



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

59/79



GALICIA CLÍNICA

Año LI - Núm. 5

REVISTA CIENTIFICA

Depósito legal: C-62-1958

La Coruña, Mayo de 1979

La orientación familiar como prolongación de la psicoterapia en los conflictos conyugales ⁽¹⁾

Por los Profesores Dres. A. Polaino ⁽²⁾ y P. Galán ⁽³⁾

I. INTRODUCCION

El contenido de estas páginas se refiere, principalmente, a demostrar cómo la Psicoterapia puede convertirse en un tipo de Orientación Familiar para el tratamiento de los conflictos conyugales.

Como es obvio, nuestra primera misión será definir operacionalmente la Orientación Familiar y la Psicoterapia con objeto de tener una noción más clara de lo que significan ambas acepciones.

La Orientación Familiar consiste —en opinión de Oliveros F. Otero ⁽³⁾— en proporcionar una información y un estímulo a los padres, mediante una metodología de participación, en orden a un análisis y esclarecimiento de la situación familiar para intentar mejorarla.

Por psicoterapia se entiende —según la definición de Jaspers ⁽²⁾— el conjunto de todos los métodos de tratamiento que influyen sobre el alma o el cuerpo por medios dirigidos por el alma.

En opinión de Seguin ⁽⁴⁾ la psicoterapia es una forma de relación interpersonal en la que, a través de experiencias emocionales correctivas, se modifican rasgos indeseables de la personalidad.

Podemos, pues, afirmar que la Orientación Familiar puede llegar a constituir un medio de educación psíquica, en orden a la enseñanza de un cierto estilo de vida.

La Orientación Familiar puede convertirse, también, en una logoterapia; es decir, en una terapia dirigida, no al síntoma, sino a introducir un cambio en las actitudes, una conversión personal del "cliente" frente al "conflicto".

La logoterapia procura inducir al "paciente" a que intente conseguir aquello

(1) Ponencia al Simposium Iberoamericano de Expertos en Orientación Familiar. Madrid, 8-16 Octubre de 1977.

(2) Profesor Agregado de Psicopatología de la Universidad Complutense.

(3) Profesora de Psicología de la Educación. Especialista en Educación Especial.

mismo que tanto teme. Esta intención paradójica es precisamente el medio para la adquisición de un cambio profundo de actitud, que toca en lo existencial y logra, de una parte, frenar la angustia, y de otra, reinstaurar una confianza básica en la propia existencia.

En definitiva, se trata de ampliar el espectro de valores de la persona para dejar luego a su iniciativa el valor que quiera realizar.

2. TECNICA DEL ESTUDIO DE CASOS

Es muy importante que al principio de un caso se obtengan una serie de datos que más tarde serán de gran utilidad en la intervención terapéutica-orientadora.

Estos datos pueden agruparse en dos tipos: cuantitativos y cualitativos.

Los datos cuantitativos son el resultado de la aplicación de tests, preferentemente proyectivos, a cada uno de los miembros de la familia, (factores psicológicos).

Los datos cualitativos (obtenidos a través de cuestionarios, observación y entrevistas) nos darán idea de los factores biológicos y sociológicos peculiares en una determinada familia.

Estos datos ayudan a la confección de la historia biográfica familiar en donde queda centrado un problema concreto.

Es importante el estudio detenido de aspectos concretos que condicionan en gran manera el ambiente y la convivencia familiar. Nos referimos a la transmisión de los "modelos de conducta" transferidos, a veces de forma no consciente, de padres a hijos; a la cristalización de un "micro-código ético-familiar" más fundamentado en la tradición, en ocasiones irracional, que en la propia reflexión; y al sistema de valores vigentes en una familia, creador de ac-

titudes y de formas permanentes de conducta.

Una vez recopilado todo el material posible referido a las esferas antes citadas —psicológica, biológica y sociológica—, es conveniente pasar a las entrevistas. Estas formas de comunicación interpersonal pueden revestir varias modalidades, según las personas que intervengan:

a) Las **entrevistas individualizadas** se realizan con uno y otro cónyuge por separado.

