

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

Estudio exploratorio de los condicionantes psicosociales y la adaptación en los accidentes de trabajo

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

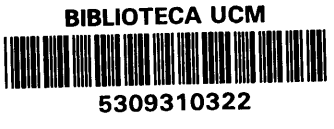
Jaime del Campo Urbano

DIRECTORES:

Salustiano del Campo Urbano
Gonzalo Piédrola Gil
Miguel Gil Gayarre

Madrid, 2015

R. 504.340



DE 616-05
FAM

TA 1595

FACULTAD DE MEDICINA
=====
Universidad Complutense

ESTUDIO EXPLORATORIO DE LOS CONDICIONANTES PSICOSOCIALES
Y LA ADAPTACION EN LOS ACCIDENTES DE TRABAJO.

Por Jaime del Campo Urbano.

Tesis doctoral dirigida por los Catedráticos:

- . Dr. D. Miguel Gil Gayarre.
- . Dr. D. Gonzalo Piedrole Gil.
- . Dr. D. Salustiano del Campo Urbano.



Biblioteca
de Medicina

Madrid, Diciembre de 1974.

ESTUDIO EXPLORATORIO DE LOS CONDICIONANTES PSICOSOCIALES
Y LA ADAPTACION EN LOS ACCIDENTES DE TRABAJO

RECONOCIMIENTOS.

I.- LA INVESTIGACION, EL METODO Y LOS DATOS.

- 1.1. El problema: Los Accidentes de Trabajo.
- 1.2. Sociología y Medicina.
- 1.3. Planificación de la Investigación.
- 1.4. La Hipótesis y finalidades.
- 1.5. El cuestionario.
- 1.6. Los dos grupos estudiados.
- 1.7. La no representatividad de la población.
- 1.8. La aportación de la investigación.

II.- EL ANALISIS DE LOS DATOS.

- 2.1. Presentación del análisis.
- 2.2. La edad.
- 2.3. El Estado civil.
- 2.4. Los Hijos.
- 2.5. La Esposa.
- 2.6. La Vivienda.
- 2.7. Los Hermanos.
- 2.8. La escala de Neuroticismo SN 59
- 2.9. El cuestionario de adaptación de Bell.

III.- CONCLUSIONES GENERALES.

INDICE DE CUADROS.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

RECONOCIMIENTOS.

Este trabajo no hubiera sido realidad sin la aportación de una serie de personas que desinteresadamente me -- brindaron su consejo y ayuda. Algunos de los que han colaborado de una forma u otra, es posible que no figuren en esta escueta relación. Para ellos, va también mi agradecimiento.

Mi esposa, María Luisa, me alentó en los momentos difíciles y me ayudó mucho en la recopilación bibliográfica, así como, mi numerosa prole, soportó resignadamente el obligado enclaustramiento de los fines de semana.

Mi hermano, Don Salustiano del Campo Urbano, Catedrático de la Facultad de Sociología y Ciencias Políticas de la Universidad Complutense de Madrid, me orientó y siguió -- fraternalmente cada una de las fases de esta investigación.

Los Catedráticos Doctores Don Miguel Gil Gayarre y -- Don Gonzalo Piedrola Gil, me dirigieron amablemente esta tesis.

La muestra y los datos analizados pertenecen a la Empresa Constructora "AGROMAN", Sociedad Anónima. Su Director Gerente, Don José María Aguirre Gonzalo, no solo me brindó -- la posibilidad de su utilización, sino que me alentó afectuosamente a lanzarme a la aventura de la investigación Social en Medicina.

Algunas dudas estadísticas, han sido consultadas al --

Catedrático de Métodos Estadísticos de la Universidad de --
Murcia, Don Ramiro Melendreras Jimeno, a quien le agradezco
enormemente el que a pesar de encontrarse realizando sus --
exámenes de oposición, le dedicase cierto tiempo a los es -
tadísticos que se utilizan.

Mi maestro, Don Mariano Yela Granizo, Director del De
partamento de Psicología, me emplazó cariñosamente a termi -
narlo en el menor tiempo posible.

Los cuestionarios utilizados han sido adaptados por -
el Doctor Don Enrique Cerdá, el cual me brindó toda su ex -
periencia y me facilitó numerosos datos.

El Director del Instituto de la Opinión Pública, Cate
drático-Profesor Don Francisco Murillo Ferrol, me eximió de
algunas obligaciones.

Los Ayudantes Técnicos Sanitarios de Empresa, Señores
Vega y Tamayo, me auxiliaron en la tabulación de los datos.

La engorrosa mecanografía y la ordenación de los da -
tos, se vieron favorecidas por la inestimable ayuda de Car -
los Coello.

En fin, el concurso y la sinceridad de los anónimos -
informantes, ha facilitado la tarea realizada.

I. LA INVESTIGACION, EL METODO Y LOS DATOS.

1.1. El problema: Los accidentes de trabajo.

El accidente supone, ante todo, el fracaso de un acto de trabajo. Este trabajo se produce no sólo en las realizaciones manuales, sino también en trabajos como planificar, organizar, construir, vigilar, etc. Todos ellos sometidos a la fiabilidad humana (1). Como hemos señalado en otro lugar, el factor humano interviene decisivamente en el número y gravedad de los accidentes ocurridos (2). De aquí que todas las investigaciones realizadas vayan encaminadas a diagnosticar en el hombre las causas de los accidentes como único medio eficaz para combatirlos.

- - - - -
(1). Rüssel, Arnulf.- Psicología del Trabajo. Editorial Morata. Madrid. 1968.

(2). Campo Urbano, J. del. Factores que afectan a la protección personal. Revista de Medicina y Seguridad del Trabajo. Tomo XXI. Número 81. Enero - Marzo de 1973. Madrid.

La importancia y gravedad del problema hace que sean -- muy numerosos los estudios realizados analizando las causas. También son muy variadas las perspectivas desde las que han sido estudiadas, así como las conclusiones alcanzadas (3).

Siguiendo a Jardillier (4), vamos a señalar los principales puntos de vista y diseños experimentales realizados en el estudio del factor humano.

- - - - -

- (3). Una amplia información sobre este tema, puede encontrarse en: PIEDROLA, PUMAROLA y BRAVO.- Lecciones de Higiene y Sanidad. Tomo II. Madrid. 1963. BALEN, BRAVO, DOMINGUEZ, GOMEZ LUS, GONZALEZ, IBÁÑEZ, PIEDROLA, PUMAROLA y DEL REY Medicina Preventiva y Social. Higiene. Madrid. 1971.- VI TELES. Motivación y moral en la Industria. Editorial Hispano Europea. Barcelona 1970. MAIER. Psicología industrial. Edit. Rialp. 3ª Edic. Madrid. 1969. BLUM Y NAYLOR. Industrial Psychology; Theoretical and social foundations. Edit. Harper Internacional. Nueva York. 1968. SIGUAN. -- Problemas humanos del trabajo industrial. Editorial --- Rialp. 3ª Edic. Madrid. 1963. SCOTT. The Psychology of Work. Edit. Duckworth. Londres 1970. RIUS y PAÑELLA. Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo. Edit. Bosch. Barcelona 1968. SIMONIN. Medicina del trabajo. 2 tomos. Editorial Científico Médica. Barcelona 1959.
- (4). JARDILLIER, Pierre. La organización humana de las Empresas. Colección Ciencias Sociales. Edit. Tecnos. Madrid. 1969.

Inicialmente se intentó discernir entre azar y predisposición. Fueron Greenwood y Woods (5) en 1919, posteriormente Greenwood y Yule (6) en 1920, y más tarde Newbold (7) en 1926, los que estudiaron la repartición de accidentes -- entre obreras de las fábricas de armamentos. La repartición que comprobaron, una vez que se consideraron normalizados -- los riesgos técnicos, los llevaron a suponer que tales obreras ofrecían "una tendencia inicial desigual" al accidente y que esta hipótesis merecía ser estudiada.

De esta hipótesis Farmer y Chambers (8) dedujeron una teoría por la que se afirmaba que aquella desigualdad de --
 - - - - -

(5). M. Greenwood y H.M. Woods.- The incidence of industrial Accidents with special reference to multiple Accidents. IFRB. Informe nº 4. (1919).

(6). Greenwood, M. y Yule, G.U. An inquiry into the nature of frequency distributions representative of multiple happenings with particular reference to the occurrence of multiple attacks of disease or of repeated accidents J. Roy. Stat. Soc. 83. 1920.

(7). E.M. Newbold. A contribution to the study of human factor in the causation of accidents. IFRB. número 34. año 1926.

(8). E. Farmer.- The psychological study of accidents prone-ness Industrial Welfare. 1933. página 16.

tendencia a los accidentes entre individuos, era estable. - De ahí surgió la idea de "predisposición a los accidentes", según la cual determinados individuos, por diversas razones, están destinados a sufrir continuamente accidentes.

Marbe (9)., explotando los documentos de una compañía de Seguros, constituyó tres grupos de asegurados correspondientes a tres niveles de riesgo (riesgo escaso, riesgo medio, riesgo importante); seguidamente dividió esos grupos en tres subgrupos, según que el interesado no hubiera declarado en cinco años ningún accidente, uno o varios; finalmente, -- busco los accidentes registrados en cada sub-grupo durante -- los cinco años siguientes y comprobó que en conjunto, cada -- subgrupo mantenía los resultados de un período de cinco años en otro período de otros cinco años, llegando a la conclu -- sión de que "para un individuo dado la probabilidad de acci -- dentes se calcula según el número de accidentes que ya su -- frió".

Tiffin (10), comparó dentro de los grupos de empleados con aproximadamente el mismo riesgo, el número de accidentes dentro de un año con el del año siguiente. En casi todos los

(9). Marbe, Karl. Psicología de los Accidentes y disminución de la actividad. Munich-Berlín. 1926.

(10). Tiffin, J. Industrial psychology. New York. 1956.

grupos el término medio aumenta con respecto a los del año anterior. Podemos, pues, concluir que el número de accidentes, depende de una predisposición constante durante uno o dos años.

SCHMITT (11) e HILDEBRANDT (12), usaron el procedimiento de comparar el número de accidentes en dos etapas distintas, al igual que había hecho Tiffin. Las personas observadas, fueron divididas en "cero", "uno" y "varios", según el número de accidentes sufridos en el primer período. El término medio de accidentes en el segundo período -- ofrecía un aumento constante, y así se consideró demostrada la influencia de la predisposición individual.

Paralelamente a la obtención de conclusiones sobre predisposición - azar y estabilidad de la predisposición, - otros autores estudiaban la influencia del salario, riesgo, edad y otras variables en la siniestralidad.

Así, Laugier, Monnin y Weinberg, al estudiar durante nueve años a 129 individuos expuestos a un riesgo equivalente comprobaban que los cuatro grupos constituidos durante -

(11). Schmitt, E. Unfallaffinität und psychotechnik in Eisenbahndienst. Indust. Psychotechnik. 3, 1920.

(12). Hildebrandt, H. Zur Psychologie des Unfallgefährdeten. Psychotechn. Zschr. 3. 1928.

(13). Laugier, Monnin y Weinberg. En Jardillier op. cit.

el primer período (1924-1928), arrojaban resultados sensiblemente parecidos en el segundo (1928-1932)

Estos mismos autores, por otra parte, comprobaron que durante esos nueve años, absentismo por accidente y absentismo por enfermedad tenían una correlación (40 ó 50, según la modalidad de cálculo).

Esta correlación entre bajas por enfermedad y por accidentes, que hemos observado en todos nuestros trabajos industriales, merece ser señalada. Nos recuerda que si bien los accidentes pueden estar relacionados con un riesgo personal o industrial específico, también pueden ser a veces la condición jurídica de un absentismo de base económica, social o psicológica. Este fenómeno que desvirtúa todas las estadísticas de accidentes es descuidado por todos los investigadores o casi por todos ellos. Jardillier (14).

Schulzinger (15), subrayó la importancia de la edad. De los accidentes de trabajo registrados tras una gran práctica médica, el 9,2% se refiere a individuos de 15 a 19 años; el 18% corresponde a los de 20 a 24 años y el 21% a los de 60 a 64 años.

(14). Jardillier. op. cit. p.

(15). Schulzinger, M.S. The accidente syndrome.- Springfield. 1956.

Wolff (16), que realizó sus investigaciones en unos talleres de piezas de vehículos pesados, no halló ninguna correspondencia entre la frecuencia de los accidentes y la peligrosidad del trabajo. En los departamentos de producción, donde el trabajo es mucho más peligroso que en las empresas auxiliares, se produjeron el 53 % de los accidentes en el 56% del personal empleado, por el contrario, en las Empresas auxiliares, el 47% de los accidentes, en el 43,5% del personal. El sueldo, no es tampoco decisivo, según Wolff.

Las aptitudes como factor predisponente, han ocupado amplios espacios de la investigación del accidente.

J.M. Lahy y Korngold, S. (17), publicaron en 1937 sus "Recherches Experimentales sur les causes psychologiques des accidents du Travail". Comprobando como sus antecesores que los accidentes se repartían desigualmente entre individuos expuestos a riesgos técnicos equivalentes, observaron que los que sufrían frecuentes accidentes lograban sistemáticamente los peores resultados en las pruebas psicomotoras de ritmo rápido impuesto y llegaban a la conclusión de que carecían de "plasticidad funcional", lo cual coincide con las conclusiones de Marbe respecto a la "re-orientación" y que esta predisposición pudiera resultar de "una mayor excitabilidad de los centros nerviosos". La primera relación entre accidentes y aptitudes, queda establecida.

(16). WOLFF, E. Accident proneness, a serious industrial problem. - Industr. Med. e. Surg. 19, 1950.

(17). Lahy y Korngold. Etude experimentale sur les causes psychologiques d' accidents du travail. Travail humain. -- Presses Universitaires de France.

Mas de diez años despues, la selección preventiva efectuada por S. Pacaud y J. Bonnaire (18), de los obreros de -- curvado de las fábricas Renault, acarrió una notable disminución de accidentes que demostró el valor práctico de la -- hipótesis.

R. Bonnardel (19), estudió, ya en 1939, la influencia posible del nivel de inteligencia en el riesgo de accidente. Después de renaudar los estudios, contradictorios en sus conclusiones, de Henig (1927), Chambers y Kirk (1933), Lahy y S. Pacaud, comprobó que los accidentes graves presentaban en conjunto escasos resultados en los tests de inteligencia concreta -- que es la capacidad intelectual más necesaria para los obreros en serie --

En un grupo de trabajo que registró 934 jornadas perdidas por causa de accidente, el 41% de esas jornadas perdidas, lo fueron sólo por un 10% de los asalariados, siendo ese 10%, los que consiguieron resultados más bajos en las pruebas de -- inteligencia concreta. Bonnardel comprueba también que, en -- los talleres, cuando más entregados a si mismos y desprovistos

- - - - -

(18). S. Pacaud y J. Bonnaire. En Jardillier. op. cit.

(19). Bonnardel, R. La psychométrie et la prevention des accidents du travail. Arch. mal. prof. 23 número 6.

de experiencia industrial están los obreros, tanto más la - inteligencia concreta constituye un factor importante en la seguridad individual.

Drake (20), en 1940, al estudiar un grupo de obreras - expuestas a riesgos técnicamente comparables, las dividió en dos grupos: escasa y frecuentemente accidentadas, y comprobó que las del segundo grupo pasaban sistemáticamente con más - éxito las pruebas de velocidad psicomotora que las pruebas - de velocidad de percepción visual. De ello, dedujo la hipó - tesis: según la cual, la tendencia a los accidentes, provenía de un desfase entre tiempo de percepción y tiempo de reacción por reaccionar las accidentadas más deprisa que lo percibían.

Esta hipótesis parece interesante y puede relacionarse con otros dos hechos.

- Las pruebas de ritmo impuesto rápido - que en la se - rie de tests de J.M. Lahy y S. Pacaud, brindan las mayores -- garantías -, ponen en juego a la vez las cualidades psicomoto ras y la velocidad de percepción visual.

- Prueba de percepción visual (Taquitoscopio y B.T.P. 2 por ejemplo), han dado resultados interesantes respecto a la prevención de accidentes.

- - - - -

(20). Drake. C.A. Accidents proneness: a hypothesis. Charac - ter and Personality, 8, 1940.

Frlanders Dunbar (21), comprueba que los individuos que han sufrido fracturas con frecuencia son reincidentes en -- accidentes de trabajo y supone, que el accidente podria ser consecuencia de una exagerada presión de la autoridad, a traves de las opiniones obtenidas de los fracturados.

Tillman y Hobbs (22), al estudiar los accidentes de - conductores de taxis, más tarde de conductores más ocasionales, que sufrieron o no accidentes, observan que quienes con más frecuencia sufren accidentes, están con mayor frecuencia que los demás en conflicto con la autoridad, en pugna con la justicia (por otros motivos que los de conducta) y en rela - ción con servicios sociales y de préstamo con fianza. "Cada uno - pudieron concluir - conduce como vive", y los predis - puestos a accidentes resultaran ser psicópatas incipientes.

Wong y Hobbs (23), al estudiar a 390 obreros de cerve - cería, comprobaron que la historia personal de los más acci -

- - - - -

(21). Frlanders Dunbar. Psychosomatic diagnosis. N.Y. 1943.

(22). Tillman y Hobbs. En Jardillier. op. cit.

(23). Wong y Hobbs.- Personal factors in Industrial Accidents. A Study of Accident Proneness in an Industrial Group. - Industrial Medecine. 1949, 18.

dentados difieria significativamente de la historia de quienes no lo están. Los conflictos con la autoridad, con la familia, o entre esposos, sólo se dan en el grupo de los accidentados.

Según Ryan y Smitch (24), existe una correlación importante entre los accidentes como conductores y los accidentes "personales", parte de los cuales son accidentes generales al verificar reparaciones. Por tanto, todavía no ha sido aclarada la cuestión de si existe una predisposición para el accidente, dependiente de ciertos condicionamientos ambientales. En todo caso, se dá una disminución del número de accidentes al adaptarse mejor a las condiciones del medio ambiente; esto lo demuestra el hecho de que, al irse familiarizando con la Empresa los nuevos operarios, va disminuyendo la frecuencia de accidentes.

Schulzinger (25), al analizar 35.000 accidentes (de los cuales 27.000 accidentes de trabajo) que se produjeron en --- veinte años, comprueba, como sus predecesores, que un porcen - taje relativamente escaso de accidentados explica un alto por - centaje de accidentes, pero se observa que ese pequeño grupo -
- - - - -

(24). Ryan y Smitch. Priciples of Industrial psychology. Nueva York. 1954.

(25). Schulzinger. op. cit.

de accidentados no cesa de renovarse, algunos por abandonarlo, otros por incluirse continuamente en él. El autor, concluye que algunos, dominando sus conflictos emocionales, consiguen apartarse del grupo de los altamente predispuestos, mientras que otros, traumatizados por un primer accidente, entran a formar parte de él. La predisposición no sería, por consiguiente, una característica estable.

Las investigaciones realizadas bajo la dirección del Profesor Merle d' Aubigné (26), en la Clínica ortopédica y de rehabilitación del Hospital Cochin, se refieren a 260 enfermos, de los cuales 93 casos, presentan consecuencias psicósomáticas de accidentes (67 hombres y 26 mujeres), según el informe de A. Morali-Daninos, tales enfermos permitieron establecer que los accidentados tienen ciertos rasgos característicos: educación rígida, muerte prematura del padre o de la madre, familia numerosa, condiciones de vida deficientes y estudios abreviados por la necesidad de ponerse a trabajar, rebeldía contra la autoridad, celibato o desavenencias conyugales, y que numerosos accidentes acarrear consecuencias psicósomáticas que conducen a una especie de acondicionamiento de las víctimas.

(26). Merle d' Aubigne. En Jardillier. op. cit.

Boris Speroff y William Kerr (27), publicaron en 1.952 un estudio sociométrico referido a los obreros accidentados de una fábrica siderúrgica de 16.000 asalariados. Escogieron a un grupo de 90 obreros, negros norteamericanos, mejicanos y portorriqueños, los distribuyeron en 18 equipos étnicamente homogéneos y pidieron a cada uno que designara a aquel con quien más y aquel con quien menos le gustaba trabajar. Encontraron una estrecha correlación (0,54) entre seguridad y popularidad, bien porque la proximidad de los lesionados en accidentes de trabajo asustara a sus colegas, bien porque la escasa simpatía de que algunos gozan en los lugares de trabajo, favorezca que se produzcan accidentes. Por consiguiente la predisposición a los accidentes, considerada principalmente como factor individual, dependería en parte de la inserción del individuo en un grupo.

Dirks (28), clasificó desde el punto de vista tipológico co-estructural, la predisposición al accidente. Según él, hay varios tipos estructurales de actuación práctica que poseen una fuerte inclinación al accidente: a) personas con gran vitalidad, pero escasa dinámica y dirección; tipo robusto, indiferenciado, algo indolente; b) personas de poca vitalidad y muy dinámicas, pero de escaso dominio.

(27). Speroff, Boris y Kerr, William. Steel Mill 'Hot strip' Accidents and interpersonal desivability values. Journal of Clinical Psychology. 1952, 8.

(28). DIRKS. En Russell. op. cit.

En nuestro país, especialmente durante los últimos diez años se han intensificado los estudios sobre la Medicina del Trabajo en general y sobre los accidentes y absentismo en particular. Sin embargo, la mayor parte de ellos carecen de datos experimentales. Se trata de observaciones realizadas en los Centros de Trabajo.

Entre los esfuerzos más importantes que se han llevado a cabo encontramos el análisis de las características de los accidentes en cuanto a modo de producirse, hora, edad, etc., llevada a cabo por el Profesor Bermejillo (29).

Sangro, (30) y (31), ha estudiado las causas que modifican el absentismo apreciando la incidencia de los factores salario, sexo, edad, cambios de horarios, reconocimientos previos al ingreso y tutela sanitaria en la fábrica. También es-

- - - - -

(29). Bermejillo. Consideraciones sobre la actual medicina del Trabajo. Nº 2. 1966. Ministerio del Trabajo (Madrid)

(30). Sangro, P. Causas que modifican el absentismo. XIV Congreso Internacional de Medicina del Trabajo. Madrid. Septiembre 1963.

(31). Sangro, P. Modificaciones de los índices de patología por los cambios en el horario de Trabajo. VII Jornada Francesa de Medicina del Trabajo. Septiembre 1962. Paris.

te mismo autor, (32) y (33), ha estudiado el absentismo femenino comparándolo con el masculino y encuentra una proporción del índice de frecuencia del 3,8 al 1. En cuanto a la variable fatiga, clasifica los factores que intervienen en el accidente a efectos didácticos en: factores agresivos de la ciudad y la gran ciudad, factores agresivos propios del trabajo industrial, factores agresivos del grupo y del medio.

Los factores femeninos en el trabajo, también han sido estudiados por Alted (34) y De Ochoa (35). Alted en una fábrica que predomina el personal femenino (470 obreras) estudia la relación entre la fase del ciclo menstrual y la frecuencia de accidentes de trabajo. Se entiende por accidente todo el -

 (32). Sangro, P. Estudios sobre absentismo femenino. Comunicación presentada a las II Jornadas Internacional de Medicina del Trabajo. Barcelona. Mayo 1962.

(33). Sangro, P. Fatiga Industrial y accidentes de Trabajo. Conferencia pronunciada en la Comisión de Seguridad del Sindicato Nacional de Industrias Químicas, el 5 Noviembre de 1968.

