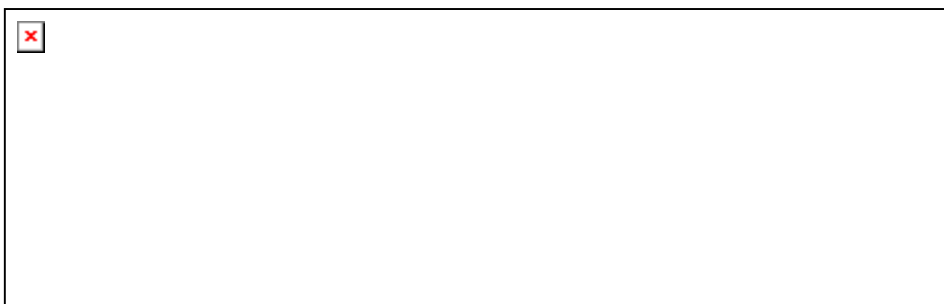
referida en 8 ocasiones, culpar al otro y confidencias 7 veces cada una, y la búsqueda de información y la distracción en ambas en 6 ocasiones.

En cuanto a subgrupos, fue más común en los familiares el criterio de que en sus pacientes predominan la búsqueda de apoyo y las respuestas evasivas en número de 25 ambos. (En éste prevalecieron los procesos eliminatorios).

Después las respuestas impulsivas e inmaduras con 14, y las respuestas asertivas y maduras se ubicaron luego con 12.

El criterio médico con respecto a sus pacientes, encontró como mecanismo de afrontamiento individual con mayor frecuencia la afiliación a grupos y petición de ayuda a la red de apoyo social (9 veces), seguido de la distracción evasiva en 8 casos y las comparaciones optimistas en 6. Le siguieron, con 5 veces cada una, la evitación, la solicitud de ayuda psicológica, social y legal, y la supresión. Dentro de los subgrupos de mecanismos, la mayor cantidad de éstos se ubicaron dentro de la Respuestas evasivas en número de 25 (aquí también prevalecieron los procesos eliminatorios), seguidas muy de cerca por la Búsqueda de apoyo con 24, y luego las Respuestas asertivas y maduras con 10.

Teniendo en cuenta los Estilos de afrontamiento referidos por cada paciente, (Cuadro No. 7) los que se incluyeron en el acápite Búsqueda de apoyo superaron los demás con 22 respuestas. Le siguieron las Respuestas asertivas y maduras con 12 y luego las Respuestas evasivas con 11. Las Respuestas impulsivas e inmaduras, la Búsqueda de información y la Búsqueda de gratificaciones y de reafirmación personal fueron las menos referidas.



Cuadro No. 7

### ANÁLISIS SEGÚN GRUPOS DE EDADES

Analizando el grupo de menos de 25 años, se observa una tendencia a no tener pareja (solteros, divorciados), y se destaca que hay más intentos que ideas suicidas. Con respecto a situación desencadenante, la tendencia encontrada fue hacia los problemas amorosos y familiares. En cuanto a los mecanismos de afrontamiento, el 60% refirió "distracción evasiva" y "evitación" y el 40% expresó "agresión, amenazas y castigos", "confidencias", "negociación" y "parálisis del deseo". No se encontraron tendencias específicas en cuanto al criterio de los familiares entrevistados. Por su parte, el criterio médico señala como tendencia los mecanismos "afiliación a grupos y petición de ayuda a la red de apoyo social", "descalificación del objeto" y "distracción evasiva" en un 40%. La tendencia general es hacia el afrontamiento evasivo. Así mismo, cuando se habla ya de estilos de afrontamiento, como tendencia se encuentran la "distracción evasiva" y la "evitación", pertenecientes al grupo de las respuestas evasivas.

Lo primero que salta a la vista del grupo de edades de 26 a 35 años, es que está ausente el sexo masculino, hecho curioso para lo cual no hay otra explicación que no sea la casualidad, además de lo reducido de la muestra. La tendencia encontrada en este grupo de mujeres es a estar casadas, y entre ellas abundan las que consumen alguna cantidad de alcohol, y además tienden a ser sedentarias. En cuanto a situación desencadenante, predominan los problemas de pareja y laborales y la ideación suicida. En los mecanismos de afrontamiento referidos por las pacientes la tendencia es a "culpar al otro" y a la "descalificación del objeto", mientras que la tendencia familiar es hacia la "distracción evasiva" y la "evitación"; la del criterio médico va también hacia la "evitación", que es la tendencia general. En cuanto a estilos de afrontamiento, no hay tendencia definida, y predominan las respuestas que se encuadran entre las asertivas y maduras, y la búsqueda de apoyo.

En lo que respecta a las edades entre 36 y 45 años, hay un predominio del sexo femenino y del estado civil casado, al tabaquismo y al consumo de alcohol. Los mecanismos de afrontamiento referidos por los pacientes tienden hacia la "afiliación a grupos y petición de ayuda a la red de apoyo social", las "confidencias" y la "descalificación del objeto". Por su parte la tendencia en los familiares fue a seleccionar igualmente las "confidencias" y además la "evitación". El

criterio médico tiende al "consumo de drogas, tranquilizantes y alcohol". En consecuencia, existe una dispersión de criterios que no permiten encontrar una tendencia definida, aunque se nota una leve inclinación a las confidencias. En este grupo de edades, se observa un amplio predominio de la búsqueda de apoyo en cuanto a subgrupos de afrontamiento se refiere.

En el grupo de edades de 46 a 55 años se constata un predominio de pacientes que ingieren alcohol y que son sedentarios. Así mismo, prevalecen las ideas suicidas por encima del intento. Los mecanismos de afrontamiento seleccionados por los pacientes tienden más a "la religiosidad, consuelo y esperanza mágica o mística" y a la "resignación". Por su parte no hay tendencias específicas en cuanto al criterio familiar. El criterio médico tiende a la "afiliación a grupos y petición de ayuda a la red de apoyo social" y "la religiosidad, consuelo y esperanza mágica o mística". Se observa una tendencia general hacia el vínculo religioso, y aunque no hay marcada tendencia en cuanto a estilos de afrontamiento; también se constata una leve inclinación a la afiliación religiosa.

Predominan en los subgrupos las respuestas asertivas y maduras y la búsqueda de apoyo. En este último grupo de edades no sorprende que haya tendencia a la asertividad y madurez, puesto que la experiencia vivida a estas edades debe teñir su afrontamiento, aunque también se patentiza la necesidad de apoyo.

#### ANÁLISIS CON RESPECTO AL SEXO

En el sexo masculino se constata un predominio de los individuos sin vínculo de pareja. Predominan los rasgos de personalidad esquizoide y el tabaquismo, y se observa una amplia tendencia a consumir alguna cantidad de alcohol, así como al sedentarismo.

Hay un predominio del intento suicida por ingestión de sustancias tóxicas. Los mecanismos de afrontamiento referidos no tienen una tendencia clara, ocurriendo lo mismo con el criterio familiar y el médico. (La tendencia general es hacia la dispersión de mecanismos) Referente a estilos de afrontamiento, priman las respuestas evasivas en cerca de la mitad de los pacientes. Luego se ubica la búsqueda de apoyo con un 28% y la búsqueda de información con el 15%.

Al referirnos al sexo femenino, se observa un ligero predominio del estado civil casado, y problemas sobre todo de pareja. Los rasgos de personalidad tienden ampliamente a los histéricos e inmaduros. También se aprecia una gran tendencia al consumo de alguna cantidad de alcohol y a ser sedentarias. Hay un discreto predominio del intento suicida por ingestión de fármacos. Al igual que en el sexo masculino, los mecanismos de afrontamiento referidos por las propias pacientes no tienen una tendencia clara, puesto que son muy diversos. La tendencia encontrada en el criterio de los familiares es hacia la distracción evasiva y la evitación. Hay una ligera tendencia a la distracción evasiva y a la supresión según el criterio médico. La tendencia general apunta a la distracción evasiva. Aunque no



hay tendencia en cuanto a estilos de afrontamiento, se aprecia una leve inclinación a la religiosidad, consuelo y esperanza mágica o mística y a la resignación. En cuanto a subgrupos de afrontamiento se comprueba la primacía de la búsqueda de apoyo con cerca de la mitad de los casos.

#### GENERALIDADES

En general, con respecto a mecanismos de afrontamiento individuales, el criterio de los pacientes se inclina a las confidencias, la búsqueda de información, resignación, descalificación del objeto y evitación, mientras que el criterio de los familiares tiende más hacia la evitación, a culpar al otro y a las confidencias, y el criterio médico tiende a la afiliación a grupos y petición de ayuda a la red de apoyo social y a la distracción evasiva.

Prima el intento suicida (57%) sobre la idea suicida en las personas que ingieren bebidas alcohólicas. Además, las personas consumidoras de alcohol del sexo femenino intentan suicidarse más que los hombres.

Se observa que cuando la situación desencadenante consiste en problemas conyugales o de defunción del cónyuge, el mecanismo de afrontamiento utilizado tiende a ser las confidencias, y esto ocurre en los que han intentado suicidarse.

Por su parte, en los que hay sólo ideas suicidas, la tendencia es al mecanismo de descalificación del objeto.

No se encuentra relación entre los criterios del paciente, del familiar y del médico cuando de mecanismos de afrontamiento se trata.

Con relación a las Pruebas Psicológicas, en sentido general éstas arrojaron con cierta frecuencia una baja tolerancia a las frustraciones, evasión, necesidad de apoyo, motivaciones e intereses disminuidos, nivel de aspiraciones por encima de posibilidades reales, baja autoestima, carencia afectiva, inseguridad, inmadurez, dificultades en las relaciones interpersonales y egocentrismo.

#### **Discusión**

El suicidio es casi universalmente más frecuente en el sexo masculino. Lo contrario ocurre cuando de intento suicida se habla: en toda la bibliografía revisada se constata el predominio del sexo femenino, con una tasa de parasuicidio 3 a 4 veces superior a la de los hombres.<sup>4, 5, 6, 7, 8</sup> De ahí que no sorprendió la primacía del sexo femenino patente en esta investigación, teniendo en cuenta además que es este el sexo que más demanda tiene de la hospitalización en crisis.

En cuanto a la edad, era de esperar el predominio hallado de adultos jóvenes. Las referencias encontradas apuntan a que el parasuicidio es más común en la primera mitad de la vida, y que se presenta con mayor frecuencia entre

personas jóvenes, ya que al menos dos terceras partes de los casos son menores de 35 años.<sup>9</sup>

Con respecto al estado civil, se halló coincidencia en el predominio de los casados con alguno de los trabajos realizados en nuestro país<sup>10</sup>, no así en otra literatura revisada, donde se hace referencia a la mayor frecuencia de la conducta suicida en personas solteras, viudas o divorciadas.<sup>11, 12,13</sup>

Sobre todo a las amas de casa se hace referencia en otras investigaciones, vinculándolas con la conducta suicida<sup>14</sup>, <sup>15</sup>, aunque en sentido general se habla de la falta de vínculo laboral como factor de riesgo.<sup>12, 16, 17</sup>

El encontrar un predominio de escolaridad secundaria no sorprende, por ser este el nivel educacional más común en la población cubana.

En general la conducta suicida se relaciona con algún evento precipitante.<sup>18, 19, 20</sup> Incluso la ausencia de éste se considera un índice de mayor riesgo suicida, porque no supone una conducta reactiva a conflictos en el área afectiva, laboral, económica o de salud.<sup>21</sup> La amplia primacía de los problemas de pareja y familiares encontrados como detonantes de la conducta suicida, también ha sido expuesto por otros investigadores, tanto en Cuba como en el exterior.<sup>5, 13, 15</sup>

Así mismo, respecto al medio utilizado en el intento suicida, hay coincidencia con otros trabajos donde se hace referencia al predominio de la ingestión de fármacos.<sup>22, 23, 24</sup>

La valoración global que puede hacerse de estos datos es que al prevalecer el sexo femenino, es de esperar la utilización de los llamados métodos blandos o menos letales en lo que a conducta suicida se refiere, en contraposición con los métodos duros más usados por el sexo masculino.