Es frecuente, en estas situaciones, el que cada cónyuge por su parte intente atraerse la "complicidad" del terapeuta en contra del cónyuge ausente.

Por ello, es importante que el orientador-terapeuta posea una actitud neutral, de árbitro, haciéndoles comprender su "alianza" con los dos, pero también su enfrentamiento contra los dos, con el fin de llegar a una clarificación de la situación conflictiva. De esta forma el entrevistador ocupa el lugar de una persona situada en el extrarradio de la "tela de araña" afectiva familiar.

b) Las **entrevistas conjuntas** pueden realizarse unas veces con el matrimonio, y otras, con éste y los hijos, y siempre una vez que se han llevado a cabo las entrevistas individualizadas.

También en este tipo de sesiones es fácil observar el esfuerzo que realiza cada parte por obtener una nueva alianza o complicidad en contra de la otra parte, así como las variaciones acomodaticias que ahora se ofrecen en oposición a las informaciones suministradas en las entrevistas individualizadas. Los hijos sólo participan aquí si son suficientemente mayores. Su aportación es riquísima, pues al alinearse con un y otro progenitor, contribuyen a explicar todavía más el marasmo de las relaciones familiares.

c) Una tercera modalidad es el **sistema alternativo** de orientación, distribui-

do en sesiones individuales y familiares.

La frecuencia de las sesiones debe aconsejarse de una por semana, aunque varía mucho según la agudeza o cronicidad del conflicto. En el sistema alternativo, las entrevistas serán también alternativas (una semana individuales y a la semana siguiente conjuntas).

Un procedimiento harto eficaz para la elaboración del material de las entrevistas —si los interesados conceden su autorización— consiste en la grabación de las conversaciones que tienen lugar en las sesiones. Este método tiene la finalidad de contribuir a encontrar posibles paradojas y ayudar así a su clarificación, además de servir de texto de “alta fidelidad” en donde cada participante en el conflicto conyugal y/o familiar encuentre su registro paradójico y la emisión de sus opiniones.

3. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Exponemos a continuación el registro de un caso. (Ciertos datos no sustanciales han sido modificados para garantizar así el necesario silencio profesional deontológico).

3.1. C.H.V. Treinta y nueve años. Varón. Profesión: industrial:

Motivo de la visita: desea separarse de su mujer

Historia biográfica: Los últimos cinco años no tiene ilusión por el trabajo ni por la familia.

En casa se encuentra oprimido, por lo que a la salida se va a “tomar unas copas” y llega a casa pasada la media noche.

Considera que se ha portado bien con su mujer, pero afirma que ella está deprimida desde hace tiempo. La enfermedad de su mujer, en su opinión, contribuye a hacer la convivencia familiar más desgraciada.

Reconoce el hecho de haber salido

con chicas de la empresa, circunstancia a la que no da importancia.

Tiene tres hijos, a los que considera que la situación actual les hace más daño —él apenas se comunica con ellos por culpa de su mujer— que si vivirían separados y él los llevase a vivir a su domicilio los fines de semana.

Se considera normal, centrado y equilibrado. Niega que bebe con frecuencia, que está irritable o que haya tenido relaciones más profundas con otras mujeres.

Desea un informe médico para entregarlo al abogado que le lleva su separación y no tiene inconveniente en que su mujer sea explorada.

(Datos obtenidos en entrevista individual. El juicio clínico, no obstante lo afirmado por el paciente, hizo sospechar el padecimiento de una depresión reactiva y ciertas alteraciones neuróticas de contenido sexual).

3.2. M.M.O. Treinta y dos años. Secretaria en la misma empresa en que trabaja su marido.

En la primera entrevista se echó a llorar, manifestando más preocupación por la obstinada tendencia de su marido a separarse que por los síntomas depresivos que viene padeciendo en el último año y medio.