(34). Alted, E. Influencia de la tensión premenstrual en la frecuencia de los Accidentes de Trabajo. XIV Congreso Internacional de Medicina del Trabajo. Madrid Septiembre. 1963.

(35). De Ochoa, A. Dismenorrea y Medicina laboral. XIV Congreso Internacional de Medicina del Trabajo. Madrid. Septiembre de 1963.

que necesita al menos, una cura de botiquín, aunque no precise la baja en el trabajo. Observa una mayor predisposición al accidente en los días que anteceden al comienzo de la menstruación, para luego disminuir gradualmente a medida que se aleja el ciclo y antes de comenzar el próximo.

De Ochoa además de la pérdida notable de horas de trabajo durante el mes, señaladas por Alted, encuentra una disminución de la calidad de este trabajo, en las que no se ausentan por este motivo.

Para este estudio eligieron un número determinado de obreras, de una de las fábricas de la Empresa, haciendo las estadísticas pertinentes y comparando las horas perdidas por ésta durante un mes de control con los cuatro meses siguientes.

Estas obreras, fueron tratadas por el servicio médico que él dirige. Del estudio comparativo comprobaron que con una medicación apropiada se pueden soslayar la serie de perjuicios que lleva aparejado y además consiguieron eliminar el que un número reducido de trabajadoras que simulaban ese padecimiento, no interrumpieran su labor amparadas por las otras.

Malboysson (36), (37) y (38), que ha dedicado toda su vida profesional a la Medicina del Trabajo y que su propia tesis doctoral se realizó en este mismo campo, estudiando con detalles los requisitos establecidos para asignar a los incapacitados un trabajo bueno para su salud y seguridad. Estudia también exhaustivamente todos los problemas -- que hacen referencia a los jóvenes en el trabajo. Especialmente las características de la siniestralidad por este motivo.

- - - - -

- (36). Malboysson Correcher, E. Valor de los reconocimientos médicos en la prevención de riesgos profesionales. Tesis doctoral. APA. San Sebastian. 1964.
- (37). Malboysson Correcher, E. Problema de la integración del minusválido vista por el Médico de Empresa. Revista de Medicina y Seguridad del Trabajo. Número 74. -- Abril-Junio 1971.
- (38). Malboysson Correcher, E. y otros.- El trabajo de los jóvenes. Revista de Medicina y Seguridad del Trabajo. Número 76. Octubre Diciembre 1971.

La predisposición a los accidentes ha sido estudiada entre nosotros por Vidal y Bonell (39) recogiendo todos los casos de accidentes de repetición ocurridos a los productores de su empresa y estudiando los factores somáticos que estima ha sido la causa de la repetición del accidente.

Gutiérrez de Alles ha estudiado (40) (41) en repetidas ocasiones la organización, control y prevención de los accidentes a través de la incorporación de una ficha de normalización para la profesología. Adecuando los índices de accidentabilidad y las enfermedades a los factores humanos.

- - - - -

(39). Vidal Talens, F. Y Bonell Sendra.- Predisposición a los accidentes. XIV Congreso Internacional de Medicina del Trabajo. Madrid. Septiembre de 1.963.

(40). Gutiérrez de Alles, J.L. Estudios profesiológicos. Normalización de puestos de trabajo. Expediente normalizado de requerimientos de aptitud profesional. Rev. de Med. y Seg. del Trabajo. Nº 43. Julio-Septiembre 1.963.

(41). Gutiérrez de Alles, J.L. La prevención de accidentes y enfermedades profesionales por la adecuación técnica de factores humanos. Revista de Medicina y Seguridad del Trabajo. Nº 62 y 63. Abril-Septiembre 1.968.

Las características de los accidentes en los distintos sectores económicos han sido estudiados por diversos autores (42), así para Grande Covian es importante la correlación de los accidentes y enfermedades más frecuentes en las minas de carbón de Asturias.

Núñez Salas (43) estudia entre los obreros de factorías la incidencia del absentismo producido en los talleres y los compara con los que se producen in itinere encontrando correlación entre ambos.

De lo estudiado hasta aquí, podemos colegir que los accidentes de trabajo, han interesado e interesa investigarlos. La discusión sobre cada una de estas teorías, está abierta. Existen partidarios y detractores en cada una de las parcelas.

Lo que no admite ninguna duda, es de que se trata de un problema sin resolver. Problema que no es unicausal, sino poli causal. Y que a las múltiples causas existentes, habrá de añadirsele otras nuevas. Por qué como afirma Friedman (44), el -

(42). Grande Covian, F. Accidentes y enfermedades profesionales más frecuentes en las minas de carbón de las cuencas asturianas. Revista de Medicina y Seguridad del Trabajo. Nº 72. Octubre-Diciembre 1.970.

(43). Núñez Salas. Accidentes de Trabajo. Indices, absentismo. Rev. de Medicina y Seg. del Trabajo. Nº 48. Octubre-Diciembre 1.964.

(44). Georges Friedman. Problemas humanos del maquinismo industrial. Editorial Sudamericana. Buenos Aires. 1.956.

mundo laboral está en constante cambio, la técnica varía y los factores que afectan al hombre, están influenciados por una serie de tensiones y conflictos que de día en día son diferentes. C, como dice Sangro (45), entre nosotros, referido a la Empresa: "hoy se tiene plena conciencia de que las organizaciones - bullen, se modifican, se transforman, se adaptan: en una palabra "vive". La ciencia humana de la Empresa es hoy, casi exclusivamente, la ciencia del cambio. La Empresa que no evoluciona, que no vive, se degenera y muere".

Tres grupos de causas, podemos distinguir entre todos los aspectos mencionados: Las que se refieren al sujeto, las que se refieren a la Empresa y su ambiente, y, las producidas por el Mundo exterior. En cada una de ellas, se diferencia un fenómeno repetido y que actúa como denominador común: la inadaptación - fenómeno que ya ha sido señalado por Bermejillo (46) entre otros autores.

- - - - -

(45). Sangro y de Torres. Historia conceptual de los estudios de Trabajo. Revista de Medicina de Empresa. Volumen VIII, Nº 1. Marzo 1.972. Nº 29.

(46). Bermejillo Martínez, Manuel. Consideraciones sobre la actual medicina del Trabajo. Revista de Trabajo, Nº 2. -- 1.966. Ministerio del Trabajo. Madrid.

Por inadaptación, queremos entender, en el decir de Delay y Pichot (47), un estado de conflicto a que está sometido el individuo difícil de soportar durante mucho tiempo.

El adaptado, no se siente indebidamente afectado por los conflictos con que se enfrenta. Ataca sus problemas de una manera realista; acepta lo inevitable; comprende y admite sus propias deficiencias y las de aquéllos con quienes tiene que tratar.

Por el contrario, el inadaptado, se siente indebidamente afligido por los conflictos. Con frecuencia, procura resolver sus problemas, negando la realidad o tiende a acudir a otras personas en materias que no admiten ayudas o a apartarse de los demás de forma que hace imposible una solución mutuamente satisfactoria (48).

La inadaptación se presenta con una serie de síntomas patológicos que la definen: productividad, frente a improduc-

(47). Delay, J. y Pichot, P. Manual de Psicología. Editorial Toray Masson, 2ª Edic. Barcelona. 1.969.

(48). Hilgard, Ernest R. Introducción a, la Psicología. Edito. Morata. Madrid. 1.966.

tividad, gusto frente a desgana; fatiga y deseo de evitar el esfuerzo, falta de motivación para seguir viviendo; etc.

Las formas de presentarse esta inadaptación es muy va-
riada. Unas veces aparece en formas extremas y otras subclí-
nicamente; a veces es simple y otras mixta. En un estudio reali-
 zado por nosotros (49), sobre delincuentes juveniles y anali-
 zando además de la inadaptación social comúnmente citada, he-
 mos encontrado una inadaptación profesional concomitante. La
 experiencia laboral de estos jóvenes, estaba salpicada de múl-
 tiples accidentes de trabajo y otros síntomas que se refieren
 a la esfera profesional tales como: el entrar a trabajar an-
 tes de la edad legal, falta de formación previa, alejamiento
 de la familia, etc., que reflejaban esta inadaptación en uno
 de los círculos más importantes para el individuo como es el
 equilibrio laboral.

Nuestra experiencia, como médico de Empresa, durante bas-
tantes años, nos ha llevado a confirmar que los problemas in-
 ternos y externos del individuo condicionan efectivamente la
 productividad laboral. Pero siempre de una forma ambivalente
 que convendría aclarar. Ignoramos si positiva o negativamente.
 Ni tampoco la expresión cuantitativa. Pero expresiones de re-
 sistencia a causar baja en el trabajo por accidente en opera-
 - - - - -

(49). Campo Urbano, J. del. Delincuencia juvenil, la primera
 experiencia laboral. Revista de Medicina y Seguridad del
 Trabajo. Tomo XX. Nº 78. Abril-Junio 1972

rios con familia numerosa son frecuentes. Alegan que con la disminución del salario, por estar dado de baja, les es imposible subsistir por lo que aunque sea lesionado, continuarán trabajando.

En sentido contrario, también hemos vivido algunas experiencias. Se dá el caso de sujetos que desean lesionarse ligeramente o simular la lesión para hacer otro trabajo eventual que les está esperando y que aumentaría sus ingresos -- que le son imprescindibles para el sostenimiento del hogar.

Cualquier tipo de tensiones y conflictos en las distintas áreas de las relaciones humanas, engendran numerosas visitas al botiquín con peticiones de baja.

No es frecuente observar entre los obreros las formas extremas de personalidades psicopáticas, por qué como es obvio, son enviados al lugar adecuado para su tratamiento. Sin embargo, asistimos en ocasiones a fenómenos de nerviosismo exacerbado que pueden conducir al fracaso laboral.

Sea como fuere, todos los problemas que se relacionan con el accidente y los factores humanos intervinientes, son de suficiente entidad como para afrontarlos con un planteamiento científico. Se siente la necesidad de poseer estudios realizados en nuestro propio país. Además de la posesión de un instrumento idóneo para medir las posibilidades que tiene el sujeto de fracasar en el ambiente de trabajo en el que se va a mover.

1.2. Sociología y Medicina.

El estudio de los rasgos psicosociales en la génesis, desarrollo y tratamiento de los procesos patológicos, ha permanecido durante bastante tiempo implícito y carente de una sistemática.

Diversas razones han impedido el enriquecimiento de los lazos sociales de la medicina, contentándose con localizar la enfermedad en una causa exclusiva o una entidad que pudiera constituir una causa final.

De otro lado, ha influido también el escaso desarrollo anterior de la Ciencia Social. Sin embargo, el desarrollo de las Ciencias de la conducta y de la Antropología cultural, - sucedido últimamente, ha influido en que los factores sociales adquieran un mayor brillo en la Ciencia médica. Y la Medicina, como dicen los profesores de la Universidad de Manchester, Susser y Watson (50), ha llegado a reconocer que muchas enfermedades no son calamidades naturales que se producen casualmente, sino daños infligidos a las personas por la naturaleza de sus ocupaciones cotidianas y sus habituales modos de vida. Ahora está ya perfectamente establecido que al-

(50). Susser y Watson. Medicina y Sociología. Editorial Atlante. Madrid. 1967. Para la redacción de este capítulo, nos hemos servido de una serie de obras que sirven de ampliación a cada uno de los temas que analizamos, y cuyos autores son: Coe, Rodney M. Sociología de la Medi -

gunas enfermedades están asociadas a ocupaciones específicas, como la silicosis a la minería.

De esta conexión, surge la Sociología Médica, cuyo crecimiento y empuje en algunos países es ya muy importante. Y a este desarrollo contribuirá mucho más en un futuro próximo, la evidencia del número de hombres que se preparan y las investigaciones que se van aportando al acervo común.

Pero esta colaboración, se hará mucho más profunda si - junto a las presiones internas procedentes de la misma y distintas disciplinas (Tales como las investigaciones de los elementos sociales en las enfermedades crónicas o los estudios - en cuanto a la conducta), se añaden potentes presiones externas de una sociedad que exige una distribución más equitativa de

- - - - -

cina. Edit. Alianza Editorial Madrid. 1973. WRIGLEY, E. Historia de la Población. Introducción a la demografía - histórica. Edit. Guadarrama. Madrid. 1969. FREEMAN, Howard E. SOL LEVINE, and LEO G. REEDER. Handbook of Medical Sociology. Englewood Cliffs. N.J. Prentice Hall. 1963 BASTIDE, Roger. Sociología de las enfermedades mentales. Edit. Siglo XXI. México. 1967. WILSON, Rober N. The Sociology of Health: An Introduction. . Edit. Random House New York. 1970. YUSTE GRIJALBA, F.J. Siquiatria y Sociedad. Edit. Pulso Editorial. Barcelona. 1971. SIMMONS, Leo Social Science in Medicine. Russell Sage Foundation. 1954 Nueva York.

las unidades sanitarias. Reclamando una nueva organización - de los procesos de convalecencia y un entendimiento social - de las etiologías.

La interacción entre la Medicina y las Ciencias Sociales, incluye una cadena diversa de tópicos, desde la organización hospitalaria, a los roles terapéuticos en la influencia del stress psicológico sobre los pacientes.

Los estudios realizados hasta ahora, podemos incluirlos dentro de dos grandes apartados, según observemos desde el -- punto de vista social a la medicina desde fuera, es decir, investigándola conjuntamente, o lo hagamos desde dentro, es decir, viendo los problemas sociales que en ella se plantean.

En esta exposición que entre la relación de las Cien -- cias Sociales y la Medicina queremos hacer aquí, vamos a llamar Sociología de la Medicina a lo primero y Sociología en la Medicina, a lo segundo.

En sus primeros estadios, la Sociología médica, se centró principalmente en la primera categoría. Así, se examinó - la relación entre las profesiones, las instituciones sanitarias, la estructura social del Hospital, etc., Bastante abandonado ha estado el uso de la metodología social en la segunda categoría.

En el trascurso de este trabajo, queremos hacer notar -

la amplitud de la necesaria articulación de la Ciencia Médica con las Ciencias Sociales. La Medicina será así más claramente y más autoconscientemente parte de la Sociedad como ja más lo ha sido antes. La Sociedad circundante, a su vez, será más capaz de dirigir su atención desde la supervivencia - y subsistencia hasta el cultivo de las posibilidades humanas, en la que se incluyen la posibilidad de una existencia saludable y realizada.

1.2.1. Sociología de la Medicina.

La Sociología de la Medicina, estudia el mundo médico - como un objeto de interés científico dentro de otro cosmos -- más amplio. Intenta aclarar una serie de tópicos que van impli- citos en la práctica profesional médica. Su principal objeti- vo es de comprensión más que de acción sobre esta parcela de - la sociedad que constituye una unidad dentro de un todo. La - configuración y la estructuración del problema que se va a es- tudiar, deriva específicamente de una perspectiva sociológica más que de un planteamiento médico. Todas las instituciones -- son consideradas con la misma medida que cualquier sector de - la actividad económica. Los elementos humanos que lo integran, son estudiados a partir de sus interacciones profesionales.

Desde esta perspectiva se desestiman todos los proble -- más que inciden propiamente sobre la salud. Al igual que los - aspectos que hacen referencia a diagnóstico, prevención y tra- tamiento.

Los aspectos que creemos de más interés y mejor estudia- dos hasta el momento, podemos agruparlos en los siguientes --- apartados. (51).

- - - - -

(51). Estos apartados han sido designados de acuerdo con la bi bliografía que hemos utilizado para su realización y cu- yos títulos más significativos son: READ, Margaret. Cultu ra, salud y enfermedad. Edit. Centro Editor de América --

A.- Salud, enfermedad y Sociedad.

B.- Grupo social primario en Medicina.

C.- Las profesiones sanitarias.

D.- Las Instituciones médicas.

E.- La Comunidad.

Bajo estos epígrafes, iremos estudiando en las páginas que siguen, los distintos aspectos de esta parte de la Sociología médica

- - - - -

Latina. Buenos Aires. 1968. LOPEZ IBOR, J.J. Lecciones de Psicología Médica. Volumen II. Editorial Paz Montalvo. Madrid. 1968 (especialmente la lección XXV.- Normal y anormal. Salud y enfermedad). HATZFELD, Henri. - La Crisis de la medicina liberal. Ediciones Ariel. Barcelona. 1965. LAIN, P. La relación médico enfermo. -- COE, Rodney M. Sociología de la Medicina. CAMPO URBANO, Salustiano del. Problemas de la profesión médica española. (Informe preliminar). Editado por la Comisión Nacional española del Instituto Internacional de estudios de clases medias. Madrid. 1964.

a). Salud, enfermedad y sociedad.

Tradicionalmente se ha mantenido una visión tosca definiendo la salud como una ausencia de síntomas. Por lo tanto, la salud viene a ser una categoría residual, es decir, el opuesto a enfermedad. Aunque útil, tal definición no es correcta porque excluye de la categoría de enfermedad, los trastornos latentes no notados por el sujeto e inapreciables por el observador.

Pero además en esta definición se olvidan los factores psicológico y social que son complementados al buen funcionamiento orgánico y físico del individuo. La noción de salud y enfermedad, son estructuras dinámicas cambiantes con el tiempo y las circunstancias sociales, por lo que el enjuiciamiento de la salud, debe hacerse muchas veces conforme se desenvuelve el transcurso de la vida. Por tanto, las evaluaciones de la salud, son relativas, basadas generalmente en una serie de percepciones y observaciones más bien que en un estándar unitario de medida. En realidad, los juicios acerca de la salud están enlazadas totalmente con la estructura social y afectan tanto a una visión individual como a un entendimiento comunitario nacional. Puede decirse que un nivel tolerado de salud en 1900 puede no serlo en 1974, puede decirse, por tanto que los conceptos de salud y enfermedad están ampliamente impregnados del factor social. Diferentes sociedades y diversos subsectores de una sociedad aislada pueden mantener ideas muy diferentes acerca de lo que constituye salud o enfermedad. En parte, estas variadas definiciones se apoyan en una cadena de concepciones sobre la causa, es decir que la enfermedad o el bienestar --

vienen a estar ligados a la evidencia de considerar al individuo expuesto a algún agente crítico.

De otro lado, la educación tiende a hacer más estricta la definición de salud y hace decrecer la tolerancia hacia la enfermedad. Los miembros de los estratos más altos del sistema social de clases, parecen vincularse a un nivel de conciencia acerca de las posibilidades de salud que hacen fomentar un concepto de bienestar.

Las fuentes de esta condición consciente y sabedora son: 1ª) una información diáfana y 2ª) el hábito de dominio de la gente de educación y rango ocupacional altos habitualmente traen a los inconvenientes de la vida. Es decir, que los individuos de las clases media y alta, conocen más, acerca del significado de los síntomas y del arsenal de tratamientos.

De cualquier grupo de población, son quienes más íntimamente conocen el lenguaje médico. Al reconocer un problema de salud, están más dispuestos que otros a definirse a sí mismos como pacientes, buscando ayuda, esforzándose en sobreponerse a la enfermedad en total colaboración con el profesional.

El concepto de salud como eficacia funcional, empieza a responder a la pregunta: ¿Salud, para qué?. La salud de un ama de casa es presumiblemente bastante diferente en muchos aspectos a la salud de una actriz, lo que normalmente es sa-

ludable en un atleta, puede ser un funcionamiento desaconsejable para un oficinista de mediana edad. Si salud normal -- consiste en la habilidad de llevar a cabo adecuadamente los principales roles sociales del individuo, en especial el familiar y ocupacional, entonces los criterios de salud, variarán al igual que los derechos y obligaciones que forman la sustencia de los roles. Si la capacidad en la conducta del rol se acepta como un criterio primario de salud, entonces el proceso de definición es más un proceso social. Y al ensanchar las perspectivas del individuo a la red de relaciones con otros, podemos estar forzados a considerar el concepto de salud, como salud social o bienestar del grupo.

Pasamos de este modo a un concepto verdaderamente importante en la ciencia social, como es el concepto de salud de una población que interesa socialmente a nivel nacional. Este concepto puede describirse en términos de porcentajes de enfermedad. En este caso, la salud del grupo, es simplemente la acumulación o suma de todos los estados individuales de salud que componen los que forman parte del grupo.

Considerando así la enfermedad como una incapacidad funcional, especialmente en la conducta del rol social y la salud como capacidad, nos dirigimos directamente al problema de la salud positiva. Y así llegamos a la conclusión de que la salud no puede ser considerada como una mera ausencia de los síntomas convencionales de la enfermedad. Este es el Nox

te que ha marcado la Organización Mundial de la Salud al de
finir la salud como el bienestar total, físico, mental u so
cial del individuo.

b). Grupo social primario en Medicina.

Las relaciones sociales en la Medicina se inicia con la aparición del grupo elemental médico-enfermo en una relación cara a cara. Porqué aunque el trato médico no se circunscribe exclusivamente a esta relación, sino que también se enfoca de una forma muy importante hacia la tecnología de la Medicina, este primer contacto entre médico y enfermo, será imposible - que desaparezca a pesar de toda la moderna medicina llena de maquinaria técnica y procesos electrónicos. El punto más importante de las relaciones entre el Médico y el enfermo ha sido, es y será el contacto directo. Estas relaciones han de analizarse por tanto conociendo la estructura de los roles -- sociales de las aptitudes y de las actividades de las dos partes que intervienen en la situación. Entre ambas partes se -- centra el punto nodal de la cuestión que es la actividad de -- salud. Ambos, médico y paciente, tienen un rol y un status -- perfectamente preestablecido y que intentaremos ir desmenuzando en este modesto estudio.

Conozcamos pues a través de estas líneas los factores -- sociales más elementales que intervienen en este grupo elemental. Así trataremos del rol y status, la comunicación, las diferencias culturales, el lugar de la relación y las variaciones que pueden surgir en las relaciones entre ambos protagonistas.

Los roles del médico y el enfermo deben ser mutuamente comprendidos. Pero esto no significa que uno y otro sean iguales en sus relaciones. El agente que ayuda, debe poseer una -

especie de palanca para inducir al que es ayudado. Este dominio se ejerce a través del prestigio profesional, la situación autoritaria de uno y la dependencia de otro.

Pero aunque el prestigio de los profesionales de la Medicina, suele ser elevado en las sociedades industriales, no es esta elevación la que se manifiesta en las relaciones terapéuticas, sino más bien la cualificación técnica del médico que el confiere el saber lo que el paciente necesita.

El paciente, por otro lado, mantiene en estas relaciones una postura pasiva y dependiente. Esto es debido a una serie de circunstancias tales, como el encontrarse fuera de su lugar habitual, el saber que el médico puede poseer la solución de sus problemas y el encontrarse necesitado e ignorante ante su futuro. Las relaciones terapéuticas están caracterizadas por tanto, en una estructura de desequilibrio en cuanto a poder, interés y destreza técnica. Durante estas relaciones, el médico mantiene su rol y status habitual mientras que el paciente lo ha perdido transitoriamente y la recuperación o devolución a la sociedad depende exclusivamente del médico.

A cada paso que la Medicina amplía sus fines y mejora su distribución, se hace sentir más la necesidad de una mejor comunicación entre los intérpretes.

Si el profesional de la salud y el paciente difieren en la materia, conocimiento y técnica, este clásico desequilibrio

puede exagerarse por otros motivos. Sobre todo por el abismo existente en el vocabulario técnico y la estructura conceptual a través de los cuales el panorama entre ambos tiende a alejarse más según se diferencia la clase social entre ambos.