Analizando las patologías más comúnmente encontradas en el estudio, son éstas precisamente las que con más frecuencia se encuentran en la U. I. C.

Se ha señalado la relación que existe entre impulsividad y conducta suicida. De ahí que en el grupo de edades de menos de 25 años no sorprenda que haya más intentos que ideación suicida. En la etapa de la vida en que se acaba de dejar atrás la adolescencia, es más común que se lleven a cabo acciones de manera impulsiva. Así, no es extraño que al presentarse la ideación suicida, se vaya de inmediato a la ejecución de la misma. En esta etapa de la vida no puede esperarse un arsenal de mecanismos maduros como respuesta a los conflictos. De manera que no resulta raro el haber encontrado esta tendencia a las respuestas evasivas referidas por los propios pacientes como sus mecanismos y estilos de afrontamiento, e igualmente identificadas por el investigador.

Diversos autores coinciden en afirmar que las religiones representan un útil recurso para la prevención de la conducta suicida, ya que además de dar un sentido a la vida, pueden atribuir un significado positivo al dolor, los problemas y el sufrimiento en general.<sup>25, 26, 27</sup>

Los resultados de la triangulación entre los criterios del paciente, su familiar y el médico, son expresión de lo diversas que pueden ser las percepciones acerca de las relaciones interpersonales, y en última instancia, de la distancia que existe entre "como somos, como nos vemos y como nos ven". Así, el hecho de que no haya habido demasiadas coincidencias de criterio, además de deberse a la cantidad de variables a tener en cuenta que provoca cierta dispersión de los resultados, también es atribuible al valor de lo subjetivo en las relaciones humanas. Otra limitación fue lo reducido del Universo de estudio.

### **Conclusiones**

- Los estilos de afrontamiento más vinculados con la conducta suicida se englobaron mayormente dentro de la "búsqueda de apoyo" y en menor medida dentro de las "respuestas asertivas y maduras" y las "respuestas evasivas". El mecanismo de afrontamiento más frecuentemente hallado de manera individual fue "confidencias" y luego "búsqueda de información".
- Más de un cuarto de las situaciones desencadenantes estuvieron relacionadas con dificultades de pareja.
- El diagnóstico más frecuentemente encontrado fue el de Trastorno de Adaptación, para la tercera parte de los pacientes.
- El 40% de los pacientes realizó intento suicida.
- Casi las tres cuartas partes de la población correspondió al sexo femenino y hubo un amplio predominio de los adultos jóvenes.
- Cerca de la mitad de los pacientes estaban casados. Predominaron los obreros y amas de casa (cada uno con casi la cuarta parte).
- Casi la sexta parte de los pacientes estudiados tuvo rasgos histéricos de personalidad.
- Más de la mitad de los pacientes eran fumadores, las tres cuartas partes consumía alguna cantidad de alcohol y las cuatro quintas partes eran sedentarios.

### **Referencias bibliográficas**

- 1- Alonso LE. Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la Sociología Cualitativa. En: Delgado JM, Gutiérrez J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Editorial Síntesis S.A, 1995.
- 2- Rodríguez Sutil C. La entrevista Psicológica. En: Delgado JM, Gutiérrez J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Editorial Síntesis S.A, 1995.

- 3- Navarro P, Díaz C. Análisis de Contenido. En: Delgado JM, Gutiérrez J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Editorial Síntesis S.A, 1995.
- 4- Rodríguez F. et. al. Las personas con autolesiones. En: Rodríguez F, Vázquez JL, Desviat M, eds. Psiquiatría social y comunitaria. Madrid: ICEPSS, 1997; 719-40.
- 5- Pérez S. et. al. Factores de riesgo suicida en adultos. Rev Cubana Med Gen Integr 1997;13(1):7-11.
- 6- Ialongo N. et. al. Suicidal Behavior Among Urban, African American Young Adults. Suicide Life Threat Behav 2002 Fall 32 (3).
- 7- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Nonfatal Self-Inflicted Injuries Treated in Hospital Emergency Departments – United States, 2000MMWR 51(20):436-438, 2002.
- 8- Hernández Pérez M, Espinosa Robaina MG. Algunas consideraciones cognitivas, afectivas y conativas alrededor del acto suicida. Interpsiquis 2003.
- 9- Castelli Candia P.; Serrano Gómez C. Caracterización de los factores asociados al suicidio. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 2002 23-10-2002.
- 10- Barcaz Hechavarría E, Lastre Arrieta E, Leyva Machado C, González Rodríguez A. Factores de riesgo de la conducta suicida en la provincia Las Tunas. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [23-4-03]; Conferencia. Disponible en:  
[www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa36/comunicacion/36\\_co\\_a.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa36/comunicacion/36_co_a.htm)
- 11- Montalbán R. La conducta suicida. Madrid: Libro del Año, 1997:27-52.
- 12- Qin P, Mortensen PB, Agerbo E, Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. The British Journal of Psychiatry 2000; 177: 546-550.
- 13- Villafaña Montiel LG, Gurrola Peña GM, Balcàzar Nava P. Factores psicosociales y predisponentes en el intento de suicidio con pacientes hospitalizados. PSIQUIATRIA.COM. 2002; 6(4).
- 14- Guibert Reyes W, Alonso Roldán AP. Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(2): 155-63.
- 15- Charón Miranda M, Vargas Fajardo E, Mesa Laurente E. Análisis comparativo de la conducta suicida en un área de salud. Rev Cubana Enfermer 2001; 17(1)51-5.
- 16- Arlaes Nápoles L, Hernández Sorí G, Álvarez Concepción D, Cañizares García T. Conducta suicida, factores de riesgo asociados Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(2):122-6.
- 17- Lester D, Yang B. Unemployment and suicidal behaviour. Journal of Epidemiology and Community Health 2003; 57:558-559.
- 18- Hendin H, Maltzberger JT, Lipschitz A, Pollinger Haas A, Kyle J. Recognizing and Responding to a Suicide Crisis.

Suicide Life Threat Behav 2003;31(2):115 – 128.

19- Maltzberger JT, Hendin H, Pollinger Haas A, Lipschitz A. Determination of Precipitating Events in the Suicide of Psychiatric Patients. Suicide LifeThreat Behav 2003; 33(2):111 – 119.

20- Weyrauch KF, Roy-Byrne P, Katon W, Wilson L. Stressful Life Events and Impulsiveness in Failed Suicide. Suicide Life Threat Behav 2003; 31(3):311 – 319.

21- Díaz-Sastre C. Valoración del intento de suicidio en urgencias. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000

[23-4-2003]; Conferencia, Disponible en: [www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa36/conferencias/36\\_ci\\_d.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa36/conferencias/36_ci_d.htm)

22- Martínez Jiménez A, Moracén Disotuar I, Madrigal Silveira M, Almenares A. Comportamiento de la conducta suicida infanto-juvenil. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(6):554-9.

23- Almagro F, Cruz N, Quintela E, Suárez A. El comportamiento de la conducta suicida en el municipio Playa durante los años 1997, 1998 y 1999 INTERPSIQUIS.2001;(2).

24- Peña Galván L, Casas Rodríguez L, Padilla de la Cruz M, Gómez Arencibia T, Gallardo Álvarez M. Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes Rev Cubana Med Milit 2002;31(3):182-7.

25- Fernández L, García J. La religión como recurso par la promoción de la salud. Avancos Psicol Clin Latinoam 2000; 18:23-56.

26- Eagles JM, Carson DP, Begg A, Naji SA. Suicide prevention: a study of patients' views. The British Journal of Psychiatry 2003; 182: 261-265.

27- Greening L, Stoppelbein L. Religiosity, Attributional Style, and Social Support as Psychosocial Buffers for African American and White Adolescents' Perceived Risk for Suicide. Suicide Life Threat Behav 2003; 32(4):404 – 417.

28- Clavijo Portieles A. Crisis, familia y psicoterapia. Editorial Ciencias Médicas: La Habana; 2002.

## **Anexos**

### Anexo 1

#### **Mecanismos de Afrontamiento (Orlandini-Clavijo) 28**

- 1- Afiliación a grupos y petición de ayuda a la red de apoyo social
- 2- Agresión, amenazas y castigos
- 3- Anticipación
- 4- Búsqueda de información
- 5- Comparaciones optimistas
- 6- Confidencias
- 7- Consumo de drogas tranquilizantes y alcohol
- 8- Culpar al otro
- 9- Descalificación del objeto
- 10- Distracción evasiva
- 11- Elaboración de un programa y desempeño de tareas

- 12- Elogios a sí mismo
- 13- Evitación
- 14- Fantasías vigiles
- 15- Ganarse al prójimo
- 16- Habilidad asertiva
- 17- La religiosidad, consuelo y esperanza mágica o mística
- 18- Modificación de la meta
- 19- Negociación
- 20- Oración
- 21- Parálisis del deseo
- 22- Resignación
- 23- Solicitud de ayuda psicológica, social y legal
- 24- Sumisión
- 25- Supresión
- 26. Uso del humor
- 27- Abordaje progresivo
- 28- Dependencia
- 29- Duelo
- 30- Refugio en la enfermedad
- 31- Respuesta empática
- 32- Victimización

## Anexo 2

### **ENCUESTA**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 PPM: \_\_\_\_\_

Fuma:

Sí\_\_\_ No\_\_\_

Bebe:

No\_\_\_ Sí, ocasionalmente\_\_\_

Sí, con alguna frecuencia\_\_\_ Dependencia alcohólica\_\_\_

Evento vital actual \_\_\_\_\_

Conducta suicida: Ideas suicidas\_\_\_ Intento suicida\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Mecanismos de afrontamiento

---

Dept. of Pscyhiatry  
Old Library Building  
Nelson Mandela Drive MTHATHA 5100  
Private Bag X1 MTHATHA 5117  
Tel: 047 502 2233 Fax: 047 502 2235  
Email: [orlando@intekom.co.za](mailto:orlando@intekom.co.za)

Viernes, 30 de diciembre de 2005  
Comisión de Grados Científicos  
Ministerio de Salud Pública  
La Habana Cuba

Estimados compañeros

**ASUNTO: RECOMENDACION DEL LIBRO CRISIS, FAMILIA Y PSICOTERAPIA**

Por este medio me place recomendar el libro "Crisis, Familia y Psicoterapia" del Profesor Alberto Clavijo Portieles como una tesis válida para optar por el grado científico de Dr. en Ciencias Médicas.

A mi juicio el mayor valor del libro radica en que logra integrar creativamente y enriquecer los aportes a la psicoterapia de los más destacados pensadores y psicoterapeutas cubanos de los últimos tiempos en especial del Profesor José Angel Bustamante O'leary.

Como su título claramente indica este libro nos ofrece un detallado estudio de las crisis, su insoluble relación con el estrés y con la enfermedad mental al claudicar los mecanismos de defensa del sujeto.

La familia, núcleo fundamental de la sociedad y escuela donde el ser humano adquiere los códigos básicos para su posterior funcionamiento en la vida, es también objeto de un minucioso análisis por el autor, quien logra hacer visible para el lector su inextricable vínculo con las actitudes, el aprendizaje de los mecanismos de defensa y con la enfermedad mental.

Uno de los mayores problemas de los textos de psicoterapia actuales es el estar adscritos de manera absoluta a determinada escuela y olvidar completamente o parcialmente, los componentes biológicos o sociales del proceso salud enfermedad mental.

En su libro el Profesor Clavijo logra de manera magistral integrar holísticamente lo psicológico lo biológico y lo social, de un modo que a mi juicio la escuela sistémica no alcanza.

Su técnica de psicoterapia utiliza todos los recursos que la práctica de 30 años le ha demostrado ser útiles, puestos en su justo contexto y aliviados del lastre que a veces su escuela de origen implica. Así en su técnica están presentes Freud,

Pavlov, Sullivan y otros tantos que él menciona al describir los distintos aspectos conceptuales y prácticos de su modo de hacer la psicoterapia.