“Al principio del matrimonio todo marchaba bien. Mi suegra apenas sí intervenía en nuestros problemas. Mi marido estuvo conforme en comprar un piso en un barrio lejano de donde ella vivía”.

“...Durante estos últimos cinco años yo he sufrido mucho. No comprendo que puede haberle pasado a mi marido: lo ha tenido todo, me he ocupado de él constantemente; creo que no he regateado ningún esfuerzo para hacer todo lo que él deseaba”.

“...Desde el nacimiento del tercer hijo comenzaron a enfriarse nuestras rela-

ciones. Se empeñaba en que su madre viniera a casa a ayudarme. Yo no necesitaba ninguna ayuda, pero él me la imponía”.

“Mi suegra es una buena mujer, pero excesivamente volcada sobre mi marido que es su único hijo. Ella enviudó cuando mi marido tenía siete años. Desde entonces su hijo ha sido su única preocupación y puedo afirmar que casi el único sentido de su vida”.

“...Por aquel entonces, mi suegra y yo reñíamos a menudo. Se metía en todo lo que yo hacía en casa y me vi obligada a prohibirle que viniera a ocuparse de mis hijos”

“Todo cuanto yo hacía me lo criticaba. En ocasiones me contradecía delante de mis hijos y los animaba a que hicieran lo contrario de lo que yo les indicaba”.

“Mi marido se puso de su parte desde un principio. Hubo noches en que se fue a dormir a casa de su madre. Desde que esto sucedió, hace cinco años, los dos se han aliado para maltratarme. Con frecuencia mi marido pasaba temporadas en que apenas si le veía a altas horas de la noche. Luego, decidió dormir en una habitación distinta a la que ocupábamos”. “Yo he observado en los últimos tres años que bebía a diario con sus compañeros y otras amigas desconocidas para mí”.

“Ha procurado humillarme, invitando a los bares a otras secretarias de la misma empresa en que todavía trabajamos. Con ellas se manifestaba extraordinariamente cordial y amable; conmigo, extraordinariamente hosco, enfadado y malhumorado”.

“En esta última temporada, el distanciamiento se ha hecho más grande. Yo no puedo controlarle, pues sólo trabajo en la oficina media jornada y él come fuera de casa, y unas noches regresa y otras no”.

“En estos tres últimos años, sólo me

da la mitad del sueldo que gana, empleando yo mi sueldo íntegro en sacar adelante a mis hijos y los gastos de la casa.

“Alguna noche he oído como entraba tarde, golpeándose con los muebles y como después lloraba a solas en su habitación”.

“Muchas veces me he quedado despierta esperándole, y aunque veía la luz en mi habitación ni siquiera se molestaba en entrar y saludarme”.

“Yo sigo enamorada de él y por ningún motivo me gustaría perderle. Considero que sería un grave daño para mis hijos, aunque tal vez, si persiste en esta forma de vida, no estoy segura de qué será peor para ellos”.

“En los dos últimos años no hemos hecho uso del matrimonio. Cuando yo le insinuaba algo en este sentido, siempre me rechazaba con frases groseras, aludiendo a que yo estaba vieja”.

“Estoy dispuesta a perdonarle todo a cambio de que él cambie un poco su actitud hacia mí y nuestros hijos”.

“Mi suegra nos ha hecho mucho daño. A él le ha dicho muchas veces que no debiera haberse casado conmigo ni con otra mujer, que habría sido feliz a su lado sin casarse con nadie. Conmigo tuvo una última y larga conversación hace un año. Me dijo que yo no era la mujer que su hijo necesitaba, que no sabía llevarlo y que no entendía como su hijo podía aguantarme tantas cosas”.

“Me recordó aquella conversación que tuvimos días antes de casarnos, en la que me aseguraba que su hijo tenía una querida y que convenía que yo lo supiera antes de casarme”.

“(Esta circunstancia fue absolutamente negada por mi marido desde un principio, y pienso que eran artimañas de mi suegra para que no contrajéramos matrimonio)”.