Existe evidencia de que los individuos de los estratos socioeconómicos más bajos, no solamente tienen mayores oportunidades de contraer la mayoría de las enfermedades, sino que también estamos por asegurar que reciben el cuidado médico menos adecuado. E insistimos que en la mayor parte de las ocasiones no se trata solamente de una cuestión de vocabulario técnico, sino que se trata de un problema conceptual en cuanto a las relaciones entre dos individuos y a la visión del entorno.

Cuando se trata de curar a grupos o grandes poblaciones como es el caso especial de la Medicina de Empresa, las diferencias culturales entre el Médico y el grupo cultural, pueden ser un muro infranqueable para la eficacia del tratamiento, un éxito terapéutico en estos casos es necesario que el médico conozca ambas culturas y sea consciente de la influencia de este factor en las relaciones con los subgrupos. Puede incluso existir una alta probabilidad de satisfacción si se tiene la buena voluntad de modificar conceptos elevados de sus propios conocimientos médicos para que se ajusten a las esperanzas de información del contrario.

Otro de los factores importantes para que las relacio -

nes entre ambos, para que la lococomunicación logre sus fines, es el lugar donde se lleva a cabo el proceso terapéutico. Uno es el tradicionalmente usado y que podemos considerar como prototipo y es, la consulta del Médico, y otro, es el que día a día va introduciéndose con fuerza en la Medicina actual, se trata del Centro Asistencial.

Entre ambos ambientes de trabajo existen importantes diferencias. En el Hospital existe mucha más gente implicada en el tratamiento. La organización es a veces una ayuda y otros una rémora para la actuación médica. Existe personal no médico que mantiene un contacto muy importante y --- autoritario con el enfermo. Para el Médico le es imposible controlar a todas las personas que atienden al enfermo, tales como enfermeros, camareras, etc., y que por el hecho de estar situadas en el Hospital, ejercen influencia de prestigio sobre el enfermo.

Pero la Sociología Médica está atenta al cambio que se va produciendo en las relaciones Médico-Enfermo. En breve, es posible que estas relaciones no estén limitadas al despacho del Médico o a una habitación hospitalaria. Y si cambia el escenario de estas relaciones, también cambiarán ellas. Y la actuación del Médico exigirá nuevas formas en la convivencia. Estos problemas ya se están viviendo en muchos casos en los que el Médico ha de tratar a colectividades no siempre enfermas, tales como Escuelas, Empresas, etc., y en las que el rol y status del sanitario va adquiriendo otras -

valoraciones.

Este cambio afectará sin duda a todas las orientaciones terapéuticas existentes. Por qué hasta las mismas situaciones en las que tendrá que actuar el Médico, es posible que cambien. Las relaciones Médico-paciente, serán muy diferentes cuando el paciente sea toda una población y cuando lo que se trata de curar, no es simplemente una enfermedad. Citemos el caso especial de la contaminación de las aguas - de la contaminación atmosférica, de la contaminación de los alimentos, de los hábitos y costumbres que afectan a la salud, tales como la droga, el fumar o el alcoholismo. Para estas aplicaciones, es necesario más amplio conocimiento de la estructura social, porqué las relaciones personales no existen y el cambio de la conducta individual y colectiva, necesita de otros tratamientos.

c). Las profesiones sanitarias.

La medicina es uno de los campos mas importantes de las actividades de la sociedad. En términos económicos, podríamos decir que es una de las principales industrias. Y hablando en una estructura más general de valores, la salud es considerada como un derecho que ha de ser propiedad de todo ciudadano. Como es obvio, unas características de esta índole en una profesión conlleva a que los participantes en ella sean considerados como personajes importantes, Así la Medicina se encuentra considerada ante la opinión pública de todos los países en la pirámide de todas las profesiones.

De aquí que los estudios realizados sobre las profesiones sanitarias sean muy numerosos. Dentro de la escasa bibliografía sobre Sociología Médica existente en nuestro país, contamos con el estudio de Salustiano del Campo referido a Problemas de la Profesión Médica española. En esta encuesta realizada a Médicos de Barcelona, se analiza con una metodología científica, los problemas que tiene planteada la profesión médica en nuestro país. La encuesta está realizada en 1964 y las conclusiones a que llega son las que siguen:

A). En cuanto a las características generales de la --
profesión:

1. Se estima que en España hay suficientes médicos para las necesidades de la población; pero que están mal distribuidas tanto por zonas geográficas cuanto por especializaciones.

2. Se postula que los ingresos y el tipo de práctica médica varían con el tamaño del lugar del ejercicio.

3. La imagen ideal del profesional de la Medicina sigue siendo la del médico de cabecera o general, mientras que las condiciones estructurales objetivas le exigen un alto grado de especialización. Ambos factores confluyen en la creación de lo que denominamos dilema de la especialización.

B). En cuanto al Seguro Obligatorio de Enfermedad.

1. La pertenencia al Seguro Obligatorio de Enfermedad no es objeto de valoración igual para todos los médicos de nuestra muestra.

2. Se cree que la financiación de la sanidad nacional es deber del Estado moderno, y el modo más conveniente de realizarla, un impuesto general.

3. Se reconocen abusos en las prestaciones farmacéuticas del Seguro.

4. Excepto las creadas por la estructuración y organización actuales del Seguro Obligatorio de Enfermedad, no hay otras diferencias considerables en la práctica médica en sí, dentro y fuera de él.

5. Los defectos del Seguro Obligatorio de Enfermedad no son imputables a los médicos, que los sufren y son víctimas de ellos, sino a defectos organizativos.

6. En consecuencia, estrictamente hablando, el problema del Seguro Obligatorio de Enfermedad -- como tantos otros problemas españoles -- es fundamentalmente de organización.

Estudios como este, son imprescindibles si se quiere llevar a cabo una eficaz política sanitaria a nivel nacional.

Existen una serie de problemas que convendría estudiar dentro de la profesionalidad sanitaria y que hace referencia a los distintos puestos que ocupa el personal. Además la Ciencia cada día se hace más interdisciplinaria y las relaciones con otros profesionales, es imprescindible, de aquí que estas relaciones convengan que sean ordenadas a través del estudio de los distintos profesionales.

Pero todavía mas, las profesiones van cambiando, y la Medicina no es ajena al cambio. El Médico de cabecera se ignora si cambiará su imagen, desaparecerá o aparecerá con más

fuerza en el futuro. El grupo profesional o el equipo profesional está desplazando el modelo de Médico especialista o consultor.

Existen además otra serie de estereotipos dentro de la profesión que convendría fueran analizados ante la opinión pública. Tal es el caso del mantenimiento por parte del Médico del secreto profesional o de las orientaciones que desea la población en cuanto al control de la natalidad.

d). Las Instituciones Médicas.

Como todas las organizaciones que producen servicio, las instituciones médicas exhiben los rasgos de creciente complejidad y racionalidad. La complejidad procede del gran avance de los conocimientos y técnicas médicas que producen una ramificación del trabajo. Además están sujetas a múltiples exigencias lo que por definición las hace variadas en sus características. De otro lado, la racionalización viene de el control y planificación que es necesario en una organización tan compleja. Pero si tienen estas características estructurales parecidas a otra serie de instituciones, existen otros rasgos particulares que complican su actividad. - El Hospital moderno, es cada día más un Hotel, una Escuela, un Centro de Asistencia social, etc.,

Existen múltiples tipos de instituciones médicas: el Hospital, la Clínica mental, los Ambulatorios, los Centros de rehabilitación y otros. Pero el Hospital puede ser considerado como la forma más típica de Centro Médico. En él podemos ver representados la mayoría de las características - esenciales que posee la organización humana de la Medicina.

Los Hospitales tienen una larga historia como centro de reunión de los enfermos, pero muy breve todavía en cuanto a tratamiento efectivo del enfermo. Hasta los comienzos del siglo XX, el Hospital era primordialmente una organiza-

ción de caridad, que proveía un lugar donde el viejo, el pobre o el sin hogar, podría morir con un mínimo de dignidad. El ir al Hospital, era considerado como una rendición ante la vida. Los poderosos económicamente, eran cuidados en su domicilio, y esquivaban al Hospital por todos los medios. Solo cuando la Medicina moderna ha ido desarrollando su amplia capacidad en nuestra época con la incorporación de los antisépticos, los conocimientos diagnósticos y quirúrgicos, es cuando el Hospital, empieza a ser visto como una solución. Y es últimamente, cuando hasta el propio médico, cambia su propia consulta privada por el trabajo en un Centro hospitalario.

La Clínica mental, no ha recibido todavía en nuestro país la extensión que se merece. Tal vez se consigan estas mejoras cuando la Seguridad Social extienda su manto sobre esta rama de la Medicina. Las Clínicas mentales siguen adoleciendo aún de una serie de características que las hace indeseable para un buen tratamiento del enfermo mental.

Los atributos generales del Hospital mental, son bien conocidos, aislamiento geográfico de la comunidad de los sanos, superpoblación y bajos presupuestos, una vigilancia más que un esfuerzo serio por tratar la enfermedad, una atmósfera de encarcelamiento acompañada a veces de castigo y, una derogación de los derechos básicos civiles y humanos del pa-

ciente.

Afortunadamente, estas ideas y hechos que aún se conservan en algunos centros, están cambiando especialmente en las Clínicas privadas. Cada día más se intenta reconocer en la persona mentalmente enferma a un ser humano que posee el derecho a la dignidad y la necesidad de que se le cuide para hacerle volver a la normalidad.

Estas ideas vienen acompañadas por los avances que está experimentando la terapéutica.

Los ambulatorios, poseen unas características especiales que les diferencian completamente de los Centros antes mencionados. El enfermo no vive allí, solo acude a él a recibir el tratamiento. Pero las visitas que hace a este Centro, son muy frecuentes. Y le hacen tomar en este ambiente una relación parecida a la que poseía anteriormente con la consulta de su Médico de cabecera. La necesidad de organizar y reestructurar estos Centros es imperiosa. La medicina que allí se realiza no es ni del agrado del médico ni del paciente. Ninguno de los dos están satisfechos con la institución a la que están relacionados. La Medicina que allí se realiza carece del calor que anteriormente poseía y no está dotada aún de los adelantos que la moderna Medicina posee.

Los Centros de rehabilitación, aparte de su actuación sobre las lesiones orgánicas, tiene las características pecu

liares de Centros muy especializados de educación. Puede -- considerárseles como verdaderos Centros de enseñanza. Las - relaciones entre Médico y paciente, no van encaminadas simplemente a rehabilitar los órganos cuya función ha disminuído o desaparecido, sino que, deben ir encaminados a buscar la etiológica o fracaso que produjo aquella lesión, además de rehabilitar y mejorar al enfermo para las funciones que antes hacia. En muchos casos, se trata de algo más que esto, es necesario orientar y educar al enfermo hacia nuevas profesiones con el entendimiento de que en esta nueva faceta no - se produzca el fracaso anteriormente mencionado.

Para todas estas instituciones, existen una serie de - problemas comunes que deben ser analizados y resueltos. Se - tratan de problemas que exigen una análisis social de ellos. Unos hacen referencia al número de camas por habitantes, -- otros a la distribución geográfica de estos Centros, otros - al movimiento de enfermos que se producen en las distintas - ramas de la Medicina, y otros muchos que sería innecesario - citar aquí.

De otro lado, las relaciones que existen entre el Hospital y la Comunidad, no son siempre, todo lo abiertas que - debieran ser. Especialmente en lo que hace referencia al Hospital mental, existen unas barreras hasta hoy día infranqueables. Unas veces por mala estructuración del propio hospital y en otras ocasiones por mala receptividad por parte de la -

sociedad circundante. A agravar este problema, han venido -
la masificación en los Centros hospitalarios. Con un carác-
ter gigantesco que hacen imposible un mejor nivel de rela -
ciones humanas.

e). La Comunidad.

Los procesos de salud y enfermedad, se ven probablemente de una forma más clara estudiando la estructura del grupo de población, es decir, la Comunidad.

Existen muchas razones para escoger a la Comunidad como foco de análisis , Existen dos principales, uno que nos conduce hacia las causas que producen las enfermedades y otro, - que se refiere a las metas en cuanto a la prevención y curación.

La naturaleza múltiple de la causa de muchos procesos - así como, la predisposición del terreno para que allí se asienten las enfermedades, hace necesario el estudio de las actividades del hombre. Cada día mas son factores predisponentes de enfermedades, el lugar donde vive, la familia, la escuela, el trabajo, los lugares de diversión y relaciones humanas y cuya exploración facilita el diagnóstico más exacto.

De otra parte, los servicios sanitarios se van orientando más que hacia el individuo aislado hacia una población considerando su estructura social.

De aquí la necesidad de contemplar de una forma más precisa los rasgos definitorios de lo que entendemos por Comunidad.

Los criterios más extendidos hasta el momento sobre los rasgos que definen a la Comunidad, son los de: densidad de población, interdependencia económica, facilidades de transportes, agrupaciones naturales geográficas, sentimientos de pertenencia o identidad con el grupo, unidad en la autoridad, frecuencia de contacto, etc.

Todos ellos nos presentan a la Comunidad como un sistema de relaciones que se hace específico para cada una de las Comunidades. Y cuyo sistema tiene influencia sobre las otras partes especialmente en lo que se refiere a las necesidades. Constituyéndose así una totalidad completamente enlazada.

Los que estudien la Comunidad han de ser conscientes de estos múltiples lazos entre las áreas locales y nacionales. Problemas como los de las enfermedades cardíacas o mentales, son imposibles de pertenecer aislados en el área de una Comunidad local.

Así, al estudiar la población, es necesario referirse a la interdependencia entre los líderes e instituciones políticos, económicos, sociales, culturales y médicos que rigen las orientaciones del grupo de población. Además la población, ha de ser estudiada a través de la serie de variables que la identifican, tales como edad, sexo, nivel econó-

mico, nivel cultural, etc.

Los trabajos que a este respecto son necesarios realizar, van referidos a las necesidades sanitarias imprescin--
dibles de la Comunidad. Estudios que han de ser comparati -
vos no solo con las distintas naciones, sino también, con -
los conceptos modernos que hemos enunciado en el primer ca-
pítulo sobre Salud y Enfermedad.

Por los trabajos que hemos analizado, realizados en -
nuestro contexto, hemos visto que lo mismo que la población
activa, la renta nacional, y otras variables socioculturales
y socioeconómicas no están bien distribuidas en el territo-
rio nacional, tampoco lo están las prestaciones que se otorg
gan a la población en materia de sanidad. Las sorpresas son
mayúsculas cuando se analiza el número de Centros hospitalaz
rios, el número de camas, la distribución de los médicos y
personal sanitario, etc., en las distintas regiones españo-
las.

Estos conocimientos son imprescindibles si queremos --
contemplar y actuar con eficacia los problemas sanitarios --
que tiene planteado la estructura comunitaria. Los niveles -
de funcionamiento solicitados por grandes grupos de población
son mucho más dependientes con el estilo total de conducta -
del grupo, que los que están comprendidos en el tratamiento

específico de los casos individuales. Las actuaciones sobre problemas clínicos son a veces sin duda alguna mucho más eficaz si se hacen preventivamente sobre toda la población, y sobre su causa indirecta que, cuando se lleva a cabo sobre el individuo aislado. Este es el caso especial entre otros de las enfermedades venéreas, cuya actuación más amplia es la llevada a cabo sobre los sectores económicos y cultural de las zonas más empobrecidas de los grandes núcleos de población.

En el caso especial de la Medicina de Empresa, podemos ver como existen múltiples actuaciones que nos llevan a un ahorro económico de gran importancia para el país. En numerosos trabajos, ha sido expuesto como las pérdidas de horas y días de trabajo por parte de los operarios disminuyen hasta cifras insignificantes aplicando colectivamente y de una forma preventiva las vacunas antigripales y anticatarrales.

Otro de los grandes problemas que tiene planteado la Sociedad, es el conocer si una población perfectamente dotada sanitariamente, tiene la obligación de tratar a todos sus enfermos en Centros hospitalarios o por el contrario, mejorar los medios para que estas atenciones se realicen de una forma adecuada en los ambulatorios o en la consulta médica.

Existen motivos de tipo económico y dotacional para

impedir que la población siga mentalizándose en que el lugar ideal de tratamiento es el Centro sanitario.

Existen varias razones de peso para poner de manifiesto que el enfermo debe estar integrado en la Comunidad. Consideramos que el tratamiento es más breve y efectivo cuando el paciente se encuentra en el lugar acostumbrado que no, cuando se le arranca de su ambiente y se le encierra en un mundo completamente distinto para él. Excepto en ciertas situaciones críticas, la transición de el Hospital a la casa, puede suponer una importante ruptura con el medio social y afectar secundariamente la propia enfermedad,

Es por lo tanto necesario preconizar que, los primeros tratamientos han de realizarse sin que el sujeto pierda contacto con el medio ambiente que le es familiar: hogar, trabajo, vecinos, etc. La segunda actuación preventiva puede realizarse en los Centros diseñados para una actuación breve en las proximidades geográficas donde el sujeto se desenvuelve y con posibilidades de contacto permanente con las personas que habitualmente le rodean. Solo en un tercer caso extremo, debe ser aislado en el Hospital, pero entendiéndolo como un Centro moderno, donde las actividades del individuo no se anulan, sino que se orientan o encauzan.

1.2.2. Sociología en la Medicina.

Si en la primera parte de este capítulo, nos hemos dedicado a mirar desde el punto de vista psicosocial a la Medicina integrada en la Sociedad, en esta segunda parte, vamos a repasar la metodología social dentro de los problemas de la sanidad, especialmente los que hacen referencia al diagnóstico y prevención. Y dedicaremos uno de los epígrafes a una parte de la medicina muy importante como es la relacionada con el cambio social y los avances científicos que se vislumbran de cara al futuro. Para ello, hemos utilizado una bibliografía variada que interdisciplinariamente aborda los problemas sociales y médicos, pero especialmente los capítulos de los profesores Fernández Cruz y García Santesmases (52), que está en una monografía del Centro de Estudios Sociales del Valle de los Caídos a cuyas sesiones asistimos en su día.

- - - - -

- (52). FERNANDEZ CRUZ, GARCIA SANTESMASES y otros. La Sociedad del año 2000. Editado por el Centro de Estudios Sociales del Valle de los Caídos. Madrid. 1971. SCHEFF, Thomas. El rol de enfermo mental. Edit. Amorrortu. Buenos Aires 1973. CAPLAN. Comunidad, psicología y psicopatología. -- Edit. Jorge Alvarez. Buenos Aires. 1968. SUSSER y WATSON. Medicina y Sociología.

A través de este capítulo, queremos hacer notar como la Medicina implícitamente se ha servido de la Sociología y de - ahora en adelante según avanzan las Ciencias sociales se irá sirviendo bastante más en los problemas de diagnóstico grupales e individuales. Ha interesado e interesa conocer donde y cuando ocurren las enfermedades en los grupos. Si enferman - unos grupos más que otros. Si el individuo sigue las mismas - corrientes para enfermar que el resto de la población.

Los programas de prevención a nivel colectivo, se usan más de día en día. Las empresas, los colegios, toda la sociedad se encuentra en la necesidad de prevenir o tratar ciertos procesos. Conviene anticiparse a las reacciones de los individuos que integran el grupo, ante los distintos programas que se les vá a formular. Y conocer el éxito o el fracaso de las medidas a tomar.

El análisis de los factores sociales y psicológicos, -- son importantes a la hora de analizar la conducta social del hombre en sus relaciones con otras personas y consigo mismo - en todos aquellos problemas que afectan al amplio área de la Medicina.

Los siguientes apartados que vamos a enumerar, constituyen un ejemplo típico de como la Sociología interviene en el análisis de muchos de los problemas que tiene planteado el - diagnóstico, pronóstico y tratamiento de múltiples procesos.

A.- Distribución de la enfermedad.

B.- Epidemiología social.

C.- Cambio social.

Nuestro trabajo incide plenamente en muchos de sus aspectos, en el primer apartado mencionado.

60

A).- Distribución de la Enfermedad.

La salud y la enfermedad se presentan irregularmente - distribuidas en múltiples ocasiones cuando se realizan una - clasificación de la población. Pero esto, no siempre es así, en un importante número de casos, las diferencias individuales son respetadas por la enfermedad. Lo que hace necesario el estudio científico que proporcione datos elementales para la búsqueda de esta causa.

Los procedimientos utilizados se han ido mejorando paulatinamente. Inicialmente fueron la comparación entre casos, para pasar posteriormente, a la comparación entre grupos distintos. Los estudios actuales intentan la creación de modelos comparativos dentro de los grupos de población, cuyos rasgos difieran en algunos aspectos importantes de la totalidad de los habitantes. Y últimamente, los estudios se inician ya - entre las distintas sociedades en el espacio y en el tiempo.

Una posibilidad de comparación surge ya entre la Sociedad campesina o tradicional o la Sociedad moderna o Industrial. Si en la Sociedad campesina, los accidentes más frecuentes estaban motivados por víboras y otros tipos de animales, en la Sociedad industrial, nos encontramos con que estos accidentes los producen las máquinas. Las enfermedades - que se producen, varían también entre las sociedades tradicionales y las industriales. En las primeras, dominan aquellos procesos que dependen especialmente de la higiene y el infecto-contagio, mientras que en la industrial, los procesos, --

41

van referidos especialmente a las enfermedades cardiocirculatorias, tumorales, etc.

El enfrentamiento para el análisis entre las sociedades subdesarrolladas y las desarrolladas o sus sinónimos, -- entre los países pobres y los países ricos, ofrecen una desigual presentación en el acaecimiento de las enfermedades. -- Mientras en las sociedades pobres, predominan aquellos procesos que proceden de la desnutrición, en las sociedades ricas se presentan aquellos procesos que hemos indicado anteriormente para los países industrializados.

Estas variedades entre sociedades, podemos comprobarlas también, si comprobamos la desigual distribución en el tiempo.

A principios de siglo, una de las preocupaciones mayores de la Humanidad, era la mortalidad infantil. Mientras -- que en nuestra época, el problema básico, va referido a la longevidad, a los procesos de tipo crónico y a la gerontología.

Pero si son importantes los contrastes señalados con respecto a los grupos anteriores, las diferencias se hacen notar también en rasgos individuales que facilitan la aparición de distintos procesos patológicos. Veamos a modo de presentación, las características más fácilmente reseñables, co

mo son la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, etc.

La edad que es una de las categorías más simples para clasificar a los grupos de población, está relacionada con diferencias sistemáticas en los porcentajes de salud, y lleva consigo una multitud de indicios para la investigación biológica.

En el estudio sobre accidentes de trabajo que presentamos, uno de los aspectos que se estudian es la influencia de la edad en la accidentabilidad o predisposición individual hacia los accidentes. Son numerosos autores, los que han estudiado la edad, no solo con respecto a los accidentes, sino referido a múltiples procesos patológicos.

La distribución de la enfermedad por edades, nos lleva hacia una serie de cuestiones no solo biológicas sino -- de tipo social y psicológico.

La importancia del sexo es sorprendente desde todos los ángulos, referido a la enfermedad. Las mujeres, están en todas las sociedades, más aventajadas en cuanto a las -- perspectivas de vida. Y pese a que declinan los porcentajes de mortalidad de la población total, este declinar es bastante menor para el hombre, que para la mujer.