Por otra parte no se puede soslayar el hecho de que el libro en sí ha sido utilizado como el soporte docente básico para cursos, diplomados y maestrías impartidas dentro y fuera de Cuba.

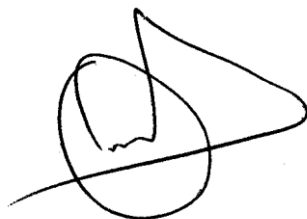
Se trata de un libro que está respaldado por la práctica exitosa de lo que predica. Basta revisar la copiosa bibliografía del autor alrededor del tema y los numerosos cursos impartidos directamente por el Profesor Clavijo para entender que el libro es el colofón obligado de muchos años de trabajo clínico al lado del enfermo.

En este esfuerzo generalizador la técnica propuesta por el autor tiene la ventaja de tener cuatro modalidades, a saber: la breve, de posible aplicación en consultas externas y centros comunitarios de salud, indicada en problemas actuales por errores de los mecanismos de enfrentamiento, la profunda de utilidad en trastornos con conflictos intrapsíquicos arraigados a la historia del desarrollo del sujeto; la modalidad de grupo que permite al terapeuta manejar pequeños y medianos grupos con conflictos en la socialización y por último la modalidad familiar de gran utilidad para el manejo de familias con actitudes disfuncionales en su problemática básica.

Esta versatilidad de la técnica la hace extremadamente útil y aplicable en muy disímiles situaciones terapéuticas.

Como conclusión puedo decir que considero el libro "Crisis, Familia y Psicoterapia" del Profesor Alberto Clavijo Portieles un verdadero aporte científico al tema de la psicoterapia y una obra que enriquece a la Psiquiatría Cubana y que por ende reúne todos los requisitos para servir de tesis para optar por el grado científico de Doctor en Ciencias Médicas.

Sin otro asunto se despide de usted con un saludo fraternal.



---

Profesor Titular y Doctor en Ciencias Médicas  
Orlando Alonso Betancourt



Ciudad de la Habana 25 de enero del 2005  
"Año de la Revolución energética en Cuba"

A: Comisión de Grados Científicos

De: DrC. Ricardo González Menéndez

Asunto: Aval del trabajo para optar por el grado científico de Dr. En Ciencias del Profesor Dr. Alberto Clavijo Portieles.

He tenido el gusto de conocer al Profesor Clavijo desde su etapa de formación como interno en psiquiatría, cuando ya era evidente su alto desarrollo científico técnico y político ideológico, así como su brillantez intelectual y su notable espiritualidad que le hizo sobresalir por su capacidad compasiva y potencialidades para involucrarse en las problemáticas psicosociales de los pacientes y familiares.

Más de 37 años han transcurrido y su exitosa proyección social ha ratificado plenamente las expectativas que entonces avizoramos, cada vez más resaltadas por su proverbial modestia.

En nuestro criterio el trabajo que hoy presenta para optar por la categoría científica de Dr. en Ciencias Médicas reúne todas las condiciones exigidas como tesis para alcanzar dicho objetivo pues los aportes del profesor en lo referente al desarrollo de la psiquiatría cubana y la psicoterapia han sido trascendentes y consistentes a través de más de tres décadas de esfuerzo científico durante su desarrollo en esta materia con rango actual de experto internacional..

Su preocupación de siempre por la formación de recursos humanos en Salud Pública, ha sido coronada por la publicación de su libro "Crisis, Familia y Psicoterapia", obra multipremiada y de alta significación para nuestros residentes y especialistas en psiquiatría, así como para psicólogos, médicos de familia, trabajadores sociales y otros miembros del equipo de salud..

La obra es también un magnífico exponente de las proyecciones cubanas en la atención a la salud mental y constituye un formidable aporte a la Escuela Cubana de Psicoterapia, fundada por el profesor José Ángel Bustamante y enriquecida, actualizada y sistematizada por el autor. Por su calidad, científicidad, redacción amena y asequible, actualidad, coherencia con nuestros principios y alta utilidad dentro de nuestro Programa Nacional de Salud, la Sociedad Cubana de Psiquiatría recomendó se viabilizara su adquisición por los miembros del equipo de Salud Mental en nuestro país.

Saludamos este notable aporte y lo consideramos totalmente adecuado como trabajo para optar por la categoría científica referida.

Para constancia firmo la presente a los 25 días del mes de enero del año 2006.

DrC. Ricardo González Menéndez  
Hospital Psiquiátrico de la Habana.

Camagüey, 20 de enero de 2006, Año de la Revolución Energética en Cuba

Atte a la Comisión de Grados Científicos

Ministerio de Salud Pública

La Habana Cuba

Estimados compañeros:

ASUNTO: Opinión sobre el libro "Crisis, Familia y Psicoterapia"

Soy Profesor Consultante de la Cátedra de Psicología de la Salud del ISCM\_C y conozco la trayectoria científica del Profesor Alberto Clavijo Portieles desde su ubicación en esta provincia en 1967 para dirigir el Hospital Psiquiátrico de Camagüey, tras haber terminado el Internado Vertical en Psiquiatría en la Universidad de La Habana.

Fue el primer especialista en Psiquiatría graduado en esta provincia y, por sus indiscutibles méritos, se convirtió en el excelente profesor que es hoy. Todos los que le rodeábamos conocemos su obra pedagógica y científica, así como su dedicación a la práctica y a la docencia de la Psicoterapia, cuyos estudios había iniciado con el gran maestro de esta disciplina, el Dr. José Ángel Bustamante O'Leary y otros profesores de ese medio, como el profesor Armando de Córdoba.

El libro que ha presentado al Tribunal como Tesis para optar por el Título de Doctor en Ciencias Médicas, "Crisis, Familia y Psicoterapia", es el resumen de su línea de investigación en psicoterapia, plasmando un elaborado proyecto sobre su método que recoge y organiza todo lo valioso que le antecede, enmarcado en la concepción marxista de esta ciencia y erradicando las ideas

que han lastrado otros métodos o añadiendo recursos adecuados para satisfacer necesidades insatisfechas por los mismos.

Consideramos que el libro en cuestión, ofrece a los especialistas un muy valioso recurso que es de obligación consultar para el ejercicio de la psicoterapia y para la docencia de la misma. Su estudio sobre la crisis y su relación con el estrés, su vinculación con la familia, centro fundamental de la sociedad, de donde se originan y van a parar los conflictos del ser humano, dan la materia prima para el trabajo psicoterapéutico, al ofrecer las estrategias de enfoque que ayuden al enfermo a poner en acción sus mecanismos de defensa, que han claudicado ante la enfermedad.

Esta obra, de la cual los profesionales de la Salud Mental estamos tan orgullosos, podemos considerarla como valedera para, de manera oficial, concederle al Profesor Clavijo el Título de Dr. en Ciencias Médicas, que por su brillante trayectoria ya tiene para nosotros desde hace mucho tiempo, para lo cual los remitimos a su formidable Currículum Vital, que muestra fehacientemente la titánica labor asistencial, administrativa y docente del aspirante.

Agradecido por la atención prestada a esta modesta opinión, queda de Ustedes con todo respeto y consideración,

---

Dr. Orlando Sergio Alonso García  
Pedagogo, Psicólogo Clínico,  
Profesor Consultante del ISCM-C,  
Presidente de Honor de la Filial de  
Psicología de la Salud, Camagüey

**UNIVERSIDAD DE CAMAGÜEY**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANÍSTICAS.**

**AVAL A TESIS DOCTORAL**

**TÍTULO:**

**Libro “Crisis, Familia y Psicoterapia” (Aporte de una nueva tecnología al tratamiento de los trastornos psíquicos).**

**Autor: Dr. Alberto Clavijo Portieles.**

El resultado científico que se presenta como Tesis para optar por la Categoría Científica de Doctor en Ciencias Médicas, del Dr. Alberto Clavijo Portieles, refiere uno de los más importantes logros de las ciencias dedicadas a la salud mental en Cuba.

El autor refleja en el informe sus aportes en la introducción de los resultados a la práctica asistencial y docente, pero el impacto, aún no valorado, de su modelo al quehacer investigativo en Psicología y Psiquiatría, lo avalará el futuro.

Apelando a nuestra práctica cotidiana, el trabajo es una necesidad de la formación académica de los futuros Licenciados en Psicología, los que a partir de ahora, podrán formarse con un referente teórico y metodológico cubano, y que, por ajustado a nuestra realidad sociocultural, vincula la asignatura Psicoterapia a la realidad que ese estudiante, futuro profesional, está llamado a transformar.

El currículo académico de la carrera, en lo que a Psicoterapia se refiere, aborda los modelos clásicos y los más difundidos en el mundo actual, ya validados por la práctica, pero no normalizados a nuestra realidad. Son modelos foráneos y por tanto, no reconocedores de nuestra cultura, ni nuestro momento histórico, no siempre aplicables en nuestro sistema de salud; por tanto, el modelo que ahora presenta el aspirante, viene a llenar este vacío.

El modelo que ofrece el Dr. Clavijo Portieles, ya porta los elementos culturales e ideológicos propios del cubano. Es la expresión y el resultado de un pensamiento científico, que se gestó en Cuba, y en ella ha florecido.

Como creación científica, porta valores agregados, entre los que se destaca el valor heurístico y problémico inherente a su propia concepción. Todo modelo en psicoterapia se apoya, necesariamente, en un modelo personológico, en una construcción teórica de la personalidad, que da al traste con las ya existentes. Es en este punto, en el que el modelo, centrado en las actitudes, abre enormes posibilidades y espacios para la discusión científica, la estimulación al pensamiento teórico en Cuba, la creación de puentes interdisciplinarios del saber, y la transdisciplina, al concebir a la psicoterapia, más allá de la técnica, como una ciencia en la que confluyen y encuentran eco otras relacionadas con el complejo objeto de estudio que es el hombre.

En resumen, avalan este modelo, las siguientes razones:

- Su utilidad para la docencia de pregrado y postgrado, con estudiantes y profesionales de la Psicología y la Psiquiatría, está demostrada al satisfacer una vieja demanda.
- En lo asistencial se ha constituido como recurso idóneo del profesional encargado de la atención a los problemas de salud en diferentes instituciones, servicios y niveles de atención.
- En lo investigativo impone la creación e implementación de líneas de investigación teóricas y empírico-experimentales para demostrar y ratificar su efectividad.
- En lo científico abre puertas para la discusión, el acuerdo, y por que no, para las contradicciones, que convertidas al lenguaje de la ciencia se traducen en nuevos problemas científicos a resolver.

Desde nuestra posición, como profesionales e investigadores de la Psicología, asistimos al nacimiento de un modelo, que la historia convertirá en paradigma para la psicoterapia.

Dado en Camagüey, a los 6 días del mes de Enero del 2006.

Dr. Pedro Fernández Olazábal.  
Doctor en Ciencias Psicológicas y Profesor Auxiliar.  
Vicedecano de Investigaciones y Postgrados.

**REPUBLICA DE CUBA**  
**Ministerio del Interior**  
**Departamento de Servicios Médicos**

Ciudad de La Habana, 28 de Enero del 2006 “Año de la Revolución Energética en Cuba”

**AVAL**

**Título:** Libro: “Crisis, Familia y Psicoterapia” (Aporte de una nueva tecnología al tratamiento de los trastornos psíquicos)

**Aspirante:** Dr. Alberto Clavijo Portieles

**Institución:** Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camaguey “Carlos J. Finlay”

La temática escogida por el aspirante para su Defensa de Grado Científico, aborda una problemática de Salud de actualidad; de gran interés para los profesionales vinculados directamente con la Salud Mental y a la Atención Primaria; así como aquellos que se encuentran en la etapa de su formación académica, por el papel didáctico que tiene el texto, con un enfoque marxista crítico.