“Ahora me dijo que yo había hecho un desgraciado a su hijo porque después de diez años de matrimonio había conseguido que él fuera impotente. Ella afirmaba que esto lo sabía desde que su hijo era niño y que no se explicaba cómo había podido llegar a ser padre de tres hijos. Yo desde entonces le retiré el saludo y no he vuelto a hablar más con ella”.

“El abogado que lleva el caso está de parte de mi marido y cree que debemos separarnos”.

“Yo reconozco que estoy nerviosa, irritable, que no duermo bien, que lloro con excesiva frecuencia, y que tal vez esté enferma, pero a pesar de todo ello quisiera salvar mi familia y continuar mi vida matrimonial.”

Las entrevistas sucesivas, tanto individuales como de la pareja, pusieron de manifiesto que el marido venía padeciendo una impotencia funcional selectiva respecto de su propia mujer, y una relación vinculativa y de excesiva dependencia afectiva respecto de su madre.

Ambos fueron tratados con psicofármacos y psicoterapia individual durante una primera etapa de cinco meses de duración.

Resueltos estos problemas psicopatológicos se acordó en una segunda etapa, mediante la Orientación Familiar simultánea, los problemas conflictivos derivados de la relación triangular marido-mujer-suegra.

Esta segunda etapa se prolongó por espacio de tres meses, a razón de una sesión semanal de una hora de duración.

4. ANALISIS Y EVOLUCION DE LAS SESIONES

A modo introductorio —y con el objetivo de explicar la planificación global de intervención en un caso—, po-

demos afirmar que la meta a conseguir por el orientado es el establecimiento de un nivel de equilibrio emocional igual o superior al nivel existente antes de la situación conflictiva.

El proceso de solución de conflictos sigue una serie de pasos estructurados, dependiendo cada uno de ellos del inmediatamente anterior.

En resumen, la misión del orientador terapeuta, es la siguiente:

- 1.º Identificar el acontecimiento precipitante de la crisis.
- 2.º Identificar los síntomas que el conflicto ha producido en el sujeto.
- 3.º Observar el grado de desorganización en la vida diaria.
- 4.º Planear la intervención a través de la inclusión de una o varias técnicas de ayuda.

Tal vez, una de las formas de intervención más interesante es la de reforzar los factores de nivelación determinantes del estado de equilibrio existentes en toda situación angustiosa.

El fortalecimiento o debilitación de cualquiera de estos factores es un fenómeno directamente relacionable con la aparición de una crisis o con su resolución positiva.

Estos factores niveladores son tres (1):

a) Percepción y comprensión realista del hecho. En situaciones en que la angustia permanece dentro de límites tolerables, puede servir de acicate para la acción; sin embargo, a medida que la angustia aumenta, el conocimiento perceptual queda limitado y la dificultad absorbe todo el potencial de atención del individuo.

Si el hecho es percibido de forma realista, el conocimiento de la relación entre el suceso y los sentimientos de tensión se hará evidente, con lo que el objetivo de reducir la tensión puede ser alcanzado con mayor facilidad.

b) Existencia de puntos externos referenciales de apoyo.

Estos apoyos situacionales suelen ser personas disponibles en el ambiente familiar a las que se puede recurrir para ayudar a solucionar un problema.

Estas relaciones de dependencias tienden a establecerse más rápidamente con aquellas personas que poseen una tendencia natural a amparar a personas con sentimientos de inseguridad, así como contribuir a reforzar los sentimientos de integridad del yo.

La pérdida de estos puntos de apoyo, pueden dejar al sujeto en una posición de fragilidad y vulnerabilidad, de forma que cuando tiene que enfrentarse con una situación cargada de angustia, la carencia de un apoyo situacional puede llevarle a un estado de desequilibrio.

c) Existencia de mecanismos de defensa, como medios para defenderse de la angustia y como reductores de la tensión.