Los riesgos sociales que afectan al hombre, son bastante más importantes que los que afectan a la mujer. Si mira -

65

mos los porcentajes de accidentes, no solo de conducir, sino también los de trabajo, vemos como los riesgos para el -- hombre, son mucho mayores que para la mujer. Los deportes, - las actividades exteriores de todo tipo, las ocupaciones pe- ligrosas, son ocupadas especialmente por los hombres, en la sociedad actual. Sin embargo, es curioso consignar que la -- morbilidad es bastante mayor en la mujer que en el hombre, y esto nos hace pensar, que tal vez el estar enfermo y asistir a una consulta médica, sea ligeramente protector para la mu- jer. Las posibilidades de diagnóstico precoz, se realizan an- tes en la mujer que en el varón esforzado que no asiste al - médico.

Muchos trabajos se han hecho eco de la injusta desigual- dad existente ante la muerte, según el nivel socioeconómico - que ocupan las personas. Los perfiles de vida de las ocupa- -- ciones de alto nivel, evitan la mayor mortalidad de los nive- les inferiores. Porque si excluimos de la clase alta la en -- fermedad coronaria, pocos procesos más pueden decirse que se den en mayor porcentaje en esta categoría. Sin embargo, los - accidentes de trabajo, las enfermedades producidas por las in- fluencias ambientales, sustancias tóxicas, enfermedades inver- nales, enfermedades veraniegas, etc., se amontonan en las ocu- paciones menos retribuidas y menos prestigiosas.

Numerosas investigaciones han puesto de manifiesto como

las enfermedades mentales graves se producen con mayor frecuencia en los niveles socioeconómicos más bajos, especialmente la esquizofrenia.

Mayor aún es la importancia del nivel socioeconómico -- si miramos la prevención y tratamiento de los accidentes. -- En el Informe FOESSA, se hace hincapié en la necesidad de estudiar la diferencia de mortalidad entre la población acogida por la Seguridad Social y la acogida por las Clínicas privadas. Nos cabe sospechar, en las pocas estadísticas existentes, que hay diferencias significativas entre ambas.

Se hace necesario, cuando caminamos a pasos agigantados hacia una Medicina eminentemente social y hacia una prevención y tratamiento masificado, el evaluar cada una de estas variables para aplicar las terapéuticas más adecuadas y los programas preventivos que con más eficacia se distribuyan por igual en toda la población.

B). Epidemiología social.

La epidemiología social puede definirse como un esfuerzo para evaluar los estilos de vida de las poblaciones y los riesgos de enfermar a los cuales son vulnerables dichas poblaciones. Cabe preguntarse que existen formas ó modos de vida que amortizan o exacerban ciertos estados de salud y que a través de su estudio podría variarse.

Un episodio psicológico, con por ejemplo, una necesidad de afecto no solo influye en el sistema de la personalidad del individuo sino que lleva consecuencias para su estado somático y su capacidad de continuar con su rol efectivo. Muchos ejemplos podrían citarse al respecto, una crisis económica puede llevar a un estado de depresión o puede producir un ulcus gástrico. Por así decirlo, la salud y la enfermedad proliferan, se mantienen, se cultivan en los sistemas vivientes alimentándose de si mismos.

La epidemiología social busca, por tanto, las causas de la enfermedad, ligando unas causas con otras y aceptando el hecho reconocido de la influencia social sobre la enfermedad. Es así, por lo que la sociedad a través de sus grupos más elementales, tales como la familia, escuela, el barrio, la emigración, etc, pueden influir en los desequilibrios de la salud.

60

Existe una serie de enfermedades mentales y somáticas --cas que se dan con mayor abundancia en los sujetos separados, divorciados, viudos, solteros y todos aquellos que viven alejados del ambiente familiar. Aunque esta observación no ha sido complementada con investigaciones y explicaciones coherentes, parece razonable pensar que los miembros de un grupo familiar son protegidos por los otros miembros para mantener la salud. Los lazos afectivos que unen a unos miembros con otros les lleva a preocuparse y a anticiparse en lo posible, de contraer la enfermedad. Como es obvio este apoyo no se dá en el individuo que vive aislado.

Sin embargo, la familia no es una panacea frente a la enfermedad. Otro hecho familiar que convendría investigar es la capacidad para enfermar toda una familia con un mismo proceso. Dejando de lado las enfermedades infecto-contagiosas, que, lógicamente al tener que cuidar unos de otros obliga o expone a un mayor riesgo a toda la familia, existe otra serie de procesos que se dan comunitariamente en la familia lo que ha llevado a definir a algunos autores el que la salud de la familia no es la suma de cada uno de sus miembros sino que existe un concepto generalizado para la célula familiar en cuanto a la enfermedad.

El niño de procedencia social baja, disfruta de una -- estructura de oportunidades muy reducida desde el comienzo. Al carecer de una fuerza simbólica suficiente, estos niños, comienzan la escolarización bajo el grave problema de la inferioridad y la incompetencia, que posteriormente, se refuerza con el fracaso escolar y el consiguiente fracaso en el - trabajo. Esta imagen le impide que su estructura sanitaria - sea la ideal. Generalmente se acompaña de retraso mental ligero y el pronóstico de una enfermedad mental a mayor o menor plazo. Estos datos no se producen aisladamente, sino -- que, cabe pensar que vayan unidos a otra serie de deficiencias presentando en general un amplio espectro de estado de mala salud.

En una gran ciudad o en poblados distintos de una misma provincia con desigual grado de desarrollo económico, nos hace ver como ha sido demostrado en multitud de estudios realizados en los Estados Unidos y sobre todo en el área de Chicago, que la distribución de las deficiencias sanitarias tanto individual como colectivamente, se agrupan en distintas - zonas especialmente delimitadas. Y al igual que la delincuencia juvenil, podemos ver como la debilidad mental se concentra en las áreas suburbanas y donde reside la mayor parte - de las personas con los menores niveles socioculturales y - socioeconómicos. En el aspecto orgánico y de enfermedades --

infecto-contagiosas, es el punto de procedencia y el mejor caldo de cultivo para su desarrollo.

Sin un conocimiento de la epidemiología social de los procesos, toda medida preventiva y tratamiento está encaminado a fracasar. Se necesita conocer a quien hay que tratar y cuales pueden ser los vehículos más idóneos para que la acción sea adecuada.

Ningún plan de acción debe desconocer la base real de las formas de vida. Tanto los niveles de salud existente como la estructura de la población que necesita ayuda, deben verse estructurada desde un punto de vista de los valores culturales, los hábitos y costumbres, las formas de relación social y encuadrados todos ellos dentro del escenario natural donde la acción sanitaria se vá a desarrollar.

Desgraciadamente, en muchos de estos programas de actuación sanitaria, no se tiene en cuenta factores tan elementales como la tradición de los pobladores. Y simplemente unos datos sobre tasas de mortalidad o morbilidad son los que encaminan las medidas a tomar.

Este desconocimiento lleva en muchos casos a que toda la planificación médica, sea referida al tratamiento individualizado, que si bien es imprescindible en unas situaciones, es de escasa eficacia en otras. Y así se dá el caso paradójico de que los gastos producidos en muchos países sobre la subnorma -

lidad profunda, son ampliamente generosos. Mientras que millones de niños pueblan las escuelas con una ligera debilidad mental sin recibir tratamiento alguno. Un hecho similar lo tenemos en Medicina del Trabajo cuando observamos la importante preocupación por los accidentes mortales, mientras que el 99 por 100 de los accidentes producidos con lesiones que dejan huella en el individuo, no llaman la atención de nadie -- por considerarseles sin importancia. Se celebra festivamente el haber conseguido la recuperación de un miembro amputado en un accidente de trabajo o la rehabilitación de un paralítico, mientras no se le dé importancia con suficiente fuerza al resto de los accidentes.

Esto nos lleva a pensar que es necesario profundizar más en la epidemiología social a la hora de realizar los cuidados, tratamiento y medidas preventivas y que, ninguna acción debe estar ausente de los conocimientos más elementales de los grupos que conforman la sociedad.

Los principales valores a analizar podríamos reseñarlos en el siguiente orden:

1. Conocimiento de los valores salud y enfermedad. Influencias religiosas en estos conceptos.

2. Distribución cultural de las enfermedades. Valores culturales en la conducta sanitaria de los individuos.

3. Distribución de los sistemas familiares. Modelos - de educación que recibe el niño para introducirse en la sociedad de acuerdo con las distintas comunidades económicas y sociales.

4. Conocimiento de los líderes locales y nacionales - que pueden llevar a cabo una efectiva labor sanitaria. Comparación del modelo sanitario con los restantes modelos de la función pública.

Siendo Director General de Sanidad, Don Jesús Garcia Orcoyen, estuvimos trabajando durante bastante tiempo en -- una encuesta a nivel nacional cuyos puntos principales fueron los reseñados anteriormente. Al cesar el Doctor Garcia Orcoyen, se diluyó la propuesta hecha por él al Instituto - de la Opinión Pública y cuyo proyecto me había sido encargado, no llevándose a cabo este importante y necesario estudio.

C). Cambio social.

El cambio social que la tecnología industrial está imponiendo al Universo, tiene implicaciones muy importantes en la cultura sanitaria de todos los países. Las instituciones médicas y los profesionales de la medicina, se encuentran completamente ligados al cambio que se produce en la sociedad que le rodea.

La educación médica y la actividad sanitaria, desbordada por los profundos cambios que se están produciendo en la investigación, diagnóstico y tratamiento, se ve imposibilitada de dar un paso sin el imprescindible auxilio de la computadora que le ayudará a almacenar la cantidad de información que recibe y a elegir entre las múltiples alternativas posibles.

Es imposible predecir hacia que caminos marchará la sociedad en los años venideros, y paralelamente, cual será la marcha de la sanidad en estas singladuras, pero lo que si podemos ver, son los problemas que ya están planteados y cuya solución exige cambios en las medidas y enfoques que se han llevado a cabo hasta ahora.

Algunos de los problemas a que nos inducirá el cambio social, podemos enumerarlos en unos breves epígrafes:

1. Desarrollo de la biología y la genética y posibilidad de introducción de cambio en las poblaciones. Problemática que se plantea al enfrentar la individualidad frente a la universalización de los trasplantes de distintos órganos.
2. Control de la natalidad. Planificación de la familia. Inversiones sanitarias, en un mundo superpoblado, sobre los menos dotados entre los recién nacidos.
3. Orientaciones sanitarias hacia una población de ancianos.
4. Posibilidades de alimentación para la Humanidad y cambios en los modelos conocidos.
5. Problemas de prolongación de la vida, especialmente referidos a los pacientes de vida vegetativa. Enfrentados a la escasez de medios de una humanidad deteriorada por el progreso.
6. Y en general, influencias de las distintas variables sociales en el individuo y su comportamiento.

1.3. Planificación de la investigación.

Con objeto de conocer en alguna medida cual es el contexto psicosocial, el grado de neuroticismo y el nivel de adaptación de los accidentados y no accidentados, fué proyectado un estudio exploratorio. En este momento de la investigación, convenía decidir un plan general para las distintas fases y predecir las dificultades que habríamos de encontrar en su realización.

El planteamiento general iba a constituirse esquemáticamente en las siguientes fases:

- 1.- Formular las hipótesis que iban a ser sometidas a prueba.
- 2.- Decidir acerca de los grupos a estudiar, y elección de la muestra.
- 3.- Elegir el instrumento necesario para la recogida de los datos.
- 4.- Anticiparse a los problemas de tabulación y análisis.
- 5.- Realización de algunas aplicaciones de tipo experimental.

Inicialmente, se pensó en estudiar una muestra a nivel

nacional y la realización de un estudio completo. Pero el --
 proyecto, era excesivamente ambicioso sin la realización de
 un estudio exploratorio previo. Además de que el costo per-
 sonal e instrumentos , era imposible de obtener momentanea -
 mente.

Sin embargo, esto no invalida la ejecución de este es-
 tudio. Porque el mundo laboral lo podemos estudiar a partir
 de dos unidades perfectamente delimitadas. Una, reducida, --
 autónoma, y en alto grado independiente, que es la empresa.
 Y sobre la cual se han realizado multitud de estudios que --
 han tenido un gran valor en el descubrimiento especialmente
 de las motivaciones laborales, hallazgos que luego han sido
 generalizados.

Tambien podemos hacerlo a partir de una muestra estrati-
ficada de la Sociedad toda, integrada por los múltiples sec -
 tores económicos que intervienen. Metodológicamente, en nues-
 tro estudio, partimos de el primer punto.

Tambien como estudio exploratorio tiene un valor indica-
tivo para futuras investigaciones. A partir de los análisis -
 realizados aquí, pueden extenderse las investigaciones en unas
 áreas y desecharse en otras. Además de profundizar en algunos
 aspectos inducidos por los datos aquí obtenidos. Todavía más,
 los resultados aquí obtenidos, somos conscientes de que proce-
 den de una entrevista en profundidad donde hasta los más mini-
 mos aspectos han sido sopesados para garantizar la fiabilidad
 de las fuentes.

1.4. La Hipótesis.

Como hemos visto anteriormente, la hipótesis central - de este trabajo, está deducida directamente de un hecho real observado en el mundo del trabajo. De alguna manera, en algún momento, el contexto psicosocial y la adaptación del individuo interviene en el fracaso del acto de trabajo. De tal forma que estudiando dos grupos de personas de comportamiento desigual ante las siniestralidad laboral, podríamos encontrar algunos rasgos definitorios.

Varias sub-hipótesis más concretas, subyacen dentro de la hipótesis general.

a).- la composición familiar varía de un grupo a otro.

b).- La adaptación de los sujetos a las distintas áreas deben presentarse con diferencias significativas.

c).- El neurotismo de los dos grupos, debe ser distinto.

Pensadas así las variaciones a medir "inter-grupos" se construyó el instrumento adecuado que pudiesemos aplicar. Este instrumento, se compone de tres partes separadas entre sí. Una de las cuales ya poseíamos en el Servicio Médico donde -- trabajamos y las otras dos, han sido elegidas de las existentes por considerarlas las más idóneas a una muestra nacional.

Los rasgos generales de cada una de ellas, son los que siguen:

1.- Datos sobre el operario: Estos datos han sido obtenidos a través de la ficha de la Organización de Servicios Médicos de Empresa, que necesariamente tenemos que utilizar para la realización de los reconocimientos previos de ingreso al trabajo, y los periódicos anuales. Se trata de una ficha bastante completa en cuanto a los datos que recoge. Pero adolece de no haber incorporado en su texto los nuevos puntos de vista sobre psicología médica industrial y profesología. En otras redactadas por otros autores, no sólo se recogen estos apartados, sino que se tiende a tener en cuenta la posibilidad de redactar una ficha directamente escrita para perforación o para lectora óptica y que posteriormente -- pueda ser tabulada y ordenada por máquinas computadoras (53).

(53). Posteriormente a la redacción de este capítulo, hemos conocido la resoluciones adoptadas en la última Asamblea Médica mundial sobre el uso de computadoras en Medicina y que por su interés reproducimos:

1. Atraiga la atención del mundo hacia los grandes progresos y beneficios que resulta del uso de la computadora y - del proceso electrónico de datos en el campo de la salud, especialmente en la atención del paciente y en la epidemiología.

Existían una serie de datos que escapaban a esta ficha y que hemos incorporado posteriormente, y que hacen referencia a la calidad de la vivienda, el trabajo de la esposa, etc.

2. Solicite a todas las asociaciones médicas nacionales que tomen las medidas posibles para asegurar que en el futuro, y por el bien del paciente, el secreto médico sea garantizado en el mismo grado que en el pasado.

3. Solicite a los países miembros de la AMM que rechacen todo intento que tenga por objeto una legislación autorizando cualquier sistema de procesos electrónicos de datos que puede poner en peligro o perjudicar el derecho del paciente al secreto médico.

4. Expresese la firme convicción de que los bancos de datos médicos deben estar disponibles solamente a la profesión médica y, por lo tanto, no deben estar vinculados a otros bancos centrales de datos, y

5. Solicite al Consejo que prepare documentos sobre las posibilidades existentes de salvaguardar técnica y legalmente el carácter confidencial de los datos médicos registrados.

2.- Cuestionario de adaptación para adultos de Bell:

Entre los diferentes cuestionarios y escalas existentes para medir la adaptación personal y al medio ambiente - del individuo, hemos elegido "The adjustment inventory" de Hugh M. Bell que tiene la ventaja de estar adaptado y normalizado para la población española por el Profesor Enrique Cerdá (54).

Este cuestionario de adaptación permite obtener cinco medidas distintas para las siguientes modalidades:

a). Adaptación familiar. Los individuos que obtienen una nota elevada en esta escala, tienen tendencia a estar mal adaptados a su medio familiar. Por el contrario, las notas bajas, indican una adaptación familiar satisfactoria.

b). Adaptación a la salud. Notas elevadas indican una adaptación a la salud insatisfactoria; notas bajas, una adaptación satisfactoria. Aunque se puede conocer a través de este cuestionario el nivel medio de la salud de los sujetos

(54). BELL. Hugh M. The adjustment inventory. Stanford University Press. 1937.

la medida que nos proporciona va referida únicamente a la visión y adaptación que posee el individuo de su salud.

c). Adaptación social. Los individuos que tienen una nota elevada, tienden a ser sumisos y retraídos en su forma de contactar socialmente. Los individuos con notas bajas, son agresivos para la Sociedad.

d). Adaptación emocional. Los individuos con notas elevadas, tienden a ser inestables emocionalmente. Las personas con notas bajas, tienden a ser estables en su vida afectiva.

e). Adaptación profesional. Los individuos con notas altas, tienden a estar descontentos en lo que concierne a su trabajo y ambiente laboral actuales. Quienes obtienen notas bajas, tienden a sentirse satisfechos en lo que se refiere a su ocupación.

3.- Medida de neuroticismo: El instrumento elegido, ha sido el Cuestionario SN 59. Se trata de un instrumento rápido y eficaz para la determinación objetiva de los posibles trastornos emocionales existentes en cualquier población adulta general, es decir, presuntamente compuesta por sujetos neuróticos y no neuróticos, o bien en el sector de la

clínica, con la finalidad de detectar los enfermos contras-
tornos psicossomáticos o con componentes neuróticos.

El SN 59, ha sido elaborado con la finalidad de me-
dir objetivamente un factor de "neurotismo", y al mismo --
tiempo, controlar la actitud del sujeto ante el tests, es --
decir, poder tener una orientación objetiva sobre la sinceri-
dad del examinado, mientras pasó la prueba. El cuestionario,
consta de 59 ítems. El factor "neurotismo", se mide por 44 -
de estas preguntas. Las 15 restantes, son las que entremez -
cladas con las anteriores, constituyen la escala de "since -
ridad". La administración puede hacerse en forma individual,
autoadministrada o colectiva y es muy rápido, no necesitándo
se más de 10 ó 15 minutos. Su evaluación es completamente ob-
jetiva y mecánica y no exige más de 2 minutos. Los ítems es-
tán redactados con suma claridad y pueden comprenderlos inclu-
so sujetos de nivel cultural inferior y con cociente intelec-
tual algo inferiores a 100 (hasta 85 aproximadamente). El --
cuestionario no es de elección forzada, lo cual suele origi-
nar dificultades e incluso actitudes de rechazo en los exa -
minandos, sino que es de elección libre. (55)

- - - - -

(55). CERDA, Enrique. Cuestionario SN 59. Editorial Herder.
Barcelona. Agradezo las orientaciones recibidas del -
Profesor Cerdá para la aplicación e interpretación de
ambos cuestionarios.


1.5. El cuestionario.

Todas las preguntas de las tres partes que componen el cuestionario, han sido aplicadas de forma verbal, para un mejor entendimiento de los distintos ítems. Algunos de los cuales, ofrecían dificultades para el nivel en que trabajábamos y que señalaremos más adelante.

La contestación a las distintas preguntas, ha sido voluntaria y previamente habíamos conseguido un cierto clima de confianza y sinceridad. Nadie rehusó contestar a ninguna de las cuestiones. Y la sinceridad la hemos contrastado con la escala que se incluye en el cuestionario SN 59.

Por tratarse de un estudio amplio y tener fácil acceso a los distintos individuos de la muestra, los datos los hemos ido coleccionando en distintas etapas y entrevistas. Sin embargo, todos ellos fueron recogidos entre los años de 1968 a 1972 ambos incluidos.

A continuación, se reproduce el cuestionario completo, aunque algunos de los extremos, no han sido abordados en esta tesis y sólo serán analizados de cara a un estudio posterior.



FICHA MEDICO LABORAL

Sección Taller
Domicilio

FILIACION DEL TRABAJO.—Oficio Categoría
Materiales y productos con que va a trabajar

JORNADA de horas. Horas extraordinarias: promedio de semanales. Trabajos fuera de su empleo habitual
Tipo de jornada: ¿Intensivo? normal

HISTORIA LABORAL.—Años en el oficio en la Empresa

FECHA DIA DE LA SEMANA ACCIDENTES DEL TRABAJO PADECIDOS RESULTADO FUNCIONAL

AÑO ENFERMEDADES ATRIBUIBLES AL TRABAJO DURACION

SINTOMAS ACTUALES ATRIBUIBLES A LA PROFESION

N.º Fecha
Apellidos
Nombre

Fotografía

FICHA DE RECONOCIMIENTO

Nacido el año Estado Sexo Naturaleza
DOMICILIO Habitan en él personas.

ANTECEDENTES FAMILIARES.—Padre Madre
Hermanos OOOOOOOOOO Fallecidos de
Cónyuge Abortos en los embarazos de meses
Hijos OOOOOOOOOO Fallecidos de Abortos

ANTECEDENTES PERSONALES.—¿Sabe leer? ¿Sabe escribir? Servicio militar
Vacunaciones (años): BCG Viruela T. A. B. Tétanos Poliomielitis
Seroterapia Menarquía a los años. Tipo Embarazos Abortos

ENFERMEDADES padecidas y fecha:

Lúes en Tratamiento precoz en durante días
Tratamientos ulteriores cada Ultimo Wassermann el año con resultado
Intervenciones quirúrgicas (años)
Síntomas actuales que aqueja

EXPLORACION.—Talla *Peso* *Perímetro torácico: máximo* , *mínimo* *Índice de Hirz*
Perímetro abdominal *Índice de Pignet* *Ponderal* *Dinamometría manual D.* /
Escapular *Lumbar* *Impr. Morfológico* *C. V.* *Apnea: Ins.* *Esp.*
Aparato locomotor.-Mutilaciones *Nutrición* *Sudoración*
Deformidades *Movilidad* *Pigmentación*
Tipo Constitucional *Grupo Sanguíneo* *Rh.*
Piel y Ganglios

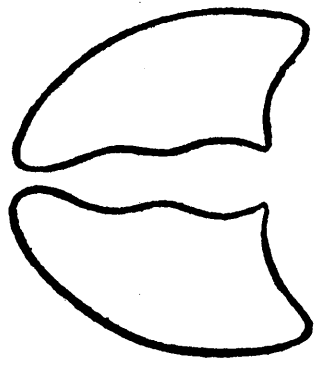
Agudeza visual
CABEZA. - Ojos
Ojo derecho
Ojo izquierdo
Visión binocular
Visión cromática

OIDO.-Agudeza auditiva **NARIZ.-Olfato**
BOCA.-Mucosas *estado de la dentadura*

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

FARINGE Y AMIGDALAS
CUELLO
TORAX
APARATO RESPIRATORIO
APARATO CIRCULATORIO *Varices*

	<i>Sentado</i>	<i>Después de diez flexiones de piernas</i>	<i>Tiempo de recuperación</i>
<i>Pulsaciones</i>			
<i>Respiraciones</i>			
<i>Tensión arterial</i>			



PRUEBAS FUNCIONALES
ABDOMEN *Hernias* *Hígado* *Bazo* *Apéndice*
Hemorroides *Anexos*

EXPLORACION DEL SISTEMA NERVIOSO Y PSIQUICO.—*Introverso* *Extroverso*
Epilepsia *Enfermedades mentales*

Temblores *Equilibrio*
Reflejo rotuliano *Reflejos oculares*
Reflejo radiocubital

DATOS DE LABORATORIO

Sangre (sistemática) Hematías Hab. V.G. V. d. S. 1.º y 2.º HEMOGRAMA Neu.
Bas. Eos. Mon. Linf. OTROS ANALISIS (Ocasional)

ORINA (sistemática) densidad , reacción , glucosa , urobilina , urobilinógeno
(Ocasional) acetona, pigmentos y sales biliares
Sedimento

Otras investigaciones de laboratorio (ocasionales)

OTRAS EXPLORACIONES (Ocasional)

CRITERIO MEDICO (Social, Individual y Laboral)

Aptitud para el trabajo en general BUENA? MALA?