Logra crear un modelo conceptual y metodológico acerca de la Psicoterapia Concreta de Actitudes para el tratamiento de los trastornos neuróticos, lo cual es novedoso y de valor; asimismo, como su enfoque de la Crisis y su concepto de funcionalidad y disfuncionalidad familiar.

Realiza sus análisis y reflexiones sobre el tema de forma profunda, dejando con claridad su posición científica y postura filosófica marxista.

El aspirante maneja una bibliografía amplia y actualizada que le ha permitido un conocimiento y tratamiento riguroso del problema. Además, a través del libro y de numerosos cursos impartidos por el autor, esta Psicoterapia se ha generalizado en el país, incluso en nuestra Institución.

Esta obra ha sido premiada por la Academia de Ciencias. El autor ha logrado obtener reconocimientos por sus aportes científicos, su dedicación a la psicoterapia, docencia y a la investigación; así con su experiencia acumulada como psiquiatra y su consagración al trabajo. Lo consideramos un profesional integral.

Estimamos que estamos ante un excelente libro y que reúne los requisitos para su aprobación como Tesis para Optar al Grado de Doctor en Ciencias Médicas.

Teniente Coronel María del Carmen Vizcaíno Alonso

Doctora en Ciencias Médicas

Master en Pedagogía de la Sexualidad

Profesora e Investigadora Titular del ICM-UH

Jefe de Sección de Docencia e Investigaciones

Dpto. Servicios Médicos

**Ministerio de Salud Pública**  
**Instituto Superior de Ciencias Médicas**  
**“Carlos J. Finlay”**  
**Camagüey**

Asunto: Aval sobre el tema de Defensa de Doctorado del Dr. Alberto Clavijo Portieles libro “Crisis, Familia y Psicoterapia” (Aporte de una nueva tecnología al tratamiento de los trastornos psíquicos) y su anexo introductorio o explicativo al libro.

El solo hecho de que el libro de referencia del Dr. Clavijo haya obtenido los premios Nacionales del Premio Anual de la Salud en la Categoría de libro, así como igual distinción del CITMA, ambos en el 2003, pudiesen tal vez considerarse avales suficientes *per se* para que dicho libro, ganase la condición de documento capaz de optar para obtener el grado de Dr. En Ciencias Médicas, sin embargo, el autor nos ha regalado un documento anexo, virtualmente una tesis, en la que la reflexión, el análisis filosófico, científico y muy práctico médico, predominan y hacen de este documento un anexo que facilita en la comprensión y la intención de Clavijo, en sus propósitos y alcance.

Su libro es un manual único en Cuba, pues en el mismo el autor desarrolla los procedimientos de la Psicoterapia Concreta de Actitudes, en sus modalidades Individual, Grupal y Familiar y hace comprensible a profesionales del ramo su manejo y aplicación.

El autor defendió de forma brillante en su predefensa los preceptos de su obra, como nos tiene acostumbrado con vehemencia y seguridad.

Considero, que tanto el libro como el documento anexo, unidos a su historial personal de figura reconocida por su obra en la Psiquiatría Cubana, lo hacen merecedor de optar por el Grado de Dr. En Ciencias Médicas.

Dado en Camagüey 5 de febrero del 2005. “Año de la Revolución Energética”

Ramón E. Romero Sánchez  
Dr. en Ciencias Médicas.  
Profesor Titular de Cirugía General  
Sec. Comisión de Grados Científicos del ISCM- Camagüey



**A Tribunal de Grados Científicos**

**Estimados Profesores:**

**He estudiado "Crisis, Familia y Psicoterapia" del Dr. Alberto Clavijo Portieles y lo considero uno de los más completos libros sobre estos temas publicados en el periodo revolucionario.**

**Su actualidad, rigor científico y los aportes del autor hacen de esta obra un texto obligado para los profesionales de la salud mental.**

**Sinceramente,**

**Prof. Dr. Sergio Pérez**

**Presidente de la Sección de Suicidiología y Tanatología  
de la Sociedad Cubana de Psiquiatría.**

**Fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación  
Mundial de Psiquiatría**

**Asesor Temporal de OPS/OMS para la Prevención del Suicidio en  
Las Américas**

## **CURRICULUM VITAE**

**(Actualizado el 1ro. de Noviembre de 2005)**

### **Responsabilidades, Avaes y Reconocimientos:**

- Director Hospital Psiquiátrico Prov. Dcte. de Camagüey 1972-91
- Presidente Sociedad Cubana de Psiquiatría, Filial Camagüey 1973-92
- Miembro Consejo Científico Universidad de Camagüey 1976-81
- Profesor Auxiliar de Psiquiatría 1976-84
- Profesor Titular de Psiquiatría 1984...
- Miembro del Centro Internacional de Neurosis del C.A.M.E. 1985-87
- Presidente Consejo Provincial de Sociedades Científicas de la Salud 1976-78 y 1986-91
- Rector del ISCM-C "Carlos J Finlay" 1991-94
- Diputado Asamblea Nacional del Poder Popular 1993-98
- Miembro de la Comisión de Salud, Deportes y Medio Ambiente ANPP 1993-98
- Miembro del Grupo de Trabajo de la ANPP para la Ley de Salud 96-98
- Miembro Titular ('85) Sociedad Cubana de Psiquiatría
- " " (" ) " " " Administración de Salud
- Miembro del Consejo Asesor Provincial de Ciencia y Técnica desde 1987....
- Miembro de la Junta de Gobierno Nacional de la Sociedad Cubana de Psiquiatría desde 1997...
- Jefe de Grupo Provincial de Psiquiatría 1972-76 y 1997...
- Miembro en funciones del Grupo Nacional de Psiquiatría desde 2001
- Especialista 2do Grado en Psiquiatría 1984
- Especialista 2do Grado en Organización y Administración de Salud Pública 1984
- Premio Nacional de la Crítica a las Mejores Obras Científicas publicadas en 1991 (Instituto Cubano del Libro – Academia de Ciencias de Cuba)
- Asesor de Salud Mental en la República de Colombia 1998

- Premio Provincial de la Resolución 34/98 del CITMA
- Investigador Destacado del Hptal Psiquiátrico Provincial 1999
- Premio Relevante 13 Forum Provincial de Ciencia y Técnica 2000
- Premio Provincial Res 34/98 del CITMA correspondiente al 2000
- Diploma XX Aniversario como FUNDADOR del ISCM “Carlos J. Finlay”, Junio 2000
- Asesor de Salud Mental en República Dominicana (OPS/OMS) 2001 y 2003
- Presidente de los Tribunales Estatales Nacionales para las Especialidades de Segundo Grado en Psiquiatría y en Administración de Salud del ISCM-C 2000.....
- Presidente Comité Académico y coordinador Maestría en Psiquiatría Social, Filial ISCM-Camagüey desde 2001...
- Jefe del Grupo Operativo Provincial de SM y Adicciones 2001.....
- Jurado para la selección de Premios Resolución 34/98 CITMA para 2002
- Premio Anual de la Salud Carlos J Finlay 2003
- Premio Nacional de la Academia de Ciencias de Cuba 2003
- Aval de introducción de la psicoterapia concreta de actitudes en los centros comunitarios de salud mental de la provincia de Ciego de Avila, firmada por el jefe de grupo provincial de Psiquiatría de Ciego de Ávila, Dr. León Mármol Sónora
- Aval de introducción de la psicoterapia concreta de actitudes en los servicios de psiquiatría de la provincia de Camagüey, firmada por la secretaria del grupo provincial de Psiquiatría, Dra. Nidia Riera Carmentate
- Documento del Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital CIMEQ, Dr. José Rivas Recaño que avala la utilización de las técnicas de psicoterapia de actitudes en dicho Centro así como en el Centro Nacional de Salud Mental (CENSAM)
- Documento del Jefe de Grupo Nacional de Psiquiatría, DrC. Guillermo Barrientos Llano, que avala la impartición de cursos de psicoterapia concreta

de actitudes por parte del Profesor Alberto Clavijo en República Dominicana en el año 2001 y en Julio y Noviembre del 2003

- Certificado: “Reconocimiento Especial como mérito excepcional que otorga el Consejo de Dirección Provincial de Salud por su aporte a los servicios y la Investigación Científica, contribuyendo a que la provincia obtenga un lugar destacado en la Emulación Socialista” firmado por el Dr. Jorge Balseiro Estevez, Director provincial de Salud, con fecha 22 de octubre del 2003
- Presidente del tribunal estatal de la especialidad de I Grado en Psiquiatría (2003) para el examen de los Dres. Yohanny Chirinos y Oscar Suárez (Ha tutorado más de 50 TCTR y tesis de maestría a partir de 1972)
- Presidente del tribunal estatal de la especialidad de II Grado en Psiquiatría para el Dr. Manuel Barreras y para la Dra María Luisa Ellis (2003)
- Presidente del tribunal estatal de la especialidad de II Grado en Administración de Salud para los Drs. Luis Calzadilla, Roberto Don, Maritza Placeres (2003)
- Presidente del tribunal estatal de la especialidad de II Grado en Psiquiatría para el Dr. León Mármol Sónora y la Dra Nidia Riera Carmenates (2004)
- Miembro del Tribunal Territorial para las categorías docentes de Profesor Titular y Profesor Auxiliar en Pedagogía y Psicología del ISP José Martí desde 1999
- Coordinador Provincial para el Diálogo Etico, 2004
- Carta de felicitación del Ministro de Salud por resultados científico-investigativos obtenidos en el 2003
- Vanguardia Nacional del Sindicato de la Ciencia 2003
- Presidente y/o Miembro Tribunales Maestría Psiquiatría Social ISCM-C Camagüey versiones 2001, 2002 y 2003
- Presidente del Tribunal de Maestría Psiquiatría Social ISCM Ciudad de La Habana Dr. Orestes Santos Morales, Lic. Nidia Valdivia Castillo y Lic. Milagros Garro Rodríguez. Facultad 10 de Octubre Nov 2004
- Premio Relevante Provincial XV Forum Dic 2004 (Propuesta Premio Nacional)

- Presidente Tribunales Procesos Categorías Docentes Psiquiatría-Psicología 2003, 2004 y 2005
- Presidente Tribunales Procesos Categorías Docentes de Admón. de Salud, 2003, 2004 y 2005
- Miembro del Consejo Asesor Provincial de Ciencias Sociales. 2005

### **I.- Estudios realizados**

- 1.1. Primaria y secundaria: Colegio Champagnat, Ciego de Ávila 1849-59
- 1.2. Bachillerato en ciencias y letras: IPU Ciego de Ávila 1959-61
- 1.3. Carrera de Medicina: Universidad de La Habana 1962-67
- 1.4. Residencia en Psiquiatría: Hospital Psiquiátrico de Camagüey 1970-72

### **II.- Cursos de Postgrado**

- 2.1. Curso **internacional OPS/OMS** de Educación Continuada en Salud Mental con los asesores Dr. Mauricio Goldenberg (Argentina) y Dr. Jaime Arroyo Sucre (Panamá). Camagüey, Noviembre 1973
- 2.2. Curso de entrenamiento en Psicoterapia Profesor DrSc. José Ángel Bustamante O`Leary. INIFUNCE. La Habana, En-Dic/67, Mayo-Junio 1974
- 2.3. Seminario de Planificación de Salud. Camagüey, Dic/74
- 2.4. Simposio sobre Psicoterapia de Familia Profesor Dr. Ignacio Maldonado Allende, Asesor OPS/OMS. Camagüey, Abril 1975. **Internacional**
- 2.5. Forum **Nacional** de Epidemiología y Psiquiatría. Camagüey, Mayo/75
- 2.6. Curso "Elementos básicos de salud mental" La Habana, Sept/75. **Nacional**
- 2.7. Fórum **Nacional** de Psicoterapia y Psicofarmacología. La Habana, Nov/75
- 2.8. Curso "Confección de tests de evaluación". Camagüey, Nov75
- 2.9. Curso "Metodología Investigativa". Universidad de Camagüey, En/76
- 2.10. Curso "Objetivos educacionales". Universidad de Camagüey, Feb/76
- 2.11. Seminario Metodología de la Investigación. Camagüey Abr-May/76