Estos mecanismos suelen ser individualizados y necesarios en cada caso para proteger el equilibrio.

Una vez conseguidos estos factores de compensación sería conveniente pasar a una última etapa —informativa y formativa— de orientación en grupo.

Este elenco de matrimonios o de padres, deben haber solucionado —al menos en buena parte— sus conflictos conyugales en las etapas anteriores, para lograr más eficazmente el objetivismo de esta Orientación Familiar grupal: encarar la educación de los hijos con una coordinación de criterios pedagógicos y evitar así el tambaleamiento, fragilidad y relativismo de los principios educativos que dan lugar a las frecuentes paradojas existenciales.

Expuestas hasta aquí las líneas generales de intervención en los conflictos conyugales, intentemos retornar el caso concretos relatado más arriba, a tra-

vés del modo operacional pautado al que acabamos de hacer referencia.

Como ya se dijo en otro lugar de este trabajo, el matrimonio fue tratado durante cinco meses con psicofármacos y psicoterapia individual.

La segunda etapa constó de 12 sesiones (una por semana) simultáneas.

En las cuatro primeras entrevistas se abordó el aspecto del conocimiento perceptual del problema en cada cónyuge.

El desglose de los datos aportados por el marido es el siguiente:

—él considera que se ha portado bien con su mujer.

es ella la que está deprimida y ello ha contribuido a que la convivencia familiar sea desgraciada.

—no se comunica con los hijos por culpa de su mujer.

—se siente oprimido; también apático (tanto en el trabajo como en la familia).

(Es evidente que, en su opinión, es su mujer la culpable). Oigamos la otra opinión:

—dice que se ha ocupado de su marido.

—su marido: le imponía la ayuda de la suegra; le humillaba al invitar a otras secretarías; sólo le da la mitad del sueldo: le rechaza.

—su suegra: le contradecía delante de los hijos, estaba en contra de su matrimonio; le criticaba todo lo que hacía, etc.

—entre ellos sólo hay distanciamiento e incomunicación.

En el diálogo frontal simultáneo (“careo”) que tuvo lugar durante la primera sesión, se objetivaron muy pocos datos: los dos cónyuges se aferraban a los reproches que se dirigían recíprocamente, en ocasiones intentaban justificar sus respectivas acciones.

Partiendo de estas justificaciones, el terapeuta hace uso del método de explo-

ración paradójica, desvelando a los interesados de sus propias contradicciones.

En la 3.^a y 4.^a sesión fueron esclareciéndose esas contradicciones. Las acusaciones y reproches de ambos cónyuges constituían el ampuloso vagaje que encubría una actitud negativa del uno hacia el otro.

Esta actitud era consecuencia del acúmulo de tensiones que provocó, en determinados momentos, la actuación de la suegra. Esta consiguió que su hijo —mecido en el regazo de su sobreprotección— ignorara cómo ella iba minando los cimientos de su matrimonio.

En las sesiones 5.^a, 6.^a y 7.^a se abordó el tema de los apoyos situacionales.

En ambos casos se vio que éstos no existían, lo cual contribuía a aumentar la tensión y el desequilibrio.

La mujer arguyó que su marido sí que había tenido un apoyo decisivo: su madre.

El terapeuta hizo la observación de que si en algún momento la suegra fue el apoyo de su marido, ése fue inadecuado, por cuanto no sólo no ayudó a solucionar la crisis, sino que cooperó a agravarla definitivamente.

En las sesiones 8.^a y 9.^a se vio la inadecuación de los mecanismos de defensa del marido (beber y salir con chicas), y la ausencia de dichos mecanismos en la mujer.

Al final, ambos cónyuges coincidieron en que todo este proceso tan complejo había sido la causa de la opresión, apatía, nerviosismo y excitabilidad que habían venido padeciendo; es decir, que no podía achacarse a unos cuantos detalles convivenciales, sino que existía una pluricasualidad multiactuante que los provocaba, y que reobraba de uno en otro —circuito en **feedback**— multiplicando y agigantando las funestas consecuencias.