Aptitud para el trabajo solicitado SI NO

DECLARO que no padezco ni he padecido enfermedad con pérdida brusca de conocimiento, ni otra alguna que las manifestadas, y quedo enterado de que será baja definitiva en esta Empresa, caso de que se comprobara lo contrario.

Firma del interesado, ante el médico.

Médico que verificó el reconocimiento, Dr. Firma

RECONOCIMIENTOS PERIODICOS

1

FECHA:

EL MEDICO:

2

FECHA:

EL MEDICO:

3

FECHA:

EL MEDICO:

CUESTIONARIO SN 59

E. CERDÁ

Nombre Apellidos Edad

Día de hoy Nivel escolar alcanzado

Profesión Estado civil Naturaleza

Forma de administración Examinador Corrector

Instrucciones: Usted encontrará a continuación preguntas a las cuales deberá responder rodeando una de las posibles respuestas: «VERDAD», «¿?», «FALSO».

Lea cada pregunta con atención. Piense cuál es su opinión o su comportamiento habitual en lo tocante a ella y rodee con un círculo aquella respuesta que mejor cuadre con su respectiva opinión o comportamiento.

Evite, tanto como le sea posible, responder «¿?». Utilice solamente esta forma de responder cuando usted verdaderamente no pueda decidirse por la respuesta «VERDAD» o por la respuesta «FALSO».

Responda a todas las preguntas sin olvidarse de ninguna. No hay malas respuestas a estas cuestiones. Todas sus respuestas son buenas si expresan lo que de verdad usted piensa o siente en cada uno de los casos.

Ya puede empezar. Tiene todo el tiempo que usted necesite, pero procure no hacerlo con demasiada lentitud.

- | | | | |
|--|--------|----|-------|
| 1. Yo siento a veces oleadas de calor o de frío..... | Verdad | ¿? | Falso |
| 2. Me he desmayado más de dos veces en mi vida..... | Verdad | ¿? | Falso |
| 3. Yo tengo frecuentemente vértigos..... | Verdad | ¿? | Falso |
| 4. Hay veces en que al oír un chiste verde no puedo por menos de reírme..... | Verdad | ¿? | Falso |
| 5. Tiendo a ponerme nervioso o azorado cuando se me acerca un superior..... | Verdad | ¿? | Falso |
| 6. Tengo propensión a desmayarme ante la presencia de sangre..... | Verdad | ¿? | Falso |
| 7. Me siento intranquilo e inseguro cuando me encuentro solo, sin ningún amigo cerca de mí | Verdad | ¿? | Falso |
| 8. Me siento nervioso precisamente en este momento..... | Verdad | ¿? | Falso |
| 9. Me equivoco con cierta frecuencia cuando me dan órdenes e instrucciones..... | Verdad | ¿? | Falso |
| 10. Me armo un barullo de ideas cuando tengo que hacer alguna cosa rápidamente..... | Verdad | ¿? | Falso |
| 11. Yo me enfado a veces..... | Verdad | ¿? | Falso |
| 12. Yo he padecido o padezco de dificultades al hablar, tales y como por ejemplo, balbuceo o tartamudez..... | Verdad | ¿? | Falso |
| 13. Si yo pudiera entrar en un espectáculo sin pagar y estuviera completamente seguro de que nadie me iba a ver, quizás lo haría..... | Verdad | ¿? | Falso |
| 14. Me siento contento y feliz la mayor parte del tiempo..... | Verdad | ¿? | Falso |
| 15. Algunas veces he llegado tarde a una cita o al trabajo..... | Verdad | ¿? | Falso |
| 16. Me siento como fastidiado la mayor parte del tiempo, haga lo que haga..... | Verdad | ¿? | Falso |
| 17. Creo que mi futuro es muy poco esperanzador..... | Verdad | ¿? | Falso |
| 18. Me resulta difícil emocionarme ante situaciones conmovedoras..... | Verdad | ¿? | Falso |
| 19. Algunas veces me vienen ganas de «soltar tacos» (o sea, ganas de decir alguna palabra «fuerte»)..... | Verdad | ¿? | Falso |
| 20. Suele ser frecuente que esté más bien callado y esté como en segundo término, mientras se celebra una reunión en la que se encuentran mis amistades..... | Verdad | ¿? | Falso |
| 21. La gente suele decir de mí que soy una persona nerviosa..... | Verdad | ¿? | Falso |
| 22. Tengo temores y aprensiones..... | Verdad | ¿? | Falso |
| 23. Me cuesta frecuentemente conciliar el sueño..... | Verdad | ¿? | Falso |

24. A veces murmuro o critico.....	Verdad	¿?	Falso
25. Cuando como en familia no siempre como con la misma corrección y esmero que cuando estoy invitado.....	Verdad	¿?	Falso
26. Tengo temporadas en las que me despierto varias veces durante la noche.....	Verdad	¿?	Falso
27. Los pequeños disgustos me ponen nervioso y me producen abatimiento.....	Verdad	¿?	Falso
28. Me desanimo cuando se me juntan varias preocupaciones.....	Verdad	¿?	Falso
29. Algunas veces doy mi opinión sobre cosas que en realidad no conozco bien.....	Verdad	¿?	Falso
30. Algunas veces me siento abatido y triste.....	Verdad	¿?	Falso
31. Siento molestias en la región del corazón.....	Verdad	¿?	Falso
32. Mi corazón empieza de repente a ir deprisa sin que haya ninguna razón que lo justifique.....	Verdad	¿?	Falso
33. Tengo frecuentemente palpitaciones cardíacas.....	Verdad	¿?	Falso
34. Frecuentemente, cuando estoy pensando en alguna cosa me asalta de repente una especie de sobresalto o angustia.....	Verdad	¿?	Falso
35. Algunas veces he dejado para mañana lo que debería haber hecho hoy.....	Verdad	¿?	Falso
36. Me estremezco o tiemblo a menudo.....	Verdad	¿?	Falso
37. Me despierto frecuentemente por la noche con pesadillas o sobresaltos.....	Verdad	¿?	Falso
38. Cuando no me encuentro bien, a veces me pongo de mal humor.....	Verdad	¿?	Falso
39. Me encuentro a menudo con tensión o excitación nerviosa.....	Verdad	¿?	Falso
40. Alguna que otra vez tengo pensamientos que preferiría no tenérselos que contar a nadie.....	Verdad	¿?	Falso
41. He tenido a veces ties (es decir, sacudidas o contracciones nerviosas continuas e involuntarias) de la cara, de la cabeza o de los hombros.....	Verdad	¿?	Falso
42. Tengo las manos o los pies fríos incluso cuando hace calor.....	Verdad	¿?	Falso
43. Tengo temporadas de agotamiento o de fatiga.....	Verdad	¿?	Falso
44. A veces no digo exactamente la verdad.....	Verdad	¿?	Falso
45. A menudo me levanto como cansado por la mañana.....	Verdad	¿?	Falso
46. Tengo una sensación de opresión o un dolor en la cabeza que me dificulta hacer lo que tengo que hacer.....	Verdad	¿?	Falso
47. Me encuentro frecuentemente tan fatigado o agotado, que incluso no me siento ni con deseos de comer.....	Verdad	¿?	Falso
48. A veces me he bajado sin pagar yendo en el autobús o en el tranvía.....	Verdad	¿?	Falso
49. Tengo buen apetito.....	Verdad	¿?	Falso
50. Padezco frecuentemente de estreñimiento.....	Verdad	¿?	Falso
51. Tengo frecuentemente ganas de vomitar.....	Verdad	¿?	Falso
52. Me gusta conocer a algunas personas importantes, entre otras razones, porque entonces tengo la sensación de que yo también soy alguien más importante.....	Verdad	¿?	Falso
53. Yo he tenido alguna vez un ataque de nervios con sacudidas o convulsiones.....	Verdad	¿?	Falso
54. Me considero una persona más bien tímida.....	Verdad	¿?	Falso
55. Me considero una persona más bien sensible.....	Verdad	¿?	Falso
56. Alguna vez me he hecho el distraído y he procurado saltarme el turno de una cola... ..	Verdad	¿?	Falso
57. Me pongo nervioso con facilidad.....	Verdad	¿?	Falso
58. Me pongo colérico si no puedo obtener las cosas que deseo en seguida.....	Verdad	¿?	Falso
59. Tengo algunas veces explosiones de mal genio.....	Verdad	¿?	Falso

CUESTIONARIO DE ADAPTACIÓN PARA ADULTOS

"The adjustment inventory"

Por HUGH M. BELL

Adaptación y normalización española: ENRIQUE CERDÁ

Con el permiso de Stanford University Press, Stanford, California. Copyright 1937 by the Board of Trustees of the Leland Stanford Junior University. All rights reserved

Nombre y apellidos..... Edad

Profesión Estudios realizados

..... Fecha de hoy

I N S T R U C C I O N E S

A continuación encontrará Ud. una serie de preguntas.

Conteste con tanta claridad, sinceridad y franqueza como le sea posible.

No hay respuestas buenas ni malas.

Indique su respuesta a cada pregunta haciendo un círculo alrededor de «SÍ», «NO», o «?» según sea su respuesta.

Le advertimos a Ud. que debe de responder, siempre que le sea posible, «SÍ» o «NO», y que únicamente debe rodear con un círculo la interrogación, en aquellos casos en que esté completamente seguro de no poder responder «SÍ» o «NO». No hay límite de tiempo, pero procure contestar al cuestionario tan rápidamente como le sea posible.

A rellenar por el examinador:

SECTORES	PUNTUACIONES	DESCRIPCIÓN	INTERPRETACIÓN DE LAS PUNTUACIONES
a			
b			
c			
d			
e			
T			

Forma de administración Administrado por

..... Evaluado por

- 1a SI NO ? El lugar donde Ud. vive actualmente, ¿le impide de alguna forma llevar la vida social a la que Ud. aspira?
- 2d SI NO ? ¿Tiene altibajos en su humor sin una razón aparente?
- 3b SI NO ? ¿Ha padecido Ud. en varias ocasiones ciertas enfermedades de la piel, tales como granos o forúnculos?
- 4c SI NO ? ¿Se siente Ud. intimidado o cohibido al solicitar un trabajo?
- 5e SI NO ? ¿Se siente a veces inquieto o nervioso en su empleo actual?
- 6b SI NO ? ¿Ha padecido Ud. alguna vez enfermedades del corazón, de los pulmones o de los riñones?
- 7a SI NO ? ¿Cree Ud. que puede desarrollar suficientemente su personalidad en su actual ambiente familiar?
- 8c SI NO ? ¿Le gusta tomar parte en las reuniones y fiestas muy animadas?
- 9e SI NO ? ¿Cree que ha elegido mal su profesión?
- 10d SI NO ? ¿Alguna vez se ha asustado Ud. mucho por algo que de antemano sabía ya que era inofensivo? (Por ejemplo, un ratón, una sombra, etc.)
- 11a SI NO ? ¿Hay alguien en su familia que sea muy nervioso?
- 12e SI NO ? ¿Su trabajo actual le permite tener vacaciones anuales?
- 13b SI NO ? ¿Ha padecido Ud. de anemia? (falta de glóbulos rojos).
- 14d SI NO ? Tras haber sufrido una situación humillante, ¿se queda Ud. muy preocupado durante mucho tiempo?
- 15c SI NO ? ¿Le resulta difícil entablar conversación con una persona desconocida?
- 16a SI NO ? ¿Ha estado Ud. en desacuerdo con sus padres, al elegir su profesión?
- 17c SI NO ? ¿Se emociona Ud. muchísimo cuando, por ejemplo, en una reunión se le invita a tomar la palabra sin que haya tenido tiempo para prepararse?
- 18d SI NO ? ¿Alguna vez es molestado Ud. por un pensamiento sin importancia que le obsiona, sin poder desembarazarse de él?
- 19b SI NO ? ¿Se contagia fácilmente de los resfriados de otras personas?
- 20e SI NO ? ¿Cree Ud. que se verá obligado a intrigar para conseguir un aumento o un anticipo del sueldo en su actual empleo?
- 21c SI NO ? En la vida social, por ejemplo, en una reunión de personas, ¿permanece Ud. en un segundo plano?
- 22a SI NO ? ¿Ha llegado a tener discusiones desagradables con alguno de sus familiares motivadas por cuestiones religiosas, políticas o sexuales?
- 23d SI NO ? ¿Se aturde o trastorna con facilidad?
- 24b SI NO ? ¿Cree que es necesario cuidar minuciosamente su salud?
- 25a SI NO ? ¿Se ha roto o separado algún matrimonio entre sus parientes más cercanos?
- 26c SI NO ? ¿Su jefe o superior se comporta con Ud. siempre correctamente?
- 27b SI NO ? ¿Se sienta frecuentemente a la mesa sin verdadero apetito?
- 28d SI NO ? ¿Se encuentra frecuentemente excitado?
- 29c SI NO ? ¿Se inquieta cuando tiene que despedirse de un grupo de personas?
- 30e SI NO ? ¿Cree que trabaja demasiadas horas en su actual empleo?
- 31a SI NO ? ¿Alguien de su casa le ha molestado con críticas sobre su aspecto exterior? (Diciéndole que era feo, cursi, ridículo, etc.)
- 32c SI NO ? ¿Prefiere rodearse de un pequeño número de amigos íntimos mejor que de gran cantidad de simples conocidos?
- 33b SI NO ? ¿Ha tenido alguna enfermedad de la que aún no está completamente restablecido?
- 34d SI NO ? ¿Le afectan mucho las críticas o censuras que le hacen?
- 35a SI NO ? Entre sus familiares, ¿se encuentra con el bienestar y la felicidad que apetece?
- 36e SI NO ? ¿Desea otro empleo, en lugar del actual?
- 37c SI NO ? Fuera de su ambiente habitual, ¿es Ud. objeto de una atención favorable? (Es decir, si le acogen con amabilidad, simpatía, etc.)
- 38b SI NO ? ¿Padece Ud. frecuentemente de dolores de cabeza punzantes? (como si le pincharan).
- 39d SI NO ? ¿Le molesta pensar que la gente le observa por la calle?
- 40a SI NO ? ¿Tiene la impresión de que falta amor y afecto en su hogar?
- 41e SI NO ? ¿Le resulta difícil conocer cuál es su posición respecto a su jefe o superior?
- 42b SI NO ? ¿Padece de sinusitis o de alguna obstrucción de las vías respiratorias?
- 43d SI NO ? La idea de que la gente pueda leer sus pensamientos, ¿le llega a preocuparle o inquietarle?
- 44c SI NO ? ¿Hace Ud. amistades con facilidad?
- 45e SI NO ? ¿Cree que su actual jefe o superior le tiene antipatía o desprecia?
- 46a SI NO ? Las personas que le rodean, ¿le comprenden y sienten simpatía hacia Ud.?
- 47d SI NO ? ¿Sueña Ud. despierto con frecuencia? (Es decir, si deja Ud. correr su fantasía).
- 48b SI NO ? Alguna de sus enfermedades, ¿le ha quebrantado definitivamente la salud?
- 49e SI NO ? ¿Trabaja, en su empleo actual, al lado de ciertas personas que le desagradan?
- 50c SI NO ? ¿Duda o vacila al entrar en una habitación en la que hay varias personas hablando?
- 51a SI NO ? ¿Cree que sus amigos disfrutan de un ambiente familiar más feliz que el suyo?
- 52c SI NO ? ¿Vacila al tomar la palabra, en una reunión, por miedo de decir una incorrección, de «hacer una plancha», de «meter la pata»?
- 53b SI NO ? ¿Se le curan los resfriados con dificultad?
- 54d SI NO ? ¿A menudo, le dan las ideas tantas vueltas por la cabeza, que le impiden dormir normalmente?
- 55a SI NO ? ¿Hay alguien con quien actualmente convive que se enfada con facilidad con Ud.?
- 56e SI NO ? ¿Gana lo suficiente, en su actual empleo, para atender a los que dependen de Ud.?
- 57b SI NO ? Su presión arterial, ¿es demasiado alta o demasiado baja? (Si no lo sabe, rodee el «?»).

- 58d SI NO ? ¿Se atormenta Ud. pensando en posibles desgracias?
- 59c SI NO ? Si llega con retraso a una conferencia, reunión, asamblea, etc., ¿prefiere irse o permanecer de pie, antes que ir a sentarse en las primeras filas?
- 60e SI NO ? Su actual jefe o superior, ¿es una persona en la que siempre podrá Ud. tener confianza?
- 61b SI NO ? ¿Es Ud. propenso a padecer asma?
- 62a SI NO ? ¿Se compenetran y viven en buena armonía las personas que forman su hogar actual?
- 63c SI NO ? En una recepción, fiesta o banquete, ¿trata Ud. de relacionarse con el invitado de honor?
- 64e SI NO ? ¿Cree que su jefe o superior le da un salario justo?
- 65d SI NO ? ¿Se da por ofendido fácilmente?
- 66b SI NO ? ¿Padece Ud. mucho de estreñimiento?
- 67a SI NO ? ¿Odia a alguna persona de las que conviven con Ud.?
- 68c SI NO ? ¿Alguna vez es Ud. el animador de una fiesta, recepción o reunión?
- 69e SI NO ? ¿Se compenetra Ud. con todos o la mayor parte de sus actuales compañeros de trabajo?
- 70d SI NO ? ¿Ha quedado preocupado, alguna vez, por la idea de que las cosas se le presentan como irreales? (Es decir, como si no estuviera seguro de que lo que ve, oye o vive fuera real.) (Si no entiende la pregunta, es que no le sucede esto.)
- 71a SI NO ? ¿Alguna vez, tiene Ud. sentimientos contradictorios (de amor y de odio) hacia alguien de su propia familia?
- 72c SI NO ? ¿Se encuentra intimidado en presencia de personas que admira mucho, pero a las que no conoce demasiado?
- 73b SI NO ? ¿Es Ud. propenso a tener náuseas, vómitos o diarreas?
- 74d SI NO ? ¿Se ruboriza Ud. con facilidad?
- 75a SI NO ? El comportamiento de las personas con las cuales vive, ¿le ha provocado a menudo pesimismo y depresión? (Depresión quiere decir tristeza.)
- 76e SI NO ? ¿Ha cambiado frecuentemente de empleo en estos últimos cinco años?
- 77c SI NO ? ¿Ha cambiado a veces de acera para evitar el encuentro con alguna persona conocida?
- 78b SI NO ? ¿Padece Ud. frecuentemente amigdalitis u otras enfermedades de la garganta?
- 79d SI NO ? ¿Se siente Ud. con frecuencia intimidado o cohibido a causa de su aspecto exterior? (Es decir, considera que su físico no es agraciado, o bien su vestuario demasiado pobre o anticuado.)
- 80e SI NO ? ¿Le fatiga mucho su actual trabajo?
- 81a SI NO ? En su hogar, ¿hay frecuentemente discusiones o desavenencias?
- 82d SI NO ? ¿Se considera Ud. más bien como una persona nerviosa?
- 83c SI NO ? ¿Le gusta ir a bailar?
- 84b SI NO ? ¿Tiene Ud. indigestiones frecuentemente?

- 85a SI NO ? ¿Sus padres criticaban frecuentemente la conducta de Ud., mientras vivió con ellos? (O la critican, si es que vive con ellos actualmente.)
- 86e SI NO ? ¿Cree Ud. que en su actual ocupación cuenta con ocasiones suficientes para expresar sus propias ideas, su forma de considerar las cosas?
- 87c SI NO ? ¿Le resulta difícil o cree que le resultaría difícil hablar en público?
- 88b SI NO ? ¿Se encuentra Ud. fatigado, la mayor parte del tiempo?
- 89e SI NO ? Su actual salario, ¿es tan reducido que teme no sea suficiente para cubrir todos sus gastos?
- 90d SI NO ? ¿Vive preocupado a consecuencia de sus sentimientos de inferioridad?
- 91a SI NO ? ¿Le irritan, le sacan de quicio las costumbres de ciertas personas con las que convive?
- 92d SI NO ? ¿Se encuentra Ud. muy deprimido? (Deprimido quiere decir triste.)
- 93b SI NO ? ¿Ha tenido que recurrir con frecuencia a la asistencia médica?
- 94c SI NO ? ¿Ha tenido Ud. frecuentemente ocasiones de ser presentado a otras personas o de introducirse en otros grupos de gentes?
- 95e SI NO ? ¿Ha podido obtener el ascenso que necesitaba en su actual empleo?
- 96a SI NO ? En su familia, ¿hay alguien que intente dominarle?
- 97b SI NO ? Al despertarse, ¿se encuentra frecuentemente como caído?
- 98e SI NO ? Entre las personas que trabajan con Ud., ¿hay alguna que le irrite, por sus costumbres y género de vida?
- 99c SI NO ? Si está invitado a algún banquete o fiesta, ¿prefiere abstenerse de tomar algo antes que pedirlo al camarero?
- 100d SI NO ? ¿Tiene Ud. miedo de encontrarse solo en un sitio oscuro?
- 101a SI NO ? ¿Tenían sus padres tendencia a estar «muy encima de Ud.», es decir, a controlarle o vigilarle demasiado mientras vivió con ellos? (O tienen tendencia, si es que actualmente vive con ellos.)
- 102c SI NO ? ¿Le ha sido fácil hacer amistad con personas del sexo opuesto?
- 103b SI NO ? ¿Está Ud. muy por debajo de su peso normal? (Si no lo sabe, rodee el «?».)
- 104e SI NO ? Su empleo actual, ¿le obliga a hacer su trabajo o a despachar sus asuntos muy de prisa?
- 105d SI NO ? ¿Ha tenido Ud. a veces miedo de caerse, cuando se encontraba en un sitio alto?
- 106a SI NO ? ¿Cree que es fácil entenderse con la o las personas con las que convive?
- 107c SI NO ? ¿Le es difícil sostener una conversación con alguien que le acaba de ser presentado?
- 108b SI NO ? ¿Tiene Ud. vértigos con frecuencia? (Vértigos quiere decir sensación de mareo y de que las cosas dan vueltas.)
- 109d SI NO ? ¿Se lamenta Ud. a menudo de lo que hace?
- 110e SI NO ? ¿Se atribuye personalmente, su actual jefe o superior, todo el mérito de algún trabajo que ha hecho Ud.?
- 111a SI NO ? ¿Está frecuentemente en desacuerdo con la manera de llevar la casa o forma de pensar, de la o las personas con las que convive?