- 2.12. Curso de Filosofía Marxista–Leninista Profesor Lic. Miguel Limia. Universidad de Camagüey (16 meses) Sept 1976-Jun 1978
- 2.13. Curso “Estrategias de salud mental en América Latina. Profesor Dr. Guillermo Barrientos. Camagüey, Nov/76
- 2.14. Curso **internacional** “Psicoterapia en los Países Socialistas” Profesor Dr. Seidel. (RDA), Precongreso APAL, La Habana Feb/77
- 2.15. Curso “Computación electrónica en Ciencias Médicas” Profesor Lic. Luis Couso. Universidad de Camagüey, En/78
- 2.16. Curso **internacional** “Psicoterapia Familiar” Profesor Dr. Raymundo Macías (México;OPS/OMS). La Habana, Feb/78
- 2.17. Curso “Psicoterapia de familia” Profesor Dr. Cristóbal Martínez. La Habana Oct/78. **Nacional**
- 2.18. Curso “Psicoterapia Comportamental” Profesora Dra. Bertha Claude. La Habana Marzo/79. **Curso nacional**
- 2.19. Curso “Psicoterapia” Profesor Dr. Ricardo González, Camagüey Sept/79
- 2.20. Curso Reciclaje “Psicoterapia Comportamental” Profesora Dra. Bertha Claude. La Habana, Abril/80 **Curso nacional**
- 2.21. Curso “Psicoterapia y Modificación de conducta” Profesor Dr. Miguel Sorín. La Habana, Oct/80. **Curso nacional**
- 2.22. Curso para directores de empresas SDPE. Camagüey En-Dic 1980
- 2.23. Curso “Psicoterapia” Profesor DrSc. José A Bustamante. La Habana Sept/81 **Curso nacional**
- 2.24. Curso de Inglés para profesores de Ciencias Médicas. Camag Sept 80-Dic 81
- 2.25. **Beca OPS/OMS** “La Organización de la Asistencia Psiquiátrica en la URSS” Instituto de Psiquiatría de la Academia de Ciencias de la URSS. Profesor Snevsnieski. Moscú, Feb-Marzo/82
- 2.26. Curso “Psiquiatría y Salud Mental: tendencias actuales” Profesores DrC Guillermo Barrientos, DrSc.José Galigarcía, DrSc Hiram Castro-López. La Habana Jun-Jul/82 **Curso nacional**
- 2.27. Curso “Psicoterapia Breve” Profesor DrC. Guillermo Barrientos. Camag Jul/82

- 2.28. Curso **internacional** reciclaje “Psicoterapia Familiar” Profesor Dr. Raymundo Macías (México; OPS/OMS). La Habana Marzo/83
- 2.29. Taller **nacional** de Ciencia y Técnica. Camagüey, Jun/83
- 2.30. Curso “Técnicas de encuestas por muestreo” Camagüey Feb-May/84
- 2.31. Curso “Tratamiento integral del Alcoholismo” Profesor Dr. Ricardo González, Camagüey, Marzo/84
- 2.32. Curso “Epidemiología, eventos vitales, urgencias y psicoterapia” Profesor DrC. Guillermo Barrientos. Camagüey Nov/84
- 2.33. Curso “Psicoterapia” Profesor DrSc. José Á Bustamante. Camagüey Feb/85
- 2.34. Curso “Técnicas estadísticas en las pequeñas muestras” Profesor Alfonso Casado, Camagüey Feb-Mayo/85
- 2.35. Curso **internacional** “Educación, orientación y terapia sexual” Profesor Sigfried Schnabel. La Habana Marzo//85
- 2.36.- Curso Psicoterapia Familiar. Prof Cristóbal Martínez. Cam, Mar/86. **Nacional.**
- 2.37.- Curso Reciclaje Psicoterapia de Familia. Prof Raymundo Macías (México). La Hab, Set/87. **Internacional.**
- 2.38.- Curso Psicosis Endógenas. Prof. Fermín Galán. Camag, Abr/88.
- 2.39.- La atención primaria en Psiquiatría. Prof Guillermo Barrientos. Camag, Dic/88.
- 2.40.- Psicoterapia Breve dirigida a la atención del suicidio. Prof. Guillermo Barrientos. Camag, Mar/89.
- 2.41.- Curso Psicoterapia de Familia. Reciclaje. Prof. Raymundo Macías (México). Camag, Abr/89. **Internacional.**
- 2.42.- La Informática en la Dirección. CEP SUCE. Camag, Abr/89
- 2.43.- Terapia Sistémica de Modificación de Predisposiciones. Prof Hiram Castro-López. La Hab, Oct/89. **Nacional.**
- 2.44.- Aspectos Psicosociales en la atención primaria de salud. Prof Ysaak Levav (USA). La Hab, Nov/89. **Taller Internacional OPS/Minsap.**
- 2.45.- Enfoques y Métodos en la Capacitación a Dirigentes. Prof. Fernández Caballero et al. La Hab, En/90. **Nacional.**
- 2.46.- Análisis de la Capacidad Gerencial del Sector Salud. Prof José María Marín (España). La Hab, Abr/90. **Taller Internacional OPS/Minsap.**

- 2.47.- El Artículo Científico. Prof Leticia Artiles. Camag, Feb-May/90. **Nacional.**
- 2.48.- Perfeccionamiento Médico. La Hab, Nov/91. **Taller Nacional OPS/Minsap.**
- 2.49.- Evaluación del Desempeño. La Hab, May/92. **Taller Nacional OPS/Minsap.**
- 2.50.- XVI Seminario de Perfeccionamiento para dirigentes nacionales de la Educación Superior. MES. La Hab, Mar/93. **Nacional.**
- 2.51.- Seminario Preparatorio para la Cumbre Mundial de Educación Médica. OPS/Minsap. La Hab. May/93. **Internacional.**
- 2.52.- Integración de la Universidad Médica Cubana a la Organización de Salud. Su contribución al cambio y al desarrollo perspectivo. OPS/Minsap. La Hab, May/93. **Taller Nacional.**
- 2.53.- Salud Mental Comunitaria. Proyección de la psiquiatría hacia la atención primaria. Prof Ysaak Levav (USA). La Hab, En/95. **Taller Nacional OPS/Minsap.**
- 2.54.- Legislación Ambiental. CITMA. La Hab, Nov/95. **Nacional**
- 2.55.- Psicoterapia Breve e Intervención en Crisis. Prof Rosa Aurora Balderas (México). CIMEQ. La Hab, Set/96. **Curso- Taller Internacional.**
- 2.56.- Legislación de Salud: Procesos Reforma/Integración. Bases Jurídicas para la prestación de servicios interpaíses. CIESS-OPS/OMS. México DF. Dic/96. **III Curso-Taller Internacional.**
- 2.57.- Psiquiatría Social. Prof Guillermo Barrientos. Camag, Abr/97
- 2.58.- Sistema Operativo Windows. ISCM-C. Camag, Abr/98.
- 2.59.- Terapia Familiar Sistémica. PsicoHabana'98. Oct/98. **Curso Internacional Pre-Congreso APAL.**
- 2.60.- Actualización en Psiquiatría. Centro Latinoamericano de Eventos Médicos. La Hab, Nov/98. **Curso-Taller Internacional**
- 2.61.- Psicofarmacología Clínica. Prof Luis Calzadilla. Camag, Feb/99
- 2.62.- Básico de Windows. ISCM-C. Camag, Oct/99
- 2.63.- Actualización en Psiquiatría: Psicoterapias no psicoanalíticas. Profs Marleen Hunter y Marta Góngora. La Hab, Nov/99. **Curso Internacional**
- 2.64.- Trabajo Social con familias y otras redes sociales. Camag, Abr/00. **Curso Internacional**



- 2.65.- Problemática de la Relación y su correlato inmunológico. Prof Mario Raúl Litmanovich. 2do Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2001 España, Feb-Marzo/01 **Curso Internacional**
- 2.66.- a y w del Grupo Análisis de Foulkes. Prof. Juan Campos Avillar. 2do Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2001 España, Feb-Mar/01 **Curso Internacional**
- 2.67.- Violencia Doméstica. Prof. Patricia Fernández Albacete. 2do Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2001 España, Feb-Marzo/01 **Curso Internacional**
- 2.68.- Actualización sobre Hipnosis. Prof. Marlen Hunter. Camag, Marzo 2002
- 2.69.- Introducción a la Semiótica. I.S.A. Profs DrSc. Luis Álvarez y M.Sc María A. Rioseco. Camag. Abril 2005

### **III.- Cursos de postgrado impartidos**

- 3.01.- Curso Educación Continuada en Salud mental para médicos generales  
OPS/OMS. Camagüey, Nov/73 (80 h) **Curso Internacional**
- 3.02.- Curso **Nacional** “Psiquiatría y Salud Mental: tendencias actuales” La Habana  
Jun-Jul/82 (40h)
- 3.03.- Curso **Nacional** “Tendencias en psicoterapia” Camagüey Nov/82 (40h)
- 3.04.- Curso “Psicoterapia de familia” Camagüey Abr-May/83 (40h)
- 3.05.- Cursos de postgrado regulares anuales sobre
  - 3.01.1.- Escuelas de Psiquiatría (20h)
  - 3.01.2.- Fenómenos de síntesis (20h)
  - 3.01.3.- Neurosis (60h)
  - 3.01.4.- Psicoterapia (160h)
  - 3.01.5.- Salud Mental (60h)
- 3.06.- Curso Taller **Nacional** de Urgencias Psiquiátricas. Camagüey Marzo/84 (40h)
- 3.07.- Curso Psicoterapia Comportamental. Camagüey Jun/84 (40h)
- 3.08.- Curso Psicoterapia de Grupo. Camagüey Abr/85 (40h)
- 3.09.- Incapacidad laboral y rehabilitación. Camag, Nov/85 (40h)
- 3.10.- Enfoques y métodos en la capacitación a dirigentes. Camag, Mayo/90 (60h)
- 3.11.- Idem. Las Tunas, Oct/90 (80h)
- 3.12.- Psicoterapia: Aprender haciendo. Camag, Nov-Dic/90 (60h)
- 3.13.- Gerencia en Salud. Camag, Abr-Jun/91 (60h)
- 3.14.- Técnicas de Dirección. Camag, Abr/91 (40h)
- 3.15.- Métodos Activos de Enseñanza: Generalidades. Camag, Abr/92 (8h)
- 3.16.- Técnicas de Dirección. Camag, Jul/91 (8h)
- 3.17.- Idem. Camag, Oct/91 (40h)
- 3.18.- Métodos Activos de Enseñanza aplicados a las Ciencias Médicas. Camag,  
Enero/92 (80h)
- 3.19.- Nuevos métodos y enfoques para la enseñanza de la Medicina. Cam, May/92  
(40h)
- 3.20.- Técnicas Activas de Enseñanza. Camag, Mayo/92 (4h)