Durante las tres últimas sesiones, este matrimonio se integró en un grupo de padres que realizaban un curso de orientación familiar, con metodología participativa, centrado en la educación de los hijos a través del estudio de casos.

5. DISCUSION Y CONCLUSIONES

En el cuadro de la página 273 está expuesto el proceso seguido en la intervención de este caso.

Como puede observarse, hay una clara bipolaridad en las etapas 1.^a y 3.^a (Psicoterapia individual — Orientación Familiar) mientras que en la 2.^a etapa —en la que nos hemos centrado en este trabajo— casi llega a confundirse la Psicoterapia y la Orientación. La razón es obvia: es en ese momento cuando se pone en revisión la peculiar forma de vida de cada persona, sus actitudes, su jerarquía de valores, sus formas de enjuiciar a las personas y a las situaciones, etc.

Y en esa revisión, en ese examen de estilo de vida, surge la duda, la interrogación, la aclaración, el interés, la guía... Y brota la Orientación, perfectamente entretrejida en el entramado de la Psicoterapia.

Está claro que tenemos la pretensión de que el modelo aquí expuesto sea el único para el tratamiento de todo tipo de conflictos conyugales. Cada caso requerirá la concienzuda elaboración de un plan eficaz de intervención. Lo que sí hemos pretendido aclarar es que Orientación y Psicoterapia no son dos técnicas que se excluyen entre sí, sino que son complementarias, y que esa urdimbre sirve tanto a los fines de la una, como a los de la otra.

En nuestra experiencia, pues, Orientación Familiar y Psicoterapia conyugal se hacen convergentes, siendo en ciertos casos de "conflictos matrimoniales",

PRANDIOL

Ovulostático Via oral

Asociación progestágeno-estrogénica equilibrada

COMPOSICION: Menastrol 80 mg. y diacetato de etinodiol 1 mg. por comprimido

INDICACIONES: Reposo ovárico por anovulación, tratamiento de amenorrea, dismenorrea, endometriosis, hemorragias funcionales de la castración y menopausia

CONTRAINDICACIONES: No deben emplearlo las mujeres que hayan padecido hepatitis, edemas renales, hipertensión grave o diabetes, salvo criterio médico

INCOMPATIBILIDADES: No debe administrarse a embarazadas, aunque no sea abortivo ni teratógeno

EFFECTOS SECUNDARIOS: No se conocen

POSOLOGIA: Como anovulatorio: a partir del 5.º día de haber comenzado la regla, 1 comprimido diario durante 21 días. En los demás tratamientos basta con medio comprimido diario o alterno

PRESENTACION: Envase de 21 comprimidos P.V.P. 74 Ptas.

INSTITUTO FERRAN - Garcilaso, 206-232 - BARCELONA - 16

CEFERRAN

Antibiótico de amplio espectro

COMPOSICION: 250 mg. Cefalexina base por cápsulas
125 mg. " " en 125 m.

INDICACIONES: Ceferrán está indicado en el tratamiento de infecciones del tracto urinario alto y bajo, de las vías respiratorias, de los tejidos y de la piel, post-operatorias y ginecológicas y en general de las producidas por gérmenes gram positivos y negativos sensibles a la Cefalexina.

CONTRAINDICACIONES: Contraindicado en pacientes hipersensibles a las cefalosporinas y algunos casos de alergia a las Penicilinas. Las mujeres en periodo de embarazo y las personas con anomalías en la función renal deben tomarlo bajo control del médico

EFFECTOS SECUNDARIOS: Ceferrán raramente ocasiona efectos secundarios. En casos de hipersensibilidad pueden aparecer ligeras diarreas, náuseas o alergias cutáneas

INCOMPATIBILIDADES: No debe administrarse conjuntamente con antibióticos bacteriostáticos