- 112d SI NO ? ¿Se desanima Ud. con facilidad?
- 113b SI NO ? En el transcurso de estos tres últimos años, ¿ha padecido Ud. muchas enfermedades?
- 114c SI NO ? ¿Ha tenido Ud. ocasión de dirigir a otras personas, siendo presidente de una comisión, jefe de grupo, etc.?
- 115e SI NO ? En su actual empleo, ¿tiene Ud. la impresión de ser como la pieza de una máquina? (Es decir, de sentir completamente anulada su personalidad.)
- 116a SI NO ? De las personas que le rodean, ¿se opone alguna con frecuencia a que Ud. elija libremente a sus compañeros y amigos?
- 117b SI NO ? ¿Tiene Ud. gripe con frecuencia?
- 118e SI NO ? ¿Le felicita su jefe o superior cuando hace un trabajo bien hecho?
- 119c SI NO ? ¿Se sentiría Ud. muy intimidado, si fuera el encargado de lanzar una idea, para organizar una discusión en un grupo?
- 120d SI NO ? ¿Ha quedado frecuentemente deprimido (entristecido) por las faltas de consideración de que ha sido Ud. objeto por parte de algunas personas de su ambiente?
- 121a SI NO ? ¿Viven con Ud. personas que se irritan y se enfadan o discuten violentamente?
- 122b SI NO ? ¿Tiene Ud. bronquitis con bastante frecuencia?
- 123d SI NO ? ¿Le asustan los relámpagos?
- 124c SI NO ? ¿Es Ud. tímido?
- 125e SI NO ? Al emprender su actual trabajo, ¿lo ha hecho pensando que era éste, precisamente, el que Ud. deseaba?
- 126b SI NO ? ¿Ha sufrido alguna operación quirúrgica importante?
- 127a SI NO ? ¿Le reprochaban sus padres, con frecuencia, el género de amigos que le rodeaban?
- 128c SI NO ? ¿Le resulta a Ud. fácil pedir ayuda a los demás?
- 129e SI NO ? ¿Tiene temporadas en las que se desanima en su trabajo actual?
- 130d SI NO ? ¿Le salen frecuentemente mal las cosas, sin que sea culpa suya?
- 131a SI NO ? ¿Le agradaría irse del lugar en que vive para tener más independencia personal?
- 132c SI NO ? Si desea obtener algo de una persona que apenas conoce, ¿preiere escribirle antes que pedirselo personalmente?
- 133b SI NO ? En algún accidente, ¿ha resultado Ud. gravemente herido?
- 134d SI NO ? ¿Sólo el ver una serpiente ya le aterroriza? (Aunque sea, por ejemplo, en una película.)
- 135e SI NO ? ¿Tiene Ud. la impresión de que su trabajo está controlado por demasiados superiores?
- 136b SI NO ? ¿Ha adelgazado mucho en estos últimos tiempos?
- 137a SI NO ? ¿Cree que es desgraciado su hogar por la falta de dinero?
- 138c SI NO ? ¿Le sería difícil contar o exponer alguna cosa ante un grupo de personas?
- 139e SI NO ? ¿Es muy monótono su trabajo actual?
- 140d SI NO ? ¿Llora Ud. con facilidad o con frecuencia?
- 141b SI NO ? ¿Se encuentra frecuentemente muy cansado, al anochecer, es decir, al finalizar el día?
- 142a SI NO ? Mientras vivía con sus padres, ¿era injustamente censurado por alguno de ellos? (O lo es actualmente, si es que aún vive con ellos.)
- 143d SI NO ? ¿Le asusta mucho el pensar en un terremoto o en un incendio?
- 144c SI NO ? ¿Se azara Ud. si tiene que entrar en algún salón, fiesta familiar o cualquier otra clase de reunión, cuando ya está todo el mundo sentado?
- 145e SI NO ? ¿Cree que su actual trabajo es muy poco interesante?
- 146b SI NO ? ¿Tiene Ud. a menudo dificultad para conciliar el sueño, aun cuando no haya ruido a su alrededor?
- 147a SI NO ? Donde Ud. vive actualmente, ¿hay alguien que le exige que obedezca, tenga o no tenga razón?
- 148c SI NO ? ¿Ha tomado Ud. alguna vez la iniciativa para animar alguna reunión aburrida?
- 149e SI NO ? ¿Cree Ud. que su jefe o superior habría de poner más simpatía y comprensión en sus relaciones con Ud.?
- 150d SI NO ? ¿Se siente Ud. frecuentemente como si estuviera solo, aunque se encuentre acompañado de otras personas?
- 151a SI NO ? Durante su infancia, ¿ha sentido alguna vez deseos de marcharse de casa?
- 152b SI NO ? ¿Tiene frecuentemente dolores o pesadez de cabeza?
- 153d SI NO ? ¿Ha tenido Ud. alguna vez la sensación de que alguien le hipnotizaba y le hacía ejecutar ciertos actos en contra de su voluntad?
- 154c SI NO ? Durante alguna conversación sobre temas varios, ¿ha tenido, alguna vez, grandes dificultades para formular una cita apropiada? (Por ejemplo, para acordarse de un refrán, o bien decir tal escritor o tal político, dijo esto o aquello.)
- 155e SI NO ? ¿Le parece a Ud. que su jefe o superior no aprecia en su justo valor los esfuerzos que Ud. hace para realizar su trabajo de una manera perfecta?
- 156b SI NO ? ¿Ha tenido Ud. escarlatina o difteria?
- 157a SI NO ? ¿Ha creído Ud. a veces que ha sido una decepción para sus padres?
- 158c SI NO ? ¿Propende Ud. a encargarse de presentar unas personas a otras en una reunión?
- 159e SI NO ? ¿Tiene Ud. miedo de perder su empleo actual?
- 160d SI NO ? ¿Tiene Ud. con frecuencia periodos en los que se siente de repente triste y pesimista durante unos días o incluso durante más tiempo?

Los cuestionarios de neuroticismo y adaptación que se --
acompañan permiten a la vez que una valoración cuantitativa, -
una localización de las preguntas donde se produce la respuesta
desviada de la norma.

Han existido desacuerdos entre los distintos nombres de
cuestionarios, escalas, inventarios, etc. Las variaciones en--
tre unos y otros van ceñidas a la formación de las respuestas.
En el cuestionario, que es lo que nosotros vamos a utilizar, -
existen una serie de preguntas que deben ser contestadas entre
varias elecciones, generalmente: afirmativa, negativa, no lo -
sé, o interrogación.

Los cuestionarios tienen en cuenta entre otros aspectos
a la hora de ser elaborados, los resultados estadísticos obte-
nidos sobre poblaciones. Todos ellos han pasado por el filtro
selectivo de las operaciones estadísticas de fiabilidad, vali-
dez y tipificación. Lo cual asegura, entre otros múltiples as-
pectos, la capacidad discriminativa para detectar los proble -
mas que quiere medir.

En casi todos ellos y especialmente en los dos usados --
por nosotros, existen items encaminados a desenmascarar a los
sujetos que pretenden astutamente falsear los resultados. Es -
ta forma de plantear las preguntas, se utiliza también cuando
intentamos evitar la deformación consciente o inconsciente por
parte del examinado de una respuesta.

Estos cuestionarios que acompañamos no son como los de --

inteligencia o de aptitud, en los que la respuesta dada es - verdadera o falsa, acierto o error. Aquí lo que se pretende medir es la visión personal del sujeto de su propio Yo y del entorno. No existen respuestas falsas o verdaderas, objetivamente, sino visiones objetivas, unas veces de su propia personalidad y otras, de la personalidad de los que le rodean.

Los dos factores que suelen producirse más a menudo -- son la hipervaloración del Yo y la inferioridad del Yo.

1.6. Los dos grupos estudiados.

La muestra está elegida de una importante Empresa de la Construcción. Este sector laboral es como vemos en el Cuadro 1, el que tiene mayor número de accidentes. Y que durante la década de 1960 a 1970, ha aumentado su siniestralidad en un 23,84 por ciento.

CUADRO 1.- EVOLUCION DE LA CIFRA DE ACCIDENTES SEGUN LOS GRUPOS DE ACTIVIDAD ECONOMICA (56).

S e c t o r e s	1960	1969
Agricultura, ganadería, caza y pesca	201.319	130.896
Minas y Canteras	75.579,	44.795
Industrias fabriles de productos alimenticios, excluidas las bebidas	41.614	49.576
Industrias Textiles	31.450	33.776
Industrias de la Madera y corcho exceptuando la fabricación de muebles	34.996	29.298
Fabricación de sustancias y productos químicos	21.868	18.643
.../..		
- - - - -		

(56). Fuente: Anuario Estadístico. Instituto Nacional de Estadística. Año 1971.

.../...

Fabricación de productos mine- rales no metálicos, exceptuan- do los derivados de petróleo y del carbón	31.419	35.026
Industrias metálicas básicas.	19.715	24.011
Fabricación de productos metá- licos, exceptuando maquinaria, equipos de transporte y mue- bles	116.796	169.937
Construcción de maquinaria - exceptuando la maquinaria -- eléctrica	23.973	12.789
Construcción de material de - transporte	29.990	41.396
Otras Industrias fabriles ...	58.568	86.953
Industrias de la Construcción y otras industrias complemen- tarias	174.967	216.694
Electricidad, agua, gas y ser- vicios de saneamiento	9.197	7.698
Comercio	18.346	28.043
Transportes, almacenajes y co- municaciones	42.195	38.056
Servicios	12.414	22.786
Actividades no bien especifi- cadas	1.240	8.426
Totales	945.646	997.799

=====

Sin embargo, las cifras absolutas no son indicativos exactos de lo que sucede en el sector. En diversas ocasiones, hemos oído que la Construcción es la que produce el mayor número de accidentes. Pero si comparamos los accidentes con la población activa, como hacemos en el cuadro 2, veremos que las cosas son así; en algunos sectores.

CUADRO 2.- POBLACION ACTIVA Y ACCIDENTES POR SECTORES. (57)

Sectores:	Población activa 1969	Accidentes en 1969.	Porcentaje
Agricultura y Pesca Marítima .	3,827.200	130.896	3,42
Extractivas	114.800	44.795	39,02
Alimenticias	431.100	49.576	11,50
Vestido y calzado	707.600	33.776	4,77
Material de transporte	341.500	41.396	12,12
Construcción y O.P.	1.073.100	216.694	20,19
Electricidad, agua y gas	109.900	7.698	7,00
Comercio mayor y menor	1.414.300	28.043	1,98

(57). Fuente: Encuesta de Población Activa en 1969. Madrid --
1970.

Como hemos visto en el Cuadro 2, los porcentajes de accidentes en las Industrias Extractivas, ocupan el primer lugar, seguidos de los Accidentes en la Construcción y Obras Públicas y en tercer lugar los que se producen en el sector de Material de transporte de los vistos.

Para la elección de la muestra, hemos tenido en cuenta la posibilidad de influencia de una serie de variables. En los casos que hemos podido, hemos evitado - que la muestra sea sesgada por aspectos tales como: la peligrosidad, el salario, el nivel sociocultural y otras variables.

Las actividades de la Empresa, podemos separarla en tres niveles distintos: Oficinas, Talleres y Obra. -- De la muestra fueron excluidos inicialmente los Técnicos, por considerar que las posibilidades de accidentabilidad de estos, es mucho menor. Y de los tres grupos anteriormente citados, toda la muestra se ha elegido de los operarios de taller, cuyos trabajos son constantes y la observación de los cambios de los puestos de trabajo, puede -- realizarse fácilmente.

Las categorías laborales elegidas, son similares para todos ellos. Normalmente están incluidos dentro de las categorías inferiores: Peón, Peón Especialista, Ayudante, Oficial 2ª, etc. En estas categorías incide prácticamente



el mismo nivel en los valores más importantes.

El nivel sociocultural y socioeconómico de los sujetos de ambas muestras, corresponden a los grupos más bajos dentro de la Empresa.

En ninguna de ambas muestras, figuran las mujeres. Ambos grupos están constituidos sólo por hombres.

La muestra procede de sujetos con residencia en Madrid. Y aunque la mayor parte de los individuos, no han nacido en Madrid, todos ellos llevan más de cinco años residiendo en la Capital.

La muestra fué elegida por estratificación aleatoria. Y fueron elegidos 100 operarios sin ningún accidente. A este grupo, le denominaremos a través del trabajo en muchas ocasiones, como submuestra "A". De otro grupo de personas con más de tres accidentes en cuatro años, fueron elegidos otros 100 operarios. A este grupo, le denominaremos en ocasiones, Submuestra "B". Tanto los que no tienen accidente, como los que tienen tres o más, van referidos a los años de 1968 a 1971, ambos incluidos. Por distintas causas, fueron excluidos, cuatro sujetos del primer grupo y tres del segundo grupo, quedando constituida la submuestra "A", compuesta por los de ningún accidente, --

por 89 individuos, y la submuestra "B" o formada por los de tres o más accidentes, por 97 individuos.

Las dos variables independientes a analizar, están constituidas, la primera por el número de accidentes, y la segunda por los días que han causado baja por este motivo. Es decir, no se han tenido en cuenta los días de baja por enfermedad u otras contingencias. La tabla de muestra resultante, está considerada en el Cuadro número 3.

CUADRO 3.- DISTRIBUCION DE ACCIDENTADOS Y NO ACCIDENTADOS
SEGUN LOS DIAS DE BAJA.

Cuadro 3 a). Valores entre grupos (porcentajes)

	<u>Total</u>	<u>0 días</u>	<u>1 a 90</u>	<u>91 a 210 día</u>	<u>121 a 210 d.</u>	<u>Más de 211 d.</u>
Sin Accidentes.	89	100	-	-	-	-
Con Accidentes.	97	-	69	10	10	10
Total	186	47	36	5	5	5

Cuadro 3 b). Valores con el número de accidentes (Valores - absolutos).

	<u>Total</u>	<u>0 días</u>	<u>1 a 90</u>	<u>91 a - 120 d.</u>	<u>121 a 210 d.</u>	<u>Más de 211 d.</u>
0 Accidentes ..	89	89	-	-	-	-
3 y 4 Accidentes	75	-	57	6	7	5
5 y 6 Accidentes	13	-	8	2	2	1
7 y Más Accident.	9	-	2	2	1	4
Total	186	89	67	10	10	10

Cuadro 3 c). Valores con el número de Accidentes (Porcenta - jes horizontales).

	<u>Total</u>	<u>0 días</u>	<u>1 a 90</u>	<u>91 a - 120 d.</u>	<u>121 a - 210 d.</u>	<u>Más de 211 d.</u>
0 Accidentes ...	89	100	0	0	0	0
3 y 4 Accidentes	75	0	76	8	9	6
5 y 6 Accidentes	13	0	61	16	16	7
7 y más Accidente	9	0	22	22	11	44
Total	186	47	36	5	5	5

Los grupos así constituidos están formados por los que no tienen accidente y los que si lo han sufrido, sumando un total de 186 sujetos. De estos, el 47 por 100 - tienen 0 días de Baja, el 36 por 100, de 1 a 90 días, y las tres categorías restantes que hemos formado; de 91 a 120 días, de 121 a 210 días y más de 211 días, se reparten entre sí un 5 por 100.

El grupo o submuestra "A", sin accidentes, como es obvio no tiene ningún día de Baja, y en la submuestra "B" aparece el 69 por 100 con bajas de 1 a 90 días, y las -- otras tres categorías con un 10 por 100 de baja cada una.

1.7. La no representatividad de la población.

Volvemos a insistir, en la ya mencionada no representatividad de la población y que para algunos investigadores puede desempeñar papel importante en la validez de este trabajo.

Aclaremos, en primer lugar, que en los estudios de Psicología Industrial, no es imprescindible el que la muestra sea representativa de un universo. En ocasiones se trata con distintos criterios estadísticos de comparar dos muestras en las que un fenómeno señalado, tiene un sentido contrario.

Es decir, como hemos comentado en otro apartado anterior, la población laboral se puede estudiar por dos -- vertientes completamente distintas. De ambas formas podemos estudiar, comprender y predecir hechos que suceden o posibilidades de la existencia de un suceso. Se trataría en un primer caso de estudiar minúsculas células, como puede ser la Empresa, dentro de un contexto más general. Y en segundo lugar, de estudiar la población laboral como parte de la población total.

La primera forma de estudio, ha sido practicada con éxito por numerosos autores, señalemos entre ellos a Taylor, Elton Mayo, etc. Consideran estos autores a la Empre

sa con independencia y autonomía del resto de la Sociedad. Y el análisis de los problemas se refiere a peculiaridades existentes dentro de un grupo elemental. Y muchas de las conclusiones obtenidas en estudios realizados en sectores económicos o empresas individualizadas, han aportado amplias generalizaciones al contexto general de la población activa y la productividad.

La segunda forma de llevar a cabo este trabajo, podría haber sido por una valoración censal o un análisis por muestreo de toda la población activa interesando a los distintos sectores económicos. Las necesidades económicas y de personal para este tipo de trabajo, son muy amplias y como es lógico, no hemos dispuesto de ellas para su realización.

Sin embargo, conviene considerar, que en nuestro análisis, hemos poseído un contacto con los distintos individuos de la muestra, que ha favorecido la profundidad y exactitud del análisis. Contacto que es bastante difícil que en los estudios más generalizados pueda obtenerse. Además, este trabajo, representa solamente un estudio exploratorio y un análisis en profundidad previo para una investigación posterior sobre una muestra extraída metodológicamente de toda la población. A las conclusiones a que lleguemos en la contrastación de nuestra hipótesis a través de este trabajo, debe atribuirse solamente el valor de las comparaciones entre grupos.

1.8. La aportación de la investigación.

La razón de un estudio científico consiste en su aportación al fondo de conocimiento. Aunque modesta, este trabajo pretende hacer una contribución al estudio de los accidentes en nuestro país. Se trata todavía de precisar y puntualizar más las hipótesis formuladas en los antecedentes intelectuales. La aportación tiene un doble aspecto: Operativo e instrumental.

Operativo. Anteriormente hemos enumerado una serie de sub-hipótesis relacionadas con otra hipótesis más amplia y el objeto de esta investigación consiste en ver en que medida los resultados contribuyen a probar que el problema de los accidentes de trabajo se ve afectado por componentes psicossociales y en adaptación del individuo.

Instrumental. A través de las primeras páginas de este trabajo, hemos asistido a la toma de conciencia con un problema existente. Hemos presenciado las dificultades presentadas en la fase de planeamiento, hemos valorado la hipótesis y sub-hipótesis a contrastar. Hemos tenido ocasión de comentar y valorar el instrumento de recogida de los datos, el cuestionario y hemos analizado, finalmente, los dos grupos componentes de la población de nuestro estudio. El capítulo segundo de la tesis está consagrado al análisis de las preguntas de los distintos cuestionarios y continúa la línea

comenzada en éste. No sólo se ha justificado la necesidad del estudio, sino que se han elegido determinadas técnicas. Los cuadros que se van presentando en el segundo capítulo, pueden servir de fuente a bastantes hipótesis de ulteriores estudios.

Mención merace, por último, la observación de que el número de casos de nuestra investigación es pequeño. Moser (58) (Campo, S. del) hace la siguiente salvedad refiriéndose a muestras representativas: "La mayoría de las personas no familiarizadas con el muestreo probablemente supervalora la importancia del tamaño de la muestra ... La falacia de esto es patente cuando se mira a cualquier fórmula del error estándar, por ejemplo:

$$S.E. \quad x = \sqrt{\frac{\sigma^2}{n} \frac{N-n}{N-1}}$$

Si la población es grande, la corrección $N-n/N-1$ de población finita se desvanece prácticamente y la precisión del resultado de la muestra se ve que depende de n , el tamaño de la muestra, y no de n/N , que es la proporción de la población incluida en la muestra. Sólo si la muestra representa una proporción relativamente alta de la población (el 10 por 100 o más) necesita entrar el tamaño de la población en la estimación del error estándar. Hay que tener en cuenta que muestras del 10 por 100, o mayores, únicamente se utilizan en censos y otros recuentos generales por el estilo y prác--

(58) MOSER. En CAMPO, S. del. La familia española en transición. Instituto Estudios Políticos.

ticamente nunca en la investigación social corriente, dado -
lo prohibitivo de su coste.

II. - EL ANALISIS DE LOS DATOS.

2.1. Presentación del análisis.

En este capítulo, vamos a presentar y comentar las -- respuestas a las cuestiones que aborda el cuestionario. Lo haremos centrados casi exclusivamente en los datos concretos, con un mínimo de referencias a la discusión que plantea cada uno de los hechos y a la interpretación de estas -- respuestas en el panorama general de la Medicina del Trabajo.

Intentaremos mantener una de las cuestiones más difíciles para el investigador. Ante la presentación de unos datos, el hallazgo de ellos, nos induce a mantener una postura determinada, olvidando en muchas ocasiones los propios datos para dirigirnos a caminos erróneos. Por tanto, procuraremos ser lo mas objetivo y neutro posible en la presentación del análisis, lo cual nos podrá llevar a la certidumbre en la explicación de los hechos que se analicen.

Con el fin de realizar nuestra labor con un máximo de sistematización, agruparemos los datos referentes al contexto familiar en primer lugar, después hablaremos de la aplicación de la escala de neuroticismo, y por último, estudiaremos los resultados del cuestionario de adaptación.

De las conclusiones generales nos ocuparemos en el 3º

capítulo de este trabajo.

Nuestra hipótesis supone una variación entre dos grupos: de una parte los que no padecen accidentes de trabajo, y de otro lado los que se poliaccidentan. En consecuencia, el grupo, es en nuestro trabajo la variable más importante. A pesar de esto, hemos querido realizar un análisis intra-grupos. Este se hace sobre el grupo de los poliaccidentados, es decir, reseñamos la disminución entre los que se accidentan menos y los que mas sufren de accidentes.

Sin atenderla de una forma específica y exhaustiva, añadimos también la variable días de baja por accidente. Como es obvio, lo que distingue la gravedad e importancia de los accidentes es su duración. Esta consideración se tiene muy en cuenta para evitar que se nos despisten aquéllos sujetos que con gran número de accidentes, han causado baja durante un escaso tiempo.

Conviene insistir aquí, al hacer la presentación del análisis realizado, que los criterios estadísticos que generalmente hemos usado, pertenecen a la estadística descriptiva. Sin embargo, en algunas ocasiones que ha sido necesario precisar la disparidad o semejanza entre los grupos, se han usado estadísticas que nos han permitido explicar la correlación y significación entre grupos.

2.2. La Edad.

Se han llevado a cabo, numerosas investigaciones sobre la relación que existe entre la proporción de accidentes y la experiencia que el empleado ha adquirido en el trabajo. Estas investigaciones no marcan resultados completamente análogos entre las distintas fábricas, industrias o sectores económicos en los que han sido analizados. En la mayor parte de estos estudios, se ha llegado a la conclusión de que la proporción de accidentes es mayor entre los empleados jóvenes y que la predisposición disminuye con los años. Esta es la conclusión a la que han llegado Hewes (1), Gates (2), Van - - Zelst (3).