- 3.21.- Actualización para Cuadros de Dirección. **Curso Nacional.** Camag, Dic/92 (160h)
- 3.22.- Edinburgo 93: Cambios en la Educación Médica. Taller. Camag, Oct/93. (16h)
- 3.23.- Actualización para los Equipos de Salud encargados de la implementación de los OPD 2000. Nov-Dic/94 (160h)
- 3.24.- Familia, Comunidad y Psicoterapia de Familia. Camag, Set-Dic/94 (60h)
- 3.25.- Medicina, Dinámica Familiar y Localidades Saludables. Camag, Mar-Abr/95 (60)
- 3.26.- Familia y Salud Mental. Camag, Marz/96 (40h)
- 3.27.- Simposium Internacional de Psicología y Psiquiatría Clínica: Psicoterapia de Actitudes. CIMEQ. **Curso-Taller Internacional.** La Hab, Oct/96 (20h)
- 3.28.- Familia y Psicoterapia de Familia. **Curso Nacional.** Camag, Nov/96 (40h)
- 3.29.- Psicoterapia Familiar de Actitudes. Camag, Abr/97 (8h)
- 3.30.- Medicina Familiar y Psicoterapia Familiar de Actitudes. **Curso Nacional.** Cienfuegos, Mayo/97 (40h)
- 3.31.- Familia y Psicoterapia de Familia. Camag, Nov/97 (40h)
- 3.32.- La Trabajadora Social en la Comunidad. Camag, En/98 (40h)
- 3.33.- Seminario-Taller Estrategias de Salud Mental Social y Comunitaria. **Curso Internacional.** Popayán (Colombia), Jun/98 (24h)
- 3.34.- Idem. **Curso Internac.** San Andrés (Colombia) Jul/98 (24h)
- 3.35.- Idem. **Curso Internac.** Santa Marta (Colombia) Jul/98 (24h)
- 3.36.- Idem. **Curso Internac.** Santafé de Bogotá, Jul/98 (24h)
- 3.37.- Primer Encuentro de Unidades de Atención Integral a las Conductas Adictivas: Salud Mental Comunitaria. Experiencia Cubana. **Curso Internacional.** Bucaramanga (Colombia) Jul/98 (24h)
- 3.38.- Familia y Terapia Familiar de Actitudes. Camag, Oct/98 (40h)
- 3.39.- Actualización en Psiquiatría: Psicoterapia de Actitudes. CIMEQ. **Curso-Taller Internacional.** La Hab, Nov/98 (16h)
- 3.40.- Psicoterapia Familiar de Actitudes. Camag, Marz/99 (40h)
- 3.41.- II Taller Internacional Servicio Social-Trabajo Social. Conferencia: Familia y

- Trabajo Social Comunitario. Camag, Abr/99 **Curso Internac.** (8h)
- 3.42.- Psicoterapia Familiar de Actitudes. Ciego de Avila, Jun/99 (40h)
- 3.43.- Psicoterapia Familiar de Actitudes. Camag, Oct/99 (40h)
- 3.44.- Actualización en Psiquiatría: Psicoterapias no psicoanalíticas. CIMEQ. La Habana Nov/99 (24h) **Curso Nacional**
- 3.45.- Psicoterapia Concreta de Actitudes. Camag Oct-Dic/00. **Diplomado Nacional** (320h)
- 3.46.- Curso de Metodología de la Investigación en SM. Rep. Dominicana Mayo 2001(24 h) **Curso Internacional**
- 3.47.- Diplomado en Psiquiatría Comunitaria. Camag 14/7/01 (200h)
- 3.48.- Primera Ayuda Psicológica. Camag, 19/1/02 (40h)
- 3.49.- Diplomado Psicoterapia Concreta de Actitudes. Camag, En-Jun/02 (200h)
- 3.50.- Diplomado Psicoterapia Concreta de Actitudes. ISCM-C. En-Jun/03 (200h)
- 3.51.- Maestría en Psiquiatría Social (Coordinador) Curso Académico 2002-2003.
- 3.52.- Psicoterapia Concreta de Actitudes. Universidad Autónoma de Santo Domingo. Julio 2003 (24h) **Internacional**
- 3.53.- Psicoterapia Concreta de Actitudes. Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social. República Dominicana. Noviembre 2003 (24h) **Internac.**
- 3.54.- Psicoterapia concreta de actitudes. Primer Curso-Taller de Psicoterapias Autóctonas y TREC” CENSAM. Ciudad de La Habana, Abril de 2004. **Curso Nacional** (80h)

#### **IV.- Investigaciones**

- 4.1.- “Estudio estadístico-epidemiológico sobre patología psiquiátrica en Regional Ciego de Ávila” Primera Jornada de psiquiatría de Camagüey. Ciego de Ávila, 1969
- 4.2.- “Neurosis involutiva e Ideología” Tesis para Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. Camagüey, 1972
- 4.3.- “La investigación psicológica en las neurosis involutivas” Primera Jornada de Psicología del Hospital Psiquiátrico de La Habana. La Habana, Dic/72
- 4.4.- “Alienación, Integración y neurosis involutiva” Primera Jornada Nacional de Psiquiatría. La Habana, Dic/73
- 4.5.- “Psiquiatría y capacidad laboral. Formación del peritaje médico”. Primera Jornada Nacional de psiquiatría. La Habana, Dic/73
- 4.6.- “El déficit mental ligero en el EJT” Primera Jornada del EJT. Camagüey, 1974
- 4.7.- “Estudio integral de las patologías más frecuentes en un área de salud”. Universidad de Camagüey, 1975
- 4.8.- “Prevalencia de enfermedades psiquiátricas por demanda satisfecha en un mes por los servicios de psiquiatría del municipio Camagüey” II Congreso APAL. La Habana, Febrero/77
- 4.9.- “La neurosis Involutiva en nuestro medio” II Congreso APAL. Hab Feb/77
- 4.10.- “Incidencia de enfermedades mentales por demanda satisfecha en un mes en el municipio Camagüey”. Universidad de Camagüey, 1978
- 4.11.- “Investigación experimental sobre el tratamiento con electrosueño, entrenamiento autógeno, sugestión y psicofármacos para medir la posible influencia de factores psíquicos en un grupo de casos de distensión abdominal” Investigación nacional del MINSAP. Camagüey, Mayo/78 (colaborador)
- 4.12.- “Adaptación escolar en la ESVOC Máximo Gómez. Estudio sociológico”. Consejo Provincial de investigaciones Científicas. Camagüey, 1979
- 4.13.- “Intentos suicidas por fuego en el primer semestre de 1979 en el servicio de Quemados del Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech”.

Camagüey 1979

- 4.14.- "La sectorización de los servicios de salud mental en el Hospital Psiquiátrico de Camagüey. 9 años de experiencia" Tercer Congreso Nacional de Psiquiatría. Camagüey, Octubre/81
- 4.15.- "Análisis de la morbilidad por demanda satisfecha en un mes en los servicios de Psiquiatría del municipio Camagüey" Tercer Congreso Nacional de Psiquiatría. Camagüey, Oct/81
- 4.16.- "La sectorización de los servicios de salud mental en el Hospital Psiquiátrico de Camagüey. Diez años de experiencia". Camagüey, 1983
- 4.17.- "Morbilidad psiquiátrica por demanda satisfecha. Estudio de egresos 1983" V Jornada Provincial de Psiquiatría. Camagüey, Nov/84
- 4.18.- "Morbilidad psiquiátrica por demanda satisfecha. Estudio de egresos 1980-83" II Jornada de Temas Terminados. ISCM Camagüey, Marzo/85
- 4.19.- "Trastornos Psiquiátricos, Ansiedad y Eventos Vitales en población supuestamente sana". **Primera Jornada Prov de Investigaciones en Salud.** Camag, Julio 2/88
- 4.20.- "Integración Docente-Asistencial-Investigativa entre los niveles de atención médica en Camagüey: subsistemas funcionales integrados de salud con base comunitaria". **Taller Nacional Integración de la Universidad Médica Cubana a la Organización de Salud; su contribución al cambio y al desarrollo prospectivo.** La Habana, Mayo 3-6/93
- 4.21.- "La docencia sectorizada, pensada desde la comunidad". **I Conferencia de Ciencias de la Educación Superior.** Camag, Julio 13-21/94 **Pedagogía'95.** La Habana, Feb 6-10/95
- 4.22.- "Resultados de los planes de Salud Mental Comunitaria en el Municipio Camagüey en el período 1976-1996" **II Encuentro Nacional de Reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención Primaria y I Encuentro Latinoamericano de Salud Mental Comunitaria.** La Habana, Set 24-26/97
- 4.23.- "La Depresión en el Adulto Mayor". **Tutoría de trabajo de Maestría en Psiquiatría Social del MsC Alejandro Álvarez Rodríguez.** Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. La Habana, 1999

- 4.24.- “Introducción de la Psicoterapia Individual, Grupal y Familiar Concreta de Actitudes en la red de servicios del SNS”. Proyecto de Innovación Tecnológica. **Premio Relevante Provincial 13 Forum de Ciencia y Técnica y Premio Provincial Res 34/98 CITMA**, Camag, Set 2000
- 4.25.- Sistema de acciones para la atención temprana de niños y niñas en riesgo del desarrollo en la comunidad. Camag . En-Dic 2002
- 4.26.- Documento acreditativo de 2 Tesis de maestría en Psiquiatría Social y 1 de terminación de la especialidad Psiquiatría tutoradas y presentadas en el 2003
- 4.27.- Actitudes de Afrontamiento en pacientes con intento suicida en la UIC. Camagüey, Oct 2002-Junio 2003

## **V.- Publicaciones**

- 5.1.- Clavijo A. La conciencia. Rev Hosp. Psiq Hab 1972;13(2):54-79
- 5.2.- Clavijo A. Neurosis Involutiva e Ideología. Tesis para especialista de Primer Grado en Psiquiatría. Recomendada para publicación por el Tribunal. 1972
- 5.3.- Clavijo A. Envejecimiento e Ideología. Reporte de una línea de investigación. Bol Com Pac 1973;1(2):37-44
- 5.4.- Clavijo A. La investigación psicológica en las neurosis involutivas. En Memoria de la Primera Jornada de Psicología del Hospital Psiquiátrico de La Habana. La Habana:Ed Orbe; 1974 p. 269-83
- 5.5.- Clavijo A. Psiquiatría y capacidad laboral: Normalización del Certificado Médico Psiquiátrico. La Habana:MINSAP;1974
- 5.6.- Clavijo A. La comunidad en el seguimiento del egresado. La Habana: Publicaciones Hospital Psiquiátrico de La Habana; 1974
- 5.7.- Colectivo de Autores. Glosario Cubano a la Octava Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales(GC-1). La Habana: Ed Hosp. Psiq Hab; 1975 (coautor)
- 5.8.- Clavijo A. Diagnóstico clínico y psicológico. En Memoria Primera Jornada de Psicología del Hospital Psiquiátrico de La Habana. La Habana: Ed Orbe; 1975 p. 319-328
- 5.9.- Hatim A, Puig J, Clavijo A. Estudio epidemiológico en un área de salud. Camagüey: Impresión ligera Universidad de Camagüey;1975
- 5.10- Clavijo A. Nuevos enfoques en la enseñanza de la Psiquiatría. Rev Univ Camagüey 1976,1(1):7-15
- 5.11- Clavijo A. Psicoterapia e Ideología. Rev Hosp Psiq Hab 1976;17(3):407-420
- 5.12- Clavijo A. Alienación, Integración y Neurosis Involutivas. En Memoria Primera Jornada de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico de La Habana. La Habana: Ed Orbe; 1977 p. 987-1025
- 5.13- Clavijo A. Psiquiatría y capacidad laboral: Normalización del peritaje psiquiátrico. En Memoria Primera Jornada de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico de La Habana. La Habana: Ed Orbe; 1977 p. 51-62