POSOLOGIA: Capsulas: Niños mayores de 7 años y adultos 1-2 cápsulas cada 6 horas

Suspensión: Lactantes 1 cuchar. (5 ml) cada 6 horas. Niños de 2-7 años, 2 cuchar. cada 6 horas. Niños mayores de 7 años y adultos 2-4 cuchar. cada 6 horas

PRESENTACION: Envases 12 y 24 cápsulas P.V.P. 419,40 y 794 Ptas., respectivamente

Frascos 60 y 120 ml de suspensión extemporánea:
P. V. P. 238'80 y 430'90 Ptas. respectivamente

Etapas	Tipo de tratamiento	Objetivos	Medios
1. ^a	Psicoterapia individual y Farmacoterapia	<p>Silenciar y ajustar el desequilibrio somático</p> <p>Lograr actitud y voluntad de superar la crisis</p>	<p>Psicofármacos</p> <p>Psicoterapia individual y conyugal</p>
2. ^a	Psicoterapia simultánea y Orientación Familiar	<p>Crear los factores niveladores del equilibrio. Reducir tensión. Lograr el Einsicht innovador que modifique las actitudes</p>	<p>Percepción realista del hecho</p> <p>Apoyos situacionales</p> <p>Mecanismos de defensa (análisis y superación)</p>
3. ^a	Orientación Familiar	<p>Información - Formación</p> <p>Relaciones conyugales y paterno - filiales</p>	<p>Metodología participativa (estudio de casos)</p> <p>↓ ↓</p> <p>Aplicación a la realidad</p> <p>↓ ↓</p> <p>Sesiones de apoyo y seguimiento</p>

procesos o momentos de un único proceso en el que la orientación sucede a la psicoterapia en forma de un continuo complementario, sin que se produzca por ello hiatos de separación o saltos irreparables.

En cualquier caso, creemos conveniente seguir distinguiendo —si no funcionalmente, sí desde un punto de vista profesional y técnico— uno y otro procedimiento.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Aguilera, D. C., y Messick, J. M.: "Control de los conflictos emocionales". Interamericana. Méjico, 1976.
- (2) Jaspers, K.: "Esencia y crítica de la Psicoterapia", Cía Gral. Fabril Editora. Buenos Aires, 1959.
- (3) Oliveros F. Oter: "¿Qué es un orientador familiar?", Eunsa. Pamplona, 1976.
- (4) Seguín, C. A.: "Amor y Psicoterapia". Paidós, 1972.

Los estudios epidemiológicos como base para la elaboración del pronóstico en la enfermedad meningocócica ⁽¹⁾

Por el Dr. Juan-Jesús Gestal Otero ⁽²⁾

La cuestión que con mayor urgencia y angustia la familia de un enfermo meningocócico formula al médico, es la del pronóstico. Cuestión que pudiera parecer de muy difícil respuesta. Quizá se crea que el sanitario no tiene por qué responder a estas preguntas. Esta afirmación la consideramos totalmente equivocada, ya que indicaría, del que lo efectuase, una nula o muy corta experiencia en la realización de encuestas.

El pronóstico de la enfermedad puede variar en el tiempo y en el espacio dependiendo de gran número de factores (grado de afectación de la zona, formas clínicas dominantes, medidas preventivas y terapéuticas, etc), por lo que, para tenerlo actualizado, consideramos deben realizarse estudios epidemiológicos continuos.

En esta comunicación nosotros hemos

estudiado las defunciones por enfermedad meningocócica declaradas en la provincia de La Coruña en 1976, clasificándolas por edades y duración del proceso, y por cuadro clínico y duración del proceso.

De los 297 casos declarados en la provincia de La Coruña, 265 (89,2% evolucionaron hacia la curación, ocurriendo el fallecimiento en 32 casos (10,%). Ello nos indica que la letalidad es muy elevada.

En la Tabla 1 se reúnen las defunciones clasificadas por edades y duración

(1) Comunicación presentada en las "II Jornadas de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalaria" Santiago de Compostela, 1977.

(2) Subjefe Provincial de Sanidad de La Coruña.