Se han presentado distintas explicaciones de estas tendencias. Se ha indicado que acaso se deba a que los empleados más jóvenes, están a cargo de las actividades más peligrosas
- - - - -

- (1). A. Hewes. Study of Accidents Record in a Textile Mill. Journal of Industrial Hygiene. 1921. 3,6.
- (2). D.S. Gates. A statistical Study of Accidents in Cotton - Mills. Print Works and Worsted Mill of a Textile Company. Journal of Industrial Hygiene. 1920, 2.8.
- (3). R.H. Van Zelst. The effect of age and Experience Upon - Accidents Rate. Journal of applied Psychology. 1954. 38. 313-317.

y que a medida que van avanzando los años y se familiariza - en la Empresa, tienden a ser trasladados a trabajos de una - mayor seguridad. También se ha sugerido que el empleado jo - ven que, en general tiene pocas responsabilidades familiares, es menos prudente y no tiene inconveniente en arriesgarse -- más que los operarios mas viejos, por lo que se ve con más - frecuencia envuelto en accidentes.

A estas mismas conclusiones, ha llegado en nuestro -- país el Profesor Bermejillo (4), y en un estudio ya citado dice: "Uno de los conceptos por el que se clasifican los acci - dentes en la estadística unificada, era el de la edad de los accidentes, y, en este sentido, remitían el número de acci - dentes por grupos de edades (de 18-24; 25-34; 35-44 y 65 y más) y con el fin de poder determinar la correlación existente en - tre la edad del accidentado y la frecuencia del accidente, -- se remite a los Comités anualmente, unos impresos en los cua - les se solicita los cumplimenten incliyendo el número de obre - ros que trabajan clasificados según los mismos grupos de eda - des.

A la vista del gráfico, se observa la bondad de la in - terpolación de la línea recta, que, teniendo por origen el -- punto medio del grupo 35-44, 45-54, tiene por ecuación - - - $Y = 21,05 - 2,04 X$, y aún cuando no hace falta obtener el coe - ficiente de correlación para demostrar la bondad del ajuste, se ha obtenido un valor de 0,99. Se ha prescindido de los --

(4). Bermejillo, M. op. cit.

11.

aprendices (menores de 18 años), que por circunstancias especiales no forman un todo homogéneo con el resto de la masa activa obrera,

Hay que hacer resaltar algunas observaciones de extraordinario interés y que acreditan las consecuencias deducidas.

En primer lugar los datos de una verdadera muestra en el sentido que tiene esta palabra en estadística matemática, puesto que la inclusión de las empresas ha sido debida exclusivamente al azar, no omitiéndose ninguna empresa que haya enviado el informe de la Memoria, y en segundo lugar, que por ser datos obtenidos de Empresas que cuentan con Comités de Seguridad hay que considerarlos más exactos y perfectos que si se tratase de otra clase de Empresas, ya que el control que sobre toda cuestión social llevan estos Comités de Seguridad, es de plena garantía.

Estadísticamente, la explicación queda terminada en este punto y si se trata de averiguar las causas que pueden determinar esta correlación lineal casi perfecta, cabe señalar:

Primero: Que de joven, parece lógico que al funcionar mejor los reflejos, debería ser causa de evitación de accidentes, y, sin negar la influencia que de ello tenga, es evidente señalar que la ponderación, el aplomo y el sentido común se adquieren en el trabajo a lo largo del tiempo superando la condición de "juventud".

Segundo: Por otra parte, al hallar los coeficientes de accidentados a toda clase de trabajadores y empresas, es presumible que los obreros de mayor edad, y sobre todo en fábricas en donde el trabajador pueda adaptarse a los distintos procesos de fabricación, le vayan encargando a medida que -- avanza la edad, trabajos menos peligrosos".

Sin embargo, en otras investigaciones realizadas, se ha descubierto una relación contraria a la anteriormente descrita.

Entre ellas está la realizada por Stevens (5), En las plantas que estudió, ha averiguado, que la frecuencia de accidentes, aumentaba con el correr de los años, y que el operario maduro queda incapacitado para trabajar un período mayor de tiempo despues de sufrir un accidente, que el empleado más joven. Shrosbree (6), publica además estadísticas de una industria que muestra que los operarios que llevan más tiempo de servicio, están expuestos a un margen mayor de -- accidentes.

- - - - -

(5). Stevens, Jr. Accidents of Older Workers: Relations of age to extent of disability. Personell Journal. 1929. 8. 138-145.

(6). Shrosbree. Relations of Accidents Proneness to Length of Service. Industrial Welfare. 1933. 15, 7-8.

Como se ha visto, para estos autores, no solo aumenta el número de accidentes, sino, el tiempo que está dado de baja el accidentado de acuerdo con la edad. Alegan a favor de su tesis, que el operario se va habituando al riesgo cuando se familiariza con la Empresa, por lo que ponen menos cuidado que los empleados de menos experiencia.

En nuestro estudio, si comparamos la submuestra a), con la submuestra b), observamos que ambas tienen una curva muy parecida. Solo existen diferencias a favor de los accidentados, en los grupos de edades de 19 a 25 y de 51 a 60. Por el contrario, disminuyen los accidentes en las edades de 26 a 30; de 14 a 18 años y de 41 a 50 años.

Debido a las diferencias halladas por otros autores, hemos querido precisar más la posibilidad de que la variación entre estos estudios al igual que la que se produce en el nuestro, sea debido al azar, para estudiar lo cual, hemos aplicado un criterio estadístico con el siguiente resultado.

Hallada la media de la submuestra a). ($\bar{x} = 38,7697$) y la media de la submuestra b). ($\bar{y} = 40,5670$) le hemos aplicado la fórmula de la tabla Student para hallar la significación entre ambas medias:

$$\sqrt{\frac{\bar{x} - \bar{y}}{n_1 s_1^2 + n_2 s_2^2}} \quad \sqrt{\frac{n_1 + n_2 - 2}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}}$$

Obteniendo un resultado de: - 0,9526 1,66 para un nivel de confianza del 95%, por lo que vemos que las diferencias es debida simplemente al azar.

Por lo demostrado, las tesis a favor y en contra de la intervención de la edad en la mayor producción de accidentes, son verdaderas pero solamente para los casos particularmente estudiados por los distintos autores.

A nuestro criterio, el error observado en los trabajos anteriores y que les imposibilita su generalización, se debe a que no se ha tenido en cuenta, en unos casos la distribución por edades de la población laboral de la Industria en la que se ha realizado la investigación, y en otros, la población laboral activa del país.

Así podemos ver en el siguiente cuadro, que la distribución de la población activa, por edades, durante el año 1969 y para España, era como sigue (7).

- - - - -

(7). Campo, S. del. Análisis de la población de España. Editorial Ariel.

CUADRO 4.- DISTRIBUCION DE LA POBLACION ACTIVA POR EDADES,
DURANTE EL AÑO 1969

<u>Edades:</u>	<u>Total (millares).</u>	<u>%.</u>
TOTAL	12.363,5	100,00
De 14 años	112,2	0,91
De 15 a 19 años	1.429,6	11,56
De 20 a 24 años	1.532,8	12,40
De 25 a 44 años	4.590,1	37,13
De 45 a 64 años	4.133,9	33,44
De 65 y más años	564,9	4,57

Como es obvio, entre las cifras absolutas de accidentes que se producen en el país, irán aumentando de acuerdo con la edad, al igual que aumentan las cifras de población activa.

Las categorías realizadas en nuestro estudio, no se corresponde con las anteriores. Están tomadas de los partes que se envían periódicamente a los Servicios Médicos. Sin embargo, podemos observar que la muestra obtenida de la totalidad, sigue una distribución parecida a la de la población activa nacional. El grupo más numeroso, lo integran los operarios de 25 a 60 años. (81%).

Podemos aducir finalmente, que la serie de factores que intervienen para que los accidentes producidos en las distintas edades sea equilibrado en una serie de razones de

distinto signo, que se equilibran entre sí. Así, podríamos añadir el ajuste biológico individual. Es decir, cada individuo se esfuerza en la medida de sus posibilidades, ajusta la respuesta a sus tiempos de reacción y difícilmente, corre riesgos para los que no está preparado. Las personas mayores, procuran evitar los trabajos que son superiores a sus fuerzas, o hacerlos pausadamente. De otro lado, existe un ajuste organizativo empresarial, como bien decía el Profesor Bermejillo, por el cual, los mandos de la Empresa, - van ajustando las dificultades y peligrosidad de cada puesto, de acuerdo con las edades y aptitudes.

2.3. El Estado civil.

En el año 1965, de acuerdo con las estadísticas deducidas del padrón municipal de habitantes, la población se repartía porcentualmente, según su estado civil (8).

CUADRO 5.- DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN SU ESTADO CIVIL

<u>Estado Civil:</u>	<u>Total %.</u>
Solteros	50,73
Casados	42,99
Viudos	6,01
Separados	0,01
No consta	0,26

Como es obvio, estas cifras no se corresponden con los estados civiles de la población activa, en la que, sin duda alguna ocupa el primer lugar el porcentaje de casados. Estas cifras nos ha sido imposible el conseguirlas. Sin embargo, pasemos a ver la obtenida en la muestra que tenemos de nuestra unidad.

Como podemos ver en el cuadro 26, las categorías que hemos hecho de acuerdo con el estado civil, corresponden a - - Solteros, Casados y Viudos, omitiendo el grupo de separados - - - - -

(8). Campo, S. del. op. cit.

12

por que no hemos tenido ningún caso. En la muestra general nos aparece un 72%, de casados, 26% de solteros y un 1% de viudos que practicamente no es significativo.

De los 49 casos de solteros, que representan un 26% de la muestra, vemos que existe un 51% sin accidentes y un 49% con accidentes. Entre los Casados, 135, que representa un 72% de la muestra, el 46% no tienen accidentes y el 54% si. Como vemos las diferencias son mínimas entre ambos grupos.

El número de accidentes acaecidos a los solteros, están integrados dentro de grupo de 3 y 4 accidentes. Mientras que en los casados, vemos que de los 135 de la muestra, 50 han padecido 3 y 4 accidentes, 13, 5 y 6 accidentes y 9, aparecen con 7 y más accidentes. En este cuadro, se observa que los solteros padecen accidentes, pero en menor número que los casados. Sin embargo, esto no es exactamente cierto, por qué los solteros están comprendidos en los grupos de menor edad, por lo qué los que aparecen con 14, 15 y 16 años, conocemos que no han tenido tiempo suficiente en la Empresa, para poderliaccidentarse.

La duración del accidente es analizada a través del cuadro 27, En él, observamos que no existen diferencias significativas en cuanto a la mayor o menor duración de los días de baja entre los solteros y los casados.

2.4. Los Hijos.

A través de esta pregunta queríamos obtener, una respuesta sobre la importancia de los hijos en el número de accidentes. Es de todos conocido, la importancia de los hijos en el ajuste familiar y general del individuo. Tal vez de los problemas que más afecten a la persona sean los que están -- relacionados con la de este aspecto. Han sido estudiados ampliamente los rasgos psicológicos que definen al individuo -- que no tiene hijos al igual que los que definen a los que tienen familia numerosa. Por tanto, hemos querido analizar, primero la influencia del número de hijos, segundo, la influencia de la enfermedad o desgracias de los hijos, y tercero, -- a través de la muerte de los hijos como valoración de un estado de desajuste total.

a.- Número:

En cuanto al número de hijos, las categorías realizadas han sido de: 0 hijos, 1 y 2 hijos, 3 y 4 hijos, 5 y 6 hijos, -- 7 y 8 hijos, y, 9 y más hijos. En la muestra general, vemos -- que lo más frecuente es la familia con 1 y 2 hijos (32%), seguido de 3 y 4 hijos (21%), 0 hijos, con el 9%, 5 y 6 hijos con el 6%, 7 y 8 hijos con el 1%, y 9 y más hijos con 2%.

El censo de población de 1960, por su parte, ofrece una clasificación de las mujeres, por su fecundidad, en la cual se dan los porcentajes de mujeres casadas y viudas que habían de-

clarado diverso número de hijos. La distribución es:(9)

CUADRO 6.- PORCENTAJES DE HIJOS EN MUJERES CASADAS Y VIUDAS.

	<u>Censo %.</u>
Ningún hijo	10,9
1 y 2 Hijos	39,4
3 y 4 Hijos	39,4
Más de 4 Hijos	22,8

En el cuadro de accidentes 8 c)., observamos una ligera desviación a tener accidentes los que tienen 0, 1, 2 y 3 y 4 Hijos. Mientras que esta tendencia se invierte a partir de los 5 Hijos.

En el cuadro 8 b) de accidentes, vemos que entre los accidentados, se encuentran con el mayor número de accidentes, los que tienen menor número de hijos. Así, observamos, que no existen entre los que tienen más de 5 Hijos ninguno que haya tenido 7 ó más accidentes, y sólo 1, que ha tenido 5 ó 6 accidentes.

En cuanto a la duración de los accidentes, observando el cuadro 9 b) de días de baja, vemos como los que tienen mayor número de hijos, son los que tardan menos en curar su accidente.

(9). Campo S. del. op. cit.

b.- Hijos fallecidos.

El haber muerto alguno de los hijos de la familia, lógicamente significa trauma bastante fuerte. El 12% de la muestra, ha pasado este percance. Sin embargo, la mayor parte de ellos, el 54%, no han tenido ningún accidente, frente al 46% restante.

Entre los que no se les ha muerto ningún hijo, y aclaramos que quedan excluidos los solteros de estos porcentajes, encontramos el 61% de la muestra. A pesar de no haber sufrido este trauma, la mayoría de ellos, el 56%, han sufrido accidentes, frente a un 45%. Observando esta relación, podríamos asegurar que el haber fallecido algún hijo dentro de la familia, facilita la posibilidad de no tener accidentes.

En cuanto al número de accidentes entre los accidentados, conviene destacar que el mayor número de accidentes se producen entre los que no le han fallecido ninguno de los hijos. Así, observamos que con 5 y 6 accidentes, de los 13 accidentes producidos, el 8%, ha sido entre los que sí le ha fallecido algún hijo, y el 92%, entre los que no le han fallecido. El 10% de los que tienen más de 7 accidentes, está incluido entre los que no han sufrido esta desgracia.

En cuanto a la duración de los accidentes, ha sido bastante menor en los que tienen algún hijo fallecido, con respecto a los que no lo tienen.

2.5. La esposa.

Dentro del hogar la esposa ocupa un lugar preminente en el equilibrio y estabilidad de los sujetos que lo componen. - Muchos índices podíamos haber tomado para estudiar a la esposa del individuo que trabaja. Pero en esta ocasión y como estudio previo sólo hemos querido tomar tres aspectos: trabajo de la esposa fuera del hogar, edad de la esposa y salud.

Cada día la esposa va saliendo más del hogar trabajando fuera de casa. La aportación económica y la desalineación que significa para la esposa es de verdadera importancia. Pero en los trabajos realizados hasta el momento se ve que nuestra población el trabajo de la mujer está siendo realizado especialmente por la mujer soltera, mientras que la mujer casada sigue manteniéndose dentro de la casa. En nuestra muestra general vemos como de los 186 sujetos sólo el 6 por 100 trabaja fuera de casa y el 88 por 100 no. Un tercer grupo en las categorías realizadas es el a veces, que está constituido por mujeres que trabajan transitoriamente. Sin duda alguna se trata de por el nivel sobre el que estamos haciendo el estudio de asistentas.

De las familias en las que la mujer trabaja (11), seis sujetos no tienen accidente y cinco tienen accidentes. Las cifras no son significativas. Tampoco lo son si comparamos los porcentajes horizontales. De las 97 familias que encontramos

con accidentes, el 5 por 100 sí trabaja la esposa y el 88 por 100 no trabaja. Pero esta misma proporción se mantiene en los que no tienen accidentes, en los cuales encontramos que entre los 89 que no tienen accidentes el 6 por 100 trabaja la esposa y el 89 por 100 no trabaja.

El estudiar la edad de la esposa lo hemos hecho aparte de otras consideraciones pensando en la posibilidad de una necesidad de dependencia o protección por parte del individuo, así como un mayor autoritarismo en el hogar. De la muestra general estudiada hemos encontrado que el 4 por 100 de los sujetos tienen la esposa que es mayor que él, el 32 por 100 tiene la esposa de menor edad y el 3 por 100 tiene la misma edad que la esposa. El 60 por 100 restante, cifra bastante respetable, dentro de la muestra es tan alto porque incluyo entre ellos a los solteros.

Cuando la esposa es mayor que el sujeto se produce un mayor porcentaje de individuos con accidentes, 62 por 100 con accidente frente al 37 por 100 sin accidente. Mientras que cuando la esposa es menor se produce un mayor porcentaje de sujetos sin accidentes, 61 por 100 frente a 38 por 100. Estas cifras podrían indicarnos que una mayor dependencia al menos numérica por parte del individuo favorece la producción de accidentes.

Los porcentajes en cuanto al número de días de baja por accidente se encuentran suficientemente repartidos entre las

tres categorías realizadas, lo que nos indica que no influye la edad de la esposa en la producción o no de accidentes.

En último lugar hemos estudiado la salud de la esposa. Esta apreciación se ha hecho por parte del sujeto, ampliamente orientado por nosotros en cuanto a lo que podríamos titular considerar a la esposa sana o enferma. Estas dos son las categorías realizadas además de el no consta que en este caso viene a ser también bastante alto por incluir a los solteros.

De los sujetos de la muestra, el 68 por 100 tienen a la esposa sana mientras que sólo un 4 por 100 pueden considerar que su esposa está enferma. Cifra realmente exigua, la posibilidad de obtención de conclusiones.

Los grupos con accidentes y sin accidentes guardan la misma distribución con respecto a si la esposa está sana o enferma. Predominan los con accidentes tanto cuando la esposa está sana como cuando está enferma.

E igualmente la duración de la baja se hace por igual cuando la esposa está sana o enferma. Es decir que se reparten al 50 por 100 en ambos grupos.

2.6. Vivienda: Calidad y número.

Uno de los aspectos que hemos querido analizar a través de este trabajo, son los componentes de la vivienda y su calidad. A la vez que esto, hemos querido estudiar también el número de componentes que existen en la vivienda. Sin duda alguna, la vivienda, aparte de marcar ciertos aspectos del status del sujeto, tiene también un significado psicológico de las buenas relaciones interfamiliares. Aparte de esto, implica también distintas concepciones de vida. Los componentes y la calidad de la vivienda varían de la sociedad tradicional con respecto a la sociedad moderna. En la sociedad tradicional, se descuidaba más la vivienda y su número de componentes era más amplio. Tal vez porque al ser la familia extendida no tenía límites de una vivienda a otra. La familia era -- tal vez el poblado. En la familia moderna se reduce el número de sus componentes, y realmente la preocupación por la mejora del habitáculo y de sus miembros es una constante mayor.

Por eso, hemos querido en primer lugar, hacer un estudio de la calidad de la vivienda. La calidad de la vivienda, la hemos categorizado en: buena, regular y mala. Esta apreciación es de tipo subjetivo. El individuo nos ha dicho como considera la vivienda. En ocasiones hemos participado en su calificación, ya que algunos individuo, a viviendas mal ventiladas, húmedas, bastante soleadas, pero viviendas bajas, es decir, chabolas, la han considerado como buenas. Nosotros acep-

tábamos la calificación de ellos de buena, regular o mala, haciendo una especie de cómputo de la serie de datos que ellos nos dan. En muy pocos casos hemos tenido que variar la calificación dada por los propios sujetos.

En la muestra total, observamos que de los 186 sujetos, de la muestra, el 67 por 100, posee una vivienda buena, una vivienda regular la habitan el 16 por 100 y el 14 por 100 restante la vivienda es mala. Queda un 2 por 100 en el cual los sujetos hablaban de vivir de un lugar en otro y hemos creído que era imposible el catalogar su vivienda.

Vemos que del 67 por 100 de sujetos con vivienda buena, 48 por 100 no tiene ningún accidente, mientras que un 52 por 100 está sin accidentes y el 54 por 100 está con accidentes.

Como vemos por esta serie de cifras dadas no existen diferencias significativas entre la accidentabilidad de los sujetos y la no accidentabilidad en cuanto hace referencia a la calidad de la vivienda. Porqué además de que los porcentajes son poco significativos, también vemos que el no tener accidentes aparece con mayores porcentajes, tanto en los de vivienda buena, como en los de vivienda mala.

Uno de los factores que nos ha interesado investigar es si la vivienda, el confort de la vivienda afectaría a la duración de la baja. Cabía sospechar que una vivienda mala hiciera poco grata la estancia del sujeto y acelerase subjetivamente o psicológicamente el proceso de curación. Por los datos que hemos registrado en las tablas de días de baja, este hecho no sólo no se confirma sino que se produce el fenómeno inverso - de 65 personas accidentadas con buena vivienda, 48 han tardado de 1 a 90 días en curar, mientras que 17 han tardado más de 90 días. Entre los individuos que poseen una mala vivienda de 14 sujetos accidentados, 6 han tardado de 1 a 90 días mientras que 8 han tardado más de 90 días. Este fenómeno de la mejora de la vivienda se confirma también en los niveles de vivienda regulares.

Antes de analizar el número de las personas que habitan en la vivienda hemos querido conocer si viven los padres del sujeto. Y nos hemos referido a los padres del sujeto y de la esposa y para ello hemos hecho las categorías siguientes: a) no viven, b) vive uno, c) viven dos o más, d) no consta.

Como es obvio casi todos los sujetos de la muestra son personas mayores por lo que no es de extrañar que no vivan algunos de ellos. Así hemos encontrado que el 29 por 100 de la muestra no viven los padres, un 35 por 100 vive uno y de otro 35 por 100 viven dos o más.

Relacionado este suceso con la accidentabilidad de los sujetos, vemos en el cuadro ... que la mayor parte de los con accidentes integran los mayores porcentajes de la muestra, - tanto en el caso de los que no viven como en el que viven uno o viven dos o más. Lo cual nos quiere decir que este dato no es significativo dentro de la muestra.

Al revisar las tablas con respecto a los días de baja - por accidente observamos que el fenómeno se repite. No exis-- ten diferencias entre los que no viven, los que vive uno o - viven dos en cuanto a la accidentabilidad. Esto nos indica - que aquí no existe ningún componente que pueda abonar la pre- disposición a los accidentes.

El tercer aspecto estudiado dentro de la vivienda es el que hemos dado en llamar el enfrentamiento entre familia tra- dicional y familia moderna. Las categorías que hemos hecho en este nivel están compuestas por: familia nuclear, menos fami- lia nuclear, más familia nuclear y no consta. Llamamos fami- lia nuclear cuando los miembros que existen dentro de la fami- lia es la esposa y todos los hijos más el miembro activo. Me- nos familia nuclear, hemos considerado en esta categoría cuan- do en unos casos ha fallecido la esposa, en otros casos algu- no de los hijos se ha convertido en miembro activo y al for- mar otro nuevo hogar ha quedado alejado de la familia. No he- mos excluido de esta categoría cuando existen hijos falleci- dos. Llamamos en los niveles hechos a más familia nuclear --

cuando viven algunos de los parientes próximos a la familia - tales como los suegros o los padres del sujeto y entonces el habitáculo está formado por más miembros de los que son exactamente el matrimonio y los hijos.

Al analizar los totales vemos que el 43 por 100 de la - muestra está formado por familia nuclear, el 41 por 100 por - menos de la familia nuclear y el 13 por 100 por más de la fa- milia nuclear.

En cuanto a la predisposición a los accidentes observa- mos que las categorías sin y con accidentes guardan práctica- mente la misma proporción. Y las diferencias entre ellas no - son significativas a pesar de que se den con menos accidentes los que la familia es extendida, mientras que existen con me- nos accidentes los que están compuestos por la familia nuclear o menos de la familia nuclear. Pero insistimos en que los por- centajes de ambas cifras no son ciertamente significativas.