- 5.14.- Clavijo A. Lineamientos y perspectivas de desarrollo de la salud mental en la provincia de Camagüey. En Memoria Primera Jornada de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico de La Habana. La Habana: Ed Orbe; 1977 p. 109-122
- 5.15.- Clavijo A. Nuevos enfoques en la enseñanza de la Psiquiatría. Rev APAL 1977;4(1):92-100
- 5.16.- Clavijo A. Psicoterapia de Grupo e Ideología. Rev Hosp Psiq Hab 1977; 18(1):21-46
- 5.17.- Clavijo A. Psicoterapia de familia e Ideología. Rev Hosp Psiq Hab 1977; 13(1 Supl):41-52)
- 5.18.- Clavijo A. Algunos aspectos a superar en la práctica médica. Camagüey: Facultad de Ciencias Médicas (impresión ligera);1979
- 5.19.- Clavijo A. Incidencia de patología psiquiátrica por demanda satisfecha en un mes en los servicios de psiquiatría del municipio Camagüey, Octubre de 1976. Reporte de aplicación. En Logros y reportes de aplicaciones del trabajo de investigación del año 1978. Camagüey: Public Univ Camag; 1978
- 5.20.- Clavijo A. Incidencia de patología psiquiátrica por demanda satisfecha en un mes en los servicios de psiquiatría del municipio Camagüey. Bol Hosp Psiq Camag 1979;1(1):1-15
- 5.21.- García R, Clavijo A, Alonso O. Intento suicida por fuego. Camagüey Enero-Septiembre de 1979. Bol Hosp Psiq Camag 1979;1(2):39-54
- 5.22.- Clavijo A. Incidencia de patología psiquiátrica por demanda satisfecha en un mes en los servicios de psiquiatría del municipio Camagüey. Rev Cub Hig y Epid 1980;18(3):297-303
- 5.23.- Clavijo A. Consideraciones acerca del lugar del psiquiatra y su equipo en la organización de salud. Camagüey: Instituto Superior de Ciencias Médicas (impresión ligera);1981
- 5.24.- Colectivo de autores. Glosario cubano de semiología y sindromología Psiquiátrica. La Habana: Hosp Psiq Hab Ed;1981
- 5.25.- Colectivo de autores. Glosario cubano a la novena clasificación internacional de enfermedades mentales (GC-2). La Habana: Ed Científico Técnica; 1983 (coautor)

- 5.26.- Clavijo A. Semiología de la conciencia. Camagüey: Instituto Superior de Ciencias Médicas (Impresión ligera material docente complementario); 1983
- 5.27.- Clavijo A. Neurosis. Camagüey: Instituto Superior de Ciencias Médicas (Impresión ligera material docente complementario); 1983
- 5.28.- Clavijo A. Organización de la Asistencia Psiquiátrica en la URSS. Informe Interno restringido sobre Beca OPS/ OMS al Vice Ministerio de Asistencia Médica del MINSAP. La Habana: MINSAP; 1982
- 5.29.- Clavijo A. La investigación en la psiquiatría cubana. En Memorias del IX Congreso de la APAL. La Habana: Ed Científico-Técnica; 1981 p. 53-58
- 5.30.- Clavijo A. Las neurosis involutivas en nuestro medio. En Memorias del IX Congreso de la APAL. La Habana: Ed Científico-Técnica; 1981 p. 349-360
- 5.31.- Clavijo A. Prevalencia de enfermedades mentales por demanda satisfecha en los servicios de psiquiatría del municipio Camagüey. En Memorias del IX Congreso de la APAL. La Habana: Ed Científico-Técnica; 1981 p. 945-980
- 5.32.- Clavijo A. Psicoterapia con la familia vs psicoterapia de la familia. En Memorias del IX Congreso de la APAL. La Habana: Ed Científico-Técnica; 1981 p. 981-987
- 5.33.- Sardiñas JA, Valladares R, Clavijo A, Calzadilla L.- Clavijo A. Morbilidad psiquiátrica en hospitalizados del sector sudeste de camagüey. En Memorias del IX Congreso de la APAL. La Habana: Ed Científico-Técnica; 1981 p. 1291-1317
- 5.34.- Clavijo A. La Sectorización de los Servicios de Salud Mental en el Hospital Psiquiátrico de Camagüey. Diez años de experiencia. Rev Cub Adm de Salud 1985; 2:160-171
- 5.35.- Clavijo A. Manual de Psiquiatría para el Médico de Familia. La Habana: ECIMED;1990. (**Premio Anual de la Crítica 1991**).
- 5.36.- Jardines B, Clavijo A, Cobelo D. Cuba: Medical Education and its social commitment. Changing and actions. En Cumbre Mundial de Educación Médica Edinbourg'93. Edimburgo: Impresión ligera MINSAP; Agosto 1993
- 5.37.- Clavijo A. La formación de recursos humanos en la Salud Mental. En Aleotti A. Memorias del Taller Nacional Reorientación de la Psiquiatría hacia

- la Atención Primaria. La Habana: Ed Cooperazione Italiana; 1995 p. 63-69.
- 5.38.- Clavijo A. Derechos humanos y Psiquiatría. Ibid, p. 70-78.
- 5.39.- Clavijo A, González J. Guía para la atención de los trastornos psiquiátricos en la Atención Primaria. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 1998
- 5.40.- Clavijo A, González J. Manual de Intervención Psicosocial en las Crisis Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 1998
- 5.41.- Clavijo A. Salud Mental Comunitaria y Reorientación de la Psiquiatría en Camagüey. En Aleotti A Enfoques para un debate en Salud Mental. La Habana: Cooperación Italiana-Minsap; 2001 p. 149-69
- 5.42.- Clavijo A. Reivindicación de las neurosis. Interpsiquis 2002. Rev. Psiquiatría.com, 2002;(2002) URL disponible en <http://www.psiquiatria.com/articulos/estres/5229/>
- 5.43.- Clavijo A. La consideración de los fenómenos psíquicos inconscientes en la Psicoterapia Concreta de Actitudes. Interpsiquis 2002. Rev. Psiquiatría.com, 2002;(2002) URL disponible en <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/5261/>
- 5.44.- Clavijo A. Crisis, Familia y Psicoterapia. Ed. Ciencias Médicas, La Habana 2002 **(Premio Anual de la Salud 2003. Premio Academia 2003)**
- 5.45.- Clavijo A. El conflicto internalizado y el trastorno por estrés postraumático. Psiquiatría.com., 2003;6(4) URL disponible en <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/87711388/?++interactivo>
- 5.46.- Barrientos G, Clavijo A, Sánchez F, León M, Cabas A, González J et. al. La Reforma de la Atención de Salud Mental. Cooperación Técnica entre Países Cuba-República Dominicana. Documentos normativos y Guías para la Acción. Santo Domingo: SESPAS-OPS;2003
- 5.47.- Clavijo A. Estilos de afrontamiento en pacientes con conducta suicida en la Unidad de Intervención en Crisis (UIC). Psiquiatria.com, 2004;8(4) URL disponible en <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/132/19751/>
- 5.48.- Clavijo A. Crisis, Afrontamiento y Actitudes. Interpsiquis 2005. Psiquiatria.com 2005(2005) URL disponible en <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/20300/>

## **VI. Trabajos presentados en Eventos Científicos internacionales hasta 1984**

6.9.- VIII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría. Acapulco, México, 1975

6.9.1.- Nuevos enfoques en la enseñanza de la Psiquiatría. Ponencia

6.16.- IX Congreso Latinoamericano de Psiquiatría. La Habana, Cuba, 1977

6.16.1. La investigación psiquiátrica en Cuba. Ponencia en Plenaria

6.16.2. La neurosis involutiva en nuestro medio. Tema libre

6.16.3. La Salud Mental en las Américas. Mesa Redonda

6.16.4. Prevalencia psiquiátrica por demanda satisfecha en los servicios de psiquiatría del municipio Camagüey. Tema libre

6.16.5. Psiquiatría y Sociedad. Panel

6.16.6. Psicoterapia con la familia vs psicoterapia de familia. Tema libre

## **Trabajos presentados en Eventos Científicos a partir del Curso 85/86**

6.30.- I Seminario Internacional de Atención Primaria (Psiquiatría'87). La Hab, Set/87

6.30.1.- Enseñanza de la Psicoterapia. Panel

6.30.2.- Atención Primaria y Salud Mental en el SNS. Ponencia en Plenaria

6.31.- XIV Congreso Latinoamericano de Psiquiatría. B Aires, Nov/87

6.31.1.- Psicoterapia Individual. Mesa Redonda (ponente: Psicoterapia Racional Causal)

6.31.2.- Psicoterapia del Trabajo. Taller (ponente: Psiquiatría, Trabajo, Seguridad Social y Rehabilitación en Cuba)

6.31.3.- La Salud en Cuba. Panel (ponente: Rehabilitación, Psicoterapia y Organización de los Servicios de Psiquiatría).

6.32.- II Jornada Municipal de Atención Primaria. Camag, Jun/88

6.32.1.- La Psiquiatría en la Atención Primaria. Encuentro de Expertos

- 6.33.- I Jornada Prov de Investigación en Salud. Camag, Jul/88
- 6.33.1.- Trastornos Psiquiátricos, Ansiedad y Eventos Vitales en población supuestamente sana
- 6.34.- III Jorn Prov del Médico de la Familia. Camag, Jul/88
- 6.34.1.- Trastornos Psiquiátricos, Ansiedad y Eventos Vitales en población supuestamente sana
  - 6.34.2.- La Psiquiatría en el Plan del Médico de la Familia. Encuentro de Expertos
- 6.35.- I Conferencia Científico-Pedagógica ISCM-C. Camag, En/89
- 6.35.1.- El trabajo educativo en la formación del profesional de la salud. Mesa Redonda
- 6.36.- Congreso Camagüeyano de la Salud. Cam, May/89
- 6.36.1.- Organización estructural y funcional del Hospital Psiquiátrico y su vínculo con la comunidad
  - 6.36.2.- La Psicoterapia en el Sistema de Salud
  - 6.36.3.- Rehabilitación en Psiquiatría. Mesa Redonda
- 6.37.- Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población" (UDUAL). La Hab, Jun/91
- 6.37.1.- Orientación programática biológica y social de la Educación y Nivel de Salud en la población. Panel-Debate
- 6.38.- I Conferencia Metodológica Inter-CES. Camag, May/92
- 6.38.1.- Sistema de multiplicación para la superación de los profesores en el subsistema de MGI
- 6.39.- 55a. Reunión Plenaria del Consejo de Rectores de las Universidades Brasileñas. Ciclo de conferencias en Manaus y Salvador de Bahía, Set/92

- 6.39.1.- La Medicina del Trabajo, la Seguridad Social y la Rehabilitación Psiquiátrica en Cuba. Univ Feira de Santana, Salvador de Bahía
- 6.39.2.- Educación Médica Superior y Salud en Cuba. Univ de Amazonas, Manaus
- 6.39.3.- Salud y Ecología en Cuba. Conferencia en Evento "Ecología y Salud en el Amazonas" de la Asociación de Universidades Amazónicas, Manaus
  
- 6.40.- II Taller Prov sobre estudios de la Juventud. Camag, Oct/92
  - 6.40.1.- Alcoholismo y Suicidio. Conferencia-Debate
  
- 6.41.- Taller Nacional Integración de la Universidad Médica en la Organización de Salud. La Hab, May/93
  - 6.41.1.- Experiencias en la integración de la Univ Médica a la Organización de Salud en el ISCM-C. Ponencia en Sesión Plenaria
  - 6.41.2.- Integración docente-asistencial-investigativa entre los niveles de atención médica en Camagüey: subsistemas funcionales integrados con base comunitaria. Informe de Investigación.
  - 6.41.3.- Subsistema de formación de especialistas en el ISCM-C
  - 6.41.4.- Vinculación estudio-trabajo en la atención primaria en la formación de Pregrado en la Facultad de Medicina de Camagüey
  
- 6.42.- Taller Latinoamericano preparatorio de la II Cumbre Mundial de Educación Médica. La Hab, May/93
  - 6.42.1.- La naturaleza cambiante de la práctica médica e implicaciones para todas las etapas de la educación médica. Ponente general de la 2da Sesión
  
- 6.43.- II Cumbre Mundial sobre Educación Médica: Edinburgo'93. Escocia, Ag/93
  - 6.43.1.- Cuba: Medical Education and its social commitment. Changing and actions. Ponencia (Coator)
  - 6.43.2.- Colaboración internacional para el cambio. Grupo de Expertos

- 6.43.3.- Procedimientos para la Admisión. Grupo de Expertos
- 6.43.4.- Balance entre generalistas y especialistas. Grupo de Expertos
  
- 6.44.- XXIX Congreso de la Soc Intern de Técn Hidrotermales. La Hab Dic/93
  - 6.44.1.- How can we develope the students and post graduates knowledge about the use of the therapeutic mud? Coautor
  
- 6.45.- I Conf de Ciencias de la Educ Sup. Camag, Jul/94
  - 6.45.1.- La docencia sectorizada pensada desde la comunidad
  
- 6.46.- I Jorn Científ-Profesoral ISCM-C. Camag, Dic/94
  - 6.46.1.- Familia y Comunidad
  
- 6.47.- Conferencia Internacional Pedagogía'95. La Hab, Feb/95
  - 6.47.1.- La docencia sectorizada pensada desde la comunidad
  
- 6.48.- Simposium Internacional OPS/Minsap sobre Formación y Recalificación de Recursos Humanos en Salud Mental La Hab, Nov/89
  - 6.48.1.- La formación del psiquiatra. ¿Psiquiatra de Adultos o Psiquiatra General Integral?
  
- 6.49.- Taller y Encuentro Internacional OPS/Minsap Reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención Primaria. La Hab, Oct/95
  - 6.49.1.- Formación de Recursos Humanos y Salud Mental. Ponente.
  - 6.49.2.- Derechos Humanos y Psiquiatría. Aspectos éticos y Legislación. ponente.
  
- 6.50.- VII Jornada Prov de Psiquiatría. Camag, Oct/95
  - 6.50.1.- Algunos pilares de la Reorientación Psiquiátrica. Mesa Redonda.
  - 6.50.2.- Psicoterapia y Medicina Familiar.
  - 6.50.3.- Proyecto de Programa Comunitario de Salud Mental. Coator.

- 6.51.- XIII Jorn Prov de Trabajo Social. Camag, Nov/95
- 6.51.1.- Salud Familiar. Conferencia.
- 6.52.- Taller Prov de Reorientación de la Salud Mental hacia la comunidad. Camag, Feb/96
- 6.52.1.- Proyecto de Programa de Salud Mental para una comunidad. Area Centro. Coautor
  - 6.52.2.- Proyecto general para la capacitación de los diferentes participantes en los programas de SMC.
- 6.53.- Primer Encuentro Cuba-México de Psicología y Psiquiatría Clínicas. La Hab, Oct/96
- 6.53.1.- Familia, Medicina y Sociedad. Conferencia.
  - 6.53.2.- La Psiquiatría y la Psicoterapia en Cuba: Año 2000. Conferencia.
- 6.54.- VIII Jornada Prov de Psiquiatría. Camag, Abr/97
- 6.54.1.- La Escuela Cubana de Psicoterapia. Conferencia
  - 6.54.2.- La Salud Mental Comunitaria en Camagüey. M Redonda
- 6.55.- III Jorn Cient. Policl Dcte Centro. Camag, Mayo/97
- 6.55.1.- Conducta Suicida. Estudio de seis años.
- 6.56.- II Encuentro Nacional de Reorientación de la Psiquiatría y I Encuentro Latinoamericano SM Comunitaria. La Hab, Set/97
- 6.56.1.- Formación y Recalificación de Recursos Humanos: Psiquiatría Familiar y la formación de un especialista con perfil familiar-comunitario. Ponencia
  - 6.56.2.- La Psiquiatría del futuro y el Psiquiatra de la Familia.
  - 6.56.3.- Promoción de Salud y Salud Mental. Mesa Redonda
  - 6.56.4.- Psiquiatría y Legalidad.
  - 6.56.5.- Resultados de los planes de Salud Mental Comunitaria en Camagüey



en el período 1976-96. Informe de Investigación

6.57.- VIII Jornada Prov. Soc. Cub. Medicina Familiar. Camag, Jul/97

6.57.1.- Conducta Suicida. Apuntes para un Proyecto

6.58.- IX Jornada Prov de Salud Mental. Camag, Abr/98

6.58.1.- Vindicación de las Neurosis

6.58.2.- Consideraciones sobre los fenómenos psíquicos inconscientes en la  
Psicoterapia de Actitudes

6.58.3.- Programa de Salud Mental Comunitaria en un Area de Salud

6.59.- I Encuentro de Unidades de Atención Integral a las Conductas Adictivas.  
Bucaramanga, Colombia, Jul/98

6.59.1.- Modelo Comunitario en Salud Mental. Conferencia

6.60.- XX Congreso Internacional de la APAL "PsicoHabana'98". La Hab, Oct/98

6.60.1.- Situación actual y perspectivas de la Psiquiatría Cubana a las puertas  
del Siglo XXI: Derechos Humanos. Ponencia.

6.60.2.- Simposio Internacional Derechos Humanos y Psiquiatría: Derechos  
Humanos y la Psiquiatría Cubana. Ponente.

6.60.3.- Tribuna Abierta: Derechos Humanos y Psiquiatría. Participante.

6.61.- II Taller Internacional Servicio Social-Trabajo Social. Univ. Camag, Abr/99

6.61.1.- La familia y el Trabajo Social. Conferencia

6.62.- IX Jornada Provincial de Salud Mental. Camag, Abr/99

6.63.1.- Consideraciones sobre los fenómenos psíquicos inconscientes en la  
psicoterapia concreta de actitudes

6.63.2.- Reivindicación de las neurosis

- 6.64.- I Jornada Nacional de Salud Mental Comunitaria. Cienfuegos, Marzo/00
- 6.64.1.- Salud Mental Comunitaria en Camagüey. Mesa Redonda
- 6.65.- III Taller Provincial de Salud Mental y I Encuentro Prov de CCSM. Camag,  
Abr/00
- 6.65.1.- Salud Mental en Camagüey: Hitos Históricos
- 6.65.2.- Magisterio y S Mental. Experiencia Intersectorial Mined/Minsap
- 6.66.- VI Taller Internacional Mujer, Familia y Sociedad: "Viejos retos en el nuevo milenio" Camag, Jun/00
- 6.66.1.- Familia y Paternidad. Conferencia
- 6.67.- XIII Forum de Ciencia y Técnica. Camag, Jun-Nov/00
- 6.67.1.- Psicoterapia Concreta de Actitudes. Proyecto de Innovación Tecnológica. Premio Relevante a nivel municipal y provincial. Premio Provincial Res 34/98 CITMA
- 6.67.2.- Actitudes y Psicoterapia Grupal. Monografía. Premio Relevante Municipal
- 6.68.- IV Taller Provincial de Salud Mental. Marzo/01
- 6.68.1.- Primera Ayuda Psicológica. Conferencia
- 6.69.- I Jornada Anual de Atención Primaria y Salud Mental. Sto. Domingo, República Dominicana, Mayo/01
- 6.69.1.- Atención Primaria y Familia. El Modelo Cubano. Conferencia
- 6.70.- VI Jornada Provincial de Psiquiatría. Ciego de Ávila, Dic/01
- 6.70.1.- Psicoterapia Concreta de Actitudes. Conferencia
- 6.71.- I Jornada Científica del IPS. Camagüey, Dic/01
- 6.71.1.- Familia y Salud Mental. Conferencia

- 6.72.- Tercer Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2002. Psiquiatría.com  
( <http://www.interpsiquis.com/2002> ) Febrero 2002
- 6.72.1.- “Reivindicación de las neurosis”. Interpsiquis 2002. Rev.  
Psiquiatría.com, 2002(2002)
- 6.72.2.- “La consideración de los fenómenos psíquicos inconscientes en la  
Psicoterapia Concreta de Actitudes”. Interpsiquis 2002. Rev.  
Psiquiatría.com 2002
- 6.73.- Cuarto Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2003, Barcelona  
Febrero 2003
- 6.73.1.- El conflicto internalizado y el trastorno por estrés postraumático
- 6.74.- XIII Jornada Provincial de Psiquiatría, Camagüey Abril 2003
- 6.74.1.- “Psicoterapia en Atención Primaria de Salud”.
- 6.75.-Primera Jornada Provincial de Salud Mental Infantojuvenil. Camagüey,  
Octubre 2003
- 6.75.1.- “Proyección comunitaria de la salud mental”. Conferencia
- 6.76.- VIII Jornada Provincial de psiquiatría de Ciego de Avila. Diciembre 15, 2003
- 6.76.1.- “Actitudes y psicoterapia”
- 6.77.- Forum Tecnológico Nacional Especial de Promoción de Salud y Calidad de  
Vida. Ciego de Avila, Feb 2004
- 6.77.1- “Experiencias obtenidas en el programa de lucha contra las drogas y  
la Adicción”. Mesa Redonda. Ponente
- 6.78.- Quinto Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis Feb. 2004

6.78.1.- “Estilos de afrontamiento en pacientes con conducta suicida en la Unidad de Intervención en Crisis (UIC).

6.79 Sexto Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis Feb. 2005

6.79.1.- “Crisis, Afrontamiento y Actitudes”

6.-80.- XI Jornada provincial de psiquiatría , IV Taller Provincial de SM y III Encuentro de CCSM. Camagüey ,Abril 2005

6.80.1 - “Lo concreto en terapia y el modelo integrativo en la psicoterapia concreta de actitudes” Conferencia

6.80.2- “La evaluación familiar: un enfoque integrativo”. Tema libre

6.80.3- “Ansiedad. Comportamiento y percepción de factores asociados a la misma” Tema libre

6.81.- Jornada Territorial de Salud Mental provincias centrales. Cienfuegos, Mayo 2005

6.81.1.- “Actualización en psicoterapia concreta de actitudes”. Conferencia

6.82- II Simposio Regional Caribe-APAL, I Taller Internacional de Slud Mental Comunitaria y VII Congreso Nacional de Psiquiatría. La Hab, Cuba Sept 2005

6.82.1- “Lo concreto en terapia y el modelo integrativo en la psicoterapia concreta de actitudes” Conferencia

6.82.2- “Modelos de psicoterapia aplicados en Cuba”. Mesa Redonda.  
Ponente

6.82.3- “Rehabilitación comunitaria en la provincia de Camagüey”. Tema libre

6.82.4- “Ansiedad. Comportamiento y percepción de factores asociados a la misma”. Poster

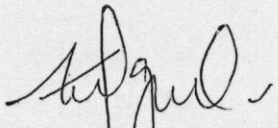
REPÚBLICA DE CUBA  
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
 INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS  
 "CARLOS J. FINLAY"  
 CAMAGÜEY

*Licenciada Mayda Teresa Agüero Cabrera, Asesora Jurídica del Instituto Superior de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay" de Camagüey.*

**CERTIFICADO**

*Que me han sido mostrados por el Dr. Alberto Clavijo Po...  
 documentos que avalan su Trayectoria Científica Investigadora y  
 Superación Profesional, que constan de la foja 1 a la 3, ambas  
 las que se adjuntan a la presente formando parte integrante de lo  
 que acunamos en todas sus páginas como constancia de este acto.*

*Para que así conste, a los efectos de incluir en su expediente de  
 Científico Pedagógico y Ante las Autoridades Correspondientes  
 firmo la presente como Testimonio de Exhibición de Documentos  
 Instituto Superior Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay" de Camagüey  
 veinte días del mes de enero del año dos mil cuatro. "AÑO  
 ANIVERSARIO DEL TRIUNFO DE LA REVOLUCION".*

  
 Lic. Mayda Teresa Agüero Cabrera  
 Asesora Jurídica  
 Reg. Inscrip. MINJUS 3582



REPÚBLICA DE CUBA  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS  
"CARLOS J. FINLAY"  
CAMAGÜEY

Licenciada Iliana Leonor Acuña Pardo, Asesora Jurídica del Instituto Superior de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay" de Camagüey.

**CERTIFICO :**

Que me han sido mostrado por el Dr. Alberto Clavijo Portieles documentos que avalan su Trayectoria Científica Investigativa y Superación Profesional, que constan de la foja 1 a la 9 los que se adjunta a la presente formando parte integrante de la misma.

Para que así conste, a los efectos de incluir en su expediente de Cua Científico Pedagógico y Ante las Autoridades Correspondientes. Expido Firma la presente como Testimonio de Exhibición de Documentos en Instituto Superior Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay" de Camagüey, a 15 días del mes de Julio del año dos mil dos. Año de los Héroes Prisioneros del Imperio"

*Iliana Acuña*

Lic. Iliana Leonor Acuña Pardo  
Asesora Jurídica  
Reg. Insc. 09477