En cuanto a los días de baja por accidente observamos - que los días de baja guardan cierta similitud entre las tres categorías y se produce un mayor porcentaje de individuos que guardan la baja de uno a 90 días en las tres categorías, mien- tras que en los que las bajas son más duraderas guardan la - misma proporción también en las tres categorías.

2.7. Los hermanos.

En la ampliación de este estudio, quisieramos obtener más datos que hagan referencia a la procedencia del sujeto estudiado. Creemos que a través de estas respuestas podremos obtener una serie de datos de bastante interés sobre la vida anterior del sujeto, sobre la imagen de su infancia, -- sobre la convivencia de hogar, sobre el nivel socioeconómico y sociocultural de sus padres y, que tienen influencia en la actividad laboral del sujeto.

En las respuestas que presentamos ahora, sólo hemos estudiado el número de hermanos. Por considerar que entre los que proceden de familias numerosas y los hijos únicos, es posible que existiese alguna diferencia ante el accidente. De aquí nuestro interés al formular esta pregunta.

Las categorías que hemos realizado son las de: 0 hermanos, 1 hermano, 2 y 3 hermanos, 4 y 5 hermanos, 6 y 7 hermanos, 8 y más hermanos. Al valorar la composición familiar a través del número de hermanos, tendremos que tener en cuenta al sujeto que estudiamos. Especialmente a la hora de discernir entre familia numerosa o no numerosa.

De la muestra general obtenida, sólo un 7% son hijos -- únicos o, la parejita ideal. Hijo único sólo es un 1%, el resto, el 92% está compuesta por familias de 3 o más hijos, dominando las familias que tienen en su composición 5 ó 6 descen --

dientes (34%). Conviene recordar aquí que la muestra está - obtenida en una empresa de la Construcción y que además los sujetos pertenecen a los niveles socioculturales y socioeconómicos más bajos.

En la Encuesta de población activa de 1969, hecha por el Instituto Nacional de Estadística, vemos que la dimensión de los hogares españoles es como se vé en el siguiente cuadro: (10)

CUADRO 7. NUMERO DE HOGARES SEGUN SU DIMENSION

<u>Número de hogares según dimensión</u>	<u>Total millares</u>
TOTAL	9.078,7
De 1 persona	925,8
De 2 personas	1.949,9
De 3 personas	1.764,3
De 4 personas	1.906,1
De 5 personas	1.270,6
De 6 personas	677,6

En el cuadro c), observamos que los que tienen 0 y 1 hermanos, tienen menor número de accidentes. Por el contrario a partir de los 2 hermanos, los sujetos de la muestra poseen más accidentes.

De los 89 operarios que no tienen ninguna baja, el 11%

(10). Fuente Encuesta de población activa. 1969. Instituto Nacional de Estadística.

corresponde a los que han sido hijos únicos o sólo han tenido 1 hermano. Y el 89% restante, han tenido 2 ó más hermanos. De los que han tenido baja, no aparecen ninguno que sea hijo único.

CUADRO 8 .-- DISTRIBUCION DE ACCIDENTADOS Y NO ACCIDENTADOS SEGUN EL NUMERO DE HIJOS.

Cuadro 8 a). Valores con el número de Accidentes (Valores absolutos)

	<u>Total</u>	<u>0 hij</u>	<u>1 y 2</u>	<u>3 y 4</u>	<u>5 y 6</u>	<u>7 y 8</u>	<u>9 y más</u>	<u>N.C.</u>
0 Accidentes	89	7	30	15	7	1	3	26
3 y 4 Accidentes .	75	7	20	17	4	1	1	25
5 y 6 Accidentes .	13	1	6	5	1	-	-	-
7 y más Accidentes	9	2	4	3	-	-	-	-
Totales	186	17	60	40	12	2	4	51

Cuadro 8 b). Valores con el número de Accidentes (Porcentajes horizontales)

	<u>Total</u>	<u>0 hij</u>	<u>1 y 2</u>	<u>3 y 4</u>	<u>5 y 6</u>	<u>7 y 8</u>	<u>9 y más</u>	<u>N.C.</u>
0 Accidentes	89	8	34	17	8	1	3	29
3 y 4 Accidentes .	75	9	27	23	5	1	1	26
5 y 6 Accidentes .	13	8	46	38	8	0	0	0
7 y más Accidentes	9	22	44	33	0	0	0	0
Total	186	9	32	21	6	1	2	27

Cuadro 8 o). Valores entre grupos (Porcentajes verticales)

	<u>Total</u>	<u>0 hij</u>	<u>1 y 2</u>	<u>3 y 4</u>	<u>5 y 6</u>	<u>7 y 8</u>	<u>9 y más</u>	<u>N.C.</u>
Sin Accidentes	89	41	50	37	58	50	75	51
Con Accidentes	97	59	50	62	41	50	25	49
Total	186	9	32	21	6	1	2	27

CUADRO 9 .- DISTRIBUCION DEL NUMERO DE DIAS DE BAJA POR ACCIDENTE SEGUN EL NUMERO DE HIJOS.

Cuadro 9 a). Valores con el número de días de baja por Accidente (Valores absolutos).

	<u>Total</u>	<u>0 hijo</u>	<u>1 y 2</u>	<u>3 y 4</u>	<u>5 y 6</u>	<u>7 y 8</u>	<u>9 y más</u>	<u>N.C.</u>
0 días	89	7	30	15	7	1	3	26
1 a 90 días	67	8	20	14	5	1	-	19
91 a 120 días ...	10	1	5	4	-	-	-	-
121 a 210 días ..	10	-	2	5	-	-	1	2
Más de 211 días .	10	1	3	2	-	-	-	4
Total	186	17	60	40	12	2	4	51

Cuadro 9 b). Valores con el número de días de baja por Accidente (Porcentajes horizontales).

	<u>Total</u>	<u>0 hijo</u>	<u>1 y 2</u>	<u>3 y 4</u>	<u>5 y 6</u>	<u>7 y 8</u>	<u>9 y más</u>	<u>N.C.</u>
0 días	89	8	34	17	8	1	3	29
1 a 90 días	67	12	30	21	7	1	0	28
91 a 120 días ...	10	10	50	40	0	0	0	0
121 a 210 días ..	10	0	20	50	0	0	10	20
Más de 211 días .	10	10	30	20	0	0	0	40
Total	186	9	32	21	6	1	2	27

Cuadro 9 c). Valores entre grupos (Porcentajes).

	<u>Total</u>	<u>0 hijos</u>	<u>1 y 2</u>	<u>3 y 4</u>	<u>5 y 6</u>	<u>7 y 8</u>	<u>9 y más</u>	<u>N.C.</u>
Sin Bajas	89	8	34	17	8	1	3	29
Con Bajas	97	10	31	26	5	1	1	26
Total	186	9	32	21	6	1	2	27

CUADRO 10.- DISTRIBUCION DE ACCIDENTADOS Y NO ACCIDENTADOS SEGUN EL NUMERO DE HIJOS FALLECIDOS.

Cuadro 10a). Valores con el número de Accidentes (Valores absolutos)

	<u>Total</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>N.C.(Inclu- ye solteros)</u>
0 Accidentes	89	12	51	26
3 y 4 Accidentes	75	9	41	25
5 y 6 Accidentes	13	1	12	-
7 y más accidentes	9	-	9	-
Total	186	22	113	51

Cuadro 10b). Valores con el número de accidentes (Porcentajes horizontales)

	<u>Total</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>N.C.(Inclu- ye solteros)</u>
0 Accidentes	89	13	57	29
3 y 4 Accidentes	75	12	54	33
5 y 6 Accidentes	13	8	92	0
7 y más Accidentes	9	0	100	0
Total	186	12	61	27

Cuadro 10 c). Valores entre grupos (porcentajes verticales)

	<u>Total</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>N.C.(Inclu- ye solteros)</u>
Sin Accidentes	89	54	45	51
Con Accidentes	97	46	56	49
Total	186	12	61	27

CUADRO 11 .- DISTRIBUCION DE DIAS DE BAJA POR ACCIDENTE SEGUN EL NUMERO DE HIJOS FALLECIDOS.

Cuadro 11 a). Valores con el número de días de baja por accidente (Valores - absolutos).

	<u>Total</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>N.C.(Inclu- ye solteros)</u>
0 días	89	12	51	26
1 a 90 días	67	6	43	18
91 a 120 días	10	3	4	3
121 a 210 días	10	1	7	2
Más de 211 días	10	-	8	2
Total	186	22	113	51

Cuadro 11 b). Valores con el número de días de baja por accidente (Porcenta-
jes horizontales).

	<u>Total</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>N.C.(Inclu- ye solteros)</u>
0 días	89	13	57	29
1 a 90 días	67	9	64	27
91 a 120 días	10	30	40	30
121 a 210 días	10	10	70	20
Más de 211 días	10	0	80	20
Total	186	12	61	27

Cuadro 11c). Valores entre grupos (Porcentajes)

	<u>Total</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>N.C.(Inclu- ye solteros)</u>
Sin Bajas	89	13	57	29
Con Bajas	97	10	64	26
Total	186	12	61	27

CUADRO 12.- DISTRIBUCION DE ACCIDENTADOS Y NO ACCIDENTADOS SEGUN EL NUMERO DE HIJOS ENFERMOS.

Cuadro 12 a). Valores con el número de Accidentes (Valores absolutos)

	<u>Total</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>N.C.(inclu- ye solteros)</u>
0 Accidentes	89	-	63	26
3 y 4 Accidentes	75	-	50	25
5 y 6 Accidentes	13	-	13	-
7 y más accidentes	9	-	9	-
Total	186	-	135	51

Cuadro 12 b). Valores con el número de accidentes (porcentajes horizontales)

	<u>Total</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>N.C.(inclu- ye solteros)</u>
0 Accidentes	89	0	71	29
3 y 4 accidentes	75	0	66	33
5 y 6 accidentes	13	0	100	0
7 y más accidentes	9	0	100	0
Total	186	0	73	27

Cuadro 12 c). Valores entre grupos (Porcentajes verticales)

	<u>Total</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>N.C.(Inclu- ye solteros)</u>
Sin Accidentes	89	0	46	51
Con Accidentes	97	0	54	49
Total	186	0	73	27

CUADRO 13.- DISTRIBUCION DEL NUMERO DE DIAS DE BAJA POR ACCIDENTE SEGUN EL NUMERO DE HIJOS ENFERMOS.

Cuadro 13 a). Valores con el número de días de baja por Accidente (Valores - absolutos).

	<u>Total</u>	<u>Si</u>	<u>no</u>	<u>N.C.(Inclu- ye solteros)</u>
0 días	89	-	63	26
1 a 90 días	67	-	50	17
91 a 120 días	10	-	6	4
121 a 210 días	10	-	8	2
Más de 211 días	10	-	8	2
Total	186	-	135	51

Cuadro 13 b). Valores con el número de días de baja por Accidente (Porcentajes horizontales).

	<u>Total</u>	<u>Si</u>	<u>no</u>	<u>N.C.(Inclu- ye solteros)</u>
0 días	89	0	71	29
1 a 90 días	67	0	75	25
91 a 120 días	10	0	60	40
121 a 210 días	10	0	80	20
Más de 211 días	10	0	80	20
Total	186	0	73	27

Cuadro 13 c). Valores entre grupos (Porcentajes)

	<u>Total</u>	<u>Si</u>	<u>no</u>	<u>N.C.(Inclu- ye solteros)</u>
Sin Bajas	89	0	71	29
Con bajas	97	0	74	26
Total	186	0	73	27

CUADRO 14.- DISTRIBUCION DE ACCIDENTADOS Y NO ACCIDENTADOS SEGUN LA EDAD DE LA ESPOSA.

Cuadro 14a). Valores con el número de Accidentes (Valores absolutos)

	<u>Total</u>	<u>Mayor</u>	<u>Menor</u>	<u>Igual</u>	<u>N.C.(Inclu- ye solteros)</u>
0 Accidentes	89	3	37	4	45
3 y 4 Accidentes	75	4	14	1	56
5 y 6 Accidentes	13	1	4	1	7
7 y más Accidentes	9	-	5	-	4
Total	186	8	60	6	112

Cuadro 14b). Valores con el número de Accidentes (Porcentajes horizontales)

	<u>Total</u>	<u>Mayor</u>	<u>Menor</u>	<u>Igual</u>	<u>N.C.(Inclu- ye solteros)</u>
0 Accidentes	89	3	41	4	51
3 y 4 Accidentes	75	5	18	1	75
5 y 6 Accidentes	13	7	31	7	54
7 y más Accidentes	9	0	55	0	45
Total	186	4	32	3	60

Cuadro 14c). Valores entre grupos (Porcentajes verticales)

	<u>Total</u>	<u>Mayor</u>	<u>Menor</u>	<u>Igual</u>	<u>N.C.(Inclu- ye solteros)</u>
Sin Accidentes	89	37	61	66	40
Con Accidentes	97	62	38	33	59
Total	186	4	32	3	60

CUADRO 15 .-- DISTRIBUCION DEL NUMERO DE DIAS DE BAJA POR ACCIDENTE SEGUN LA EDAD DE LA ESPOSA.

Cuadro 15 a). Valores con el número de días de baja por Accidente (Valores absolutos).

	<u>Total</u>	<u>Mayor</u>	<u>Menor</u>	<u>Igual</u>	<u>N.C.(Inclu- ye solteros)</u>
0 días	89	3	37	4	45
1 a 90 días	67	4	17	2	44
91 a 120 días ...	10	1	2	-	7
121 a 210 días ..	10	-	4	-	6
Más de 211 días .	10	-	-	-	10
Total	186	8	60	6	112

Cuadro 15 b). Valores con el número de días de baja por Accidente (Porcentajes horizontales).

	<u>Total</u>	<u>Mayor</u>	<u>Menor</u>	<u>Igual</u>	<u>N.C.(Inclu- ye solteros)</u>
0 días	89	3	41	4	51
1 a 90 días	67	6	25	3	65
91 a 120 días ...	10	10	20	-	70
121 a 210 días ..	10	0	40	0	60
Más de 211 días .	10	0	0	0	100
Total	186	4	32	3	60

Cuadro 15 c). Valores entre grupos (porcentajes)

	<u>Total</u>	<u>Mayor</u>	<u>Menor</u>	<u>Igual</u>	<u>N.C.(Inclu- ye solteros)</u>
Sin Bajas	89	3	41	4	51
Con Bajas	97	6	24	2	69
Total	186	4	32	3	60

**CUADRO 16.- DISTRIBUCION DE ACCIDENTADOS Y NO ACCIDENTADOS SEGUN LA SALUD
DE LA ESPOSA.**

Cuadro 16 a). Valores con el número de accidentes (Valores absolutos)

	<u>Total</u>	<u>Sana</u>	<u>Enferma</u>	<u>N.C.(Incluye solteros.</u>
0 Accidentes	89	59	4	26
3 y 4 Accidentes	75	48	2	25
5 y 6 Accidentes	13	11	2	-
7 y más accidentes	9	8	1	-
Total	186	126	9	51

Cuadro 16 b). Valores con el número de Accidentes (Porcentajes horizontales)

	<u>Total</u>	<u>Sana</u>	<u>Enferma</u>	<u>N.C. (Inclu- ye solteros)</u>
0 Accidentes	89	66	4	30
3 y 4 Accidentes	75	64	3	33
5 y 6 Accidentes	13	84	15	0
7 y más Accidentes	9	89	11	0
Total	186	68	4	27

Cuadro 16 c). Valores entre grupos (Porcentajes verticales)

	<u>Total</u>	<u>Sana</u>	<u>Enferma</u>	<u>N.C. (Inclu- ye solteros)</u>
Sin Accidentes	89	46	44	51
Con Accidentes	97	53	55	49
Total	186	68	4	27

CUADRO 17 .-- DISTRIBUCION DEL NUMERO DE DIAS DE BAJA POR ACCIDENTE SEGUN LA SALUD DE LA ESPOSA.

Cuadro 17 a). Valores con el número de días de baja por Accidente (Valores absolutos).

	<u>Total</u>	<u>Sana</u>	<u>Enferma</u>	<u>N.C.(Inclu- ye solteros)</u>
0 días	89	59	4	26
1 a 90 días	67	46	3	18
91 a 120 días	10	5	2	3
121 a 210 días	10	8	-	2
Más de 211 días	10	8	-	2
Total	186	126	9	51

Cuadro 17 b). Valores con el número de días de baja por Accidente (Porcentajes horizontales)

	<u>Total</u>	<u>Sana</u>	<u>Enferma</u>	<u>N.C.(Inclu- ye solteros)</u>
0 días	89	66	4	30
1 a 90 días	67	68	4	26
91 a 120 días	10	50	20	30
121 a 210 días	10	80	0	20
Más de 211 días	10	80	0	20
Total	186	68	4	27

Cuadro 17 c). Valores entre grupos. (Porcentajes)

	<u>Total</u>	<u>Sana</u>	<u>Enferma</u>	<u>N.C.(Inclu- ye solteros)</u>
Sin bajas	89	66	4	30
Con Bajas	97	69	5	26
Total	186	68	4	27

CUADRO 18 .- DISTRIBUCION DE ACCIDENTADOS Y NO ACCIDENTADOS SEGUN EL TRABAJO DE LA ESPOSA.

Cuadro 18 a). Valores con el número de Accidentes (Valores absolutos)

	<u>Total</u>	<u>Si</u>	<u>no</u>	<u>A veces.</u>
0 Accidentes	89	6	79	4
3 y 4 Accidentes	75	3	65	7
5 y 6 Accidentes	13	2	11	-
7 y más Accidentes ..	9	-	9	-
Total	186	11	164	11

Cuadro 18 b). Valores con el número de accidentes (Porcentajes horizontales)

	<u>Total</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>A veces.</u>
0 Accidentes	89	6	89	4
3 y 4 Accidentes	75	4	86	9
5 y 6 Accidentes	13	15	84	0
7 y más Accidentes ...	9	0	100	0
Total	186	6	88	6

Cuadro 18 c). Valores entre grupos (Porcentajes verticales)

	<u>Total</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>A veces.</u>
Sin Accidentes	89	54	48	36
Con Accidentes	97	46	52	64
Total	186	6	88	6

CUADRO 19 .- DISTRIBUCION DEL NUMERO DE DIAS DE BAJA POR ACCIDENTE SEGUN EL TRABAJO DE LA ESPOSA.

Cuadro 19 a). Valores con el número de días de baja por Accidente (Valores absolutos).

	<u>Total</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>A veces.</u>
0 días	89	6	79	4
1 a 90 días	67	4	59	4
91 a 120	10	-	7	3
121 a 210 días	10	-	10	-
Más de 211 días	10	1	9	-
Total	186	11	164	11

Cuadro 19 b). Valores con el número de días de baja por Accidente (Porcentajes horizontales).

	<u>Total</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>A veces</u>
0 días	89	7	89	4
1 a 90 días	67	6	88	6
91 a 120 días	10	0	70	30
121 a 210 días	10	0	100	0
Más de 211 días	10	10	90	0
Total	186	6	88	6

Cuadro 19 c). Valores entre grupos. (Porcentajes)

	<u>Total</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>A veces</u>
Sin Bajas	89	7	89	4
Con Bajas	97	5	88	7
Total	186	6	88	6

CUADRO 20 .- DISTRIBUCION DE ACCIDENTADOS Y NO ACCIDENTADOS SEGUN LOS PADRES

Cuadro 20 a). Valores con el número de accidentes (Valores absolutos)

	<u>Total</u>	<u>No viven</u>	<u>Vive 1</u>	<u>Viven 2</u>	<u>No consta</u>
0 Accidentes	89	27	31	31	-
3 y 4 Accidentes	75	24	24	26	1
5 y 6 Accidentes	13	3	6	4	-
7 y más Accidentes	9	1	4	4	-
Total	186	55	65	65	1

Cuadro 20 b). Valores con el número de Accidentes (Porcentajes horizontales)

	<u>Total</u>	<u>No viven</u>	<u>Vive 1</u>	<u>Viven 2</u>	<u>No consta</u>
0 Accidentes	89	30	35	35	0
3 y 4 Accidentes	75	32	32	34	1
5 y 6 Accidentes	13	23	46	30	0
7 y más Accidentes	9	11	44	44	0
Total	186	29	35	35	1

Cuadro 20 c). Valores entre grupos (Porcentajes verticales)

	<u>Total</u>	<u>No viven</u>	<u>Vive 1</u>	<u>Viven 2</u>	<u>No consta</u>
Sin Accidentes	89	49	47	47	0
Con Accidentes	97	51	52	52	100
Total	186	29	35	35	1

CUADRO 21 .-- DISTRIBUCION DEL NUMERO DE DIAS DE BAJA POR ACCIDENTES SEGUN LOS PADRES.

Cuadro 21 a). Valores con el número de días de baja por Accidente (Valores absolutos).

	<u>Total</u>	<u>No viven</u>	<u>Vive 1</u>	<u>Viven 2</u>	<u>No consta.</u>
0 días	89	27	31	31	-
1 a 90 días	67	18	23	25	1
91 a 120 días ...	10	6	-	4	-
121 a 210 días ..	10	2	6	2	-
Más de 211 días .	10	2	5	3	-
Total	186	55	65	65	1

Cuadro 21 b). Valores con el número de días de baja por Accidente (Porcentajes horizontales).

	<u>Total</u>	<u>No viven</u>	<u>Vive 1</u>	<u>Viven 2</u>	<u>No consta.</u>
0 días	89	30	35	35	0
1 a 90 días	67	26	34	37	1
91 a 120 días ...	10	60	0	40	0
121 a 210 días ..	10	20	60	20	0
Más de 211 días .	10	20	50	30	0
Total	186	29	35	35	1

Cuadro 21 c). Valores entre grupos. (Porcentajes)

	<u>Total</u>	<u>No viven</u>	<u>Vive 1</u>	<u>Viven 2</u>	<u>No consta</u>
Sin Bajas	89	30	35	35	0
Con Bajas	97	29	35	35	1
Total	186	29	35	35	1

**CUADRO 22 .-- DISTRIBUCION DE ACCIDENTADOS Y NO ACCIDENTADOS SEGUN LOS QUE
HABITAN JUNTOS EN LA VIVIENDA.**

Cuadro 22 a). Valores con el número de Accidentes (Valores absolutos)

	<u>Total</u>	<u>F.Nuclear</u>	<u>Menos F.N.</u>	<u>Más F.N.</u>	<u>No consta</u>
0 Accidentes	89	37	37	13	2
3 y 4 Accidentes	75	27	37	9	2
5 y 6 Accidentes	13	10	2	1	-
7 y más Accidentes	9	6	1	2	-
Total	186	80	77	25	4

Cuadro 22 b). Valores con el número de Accidentes (Porcentajes horizontales)

	<u>Total</u>	<u>F.Nuclear</u>	<u>Menos F.N.</u>	<u>Más F.N.</u>	<u>No consta.</u>
0 Accidentes	89	41	41	14	2
3 y 4 Accidentes.....	75	36	49	12	2
5 y 6 Accidentes	13	76	15	7	0
7 y más Accidentes	9	66	11	22	0
Total	186	43	41	13	2

Cuadro 22 c). Valores entre grupos (Porcentajes verticales)

	<u>Total</u>	<u>F.Nuclear</u>	<u>Menos F.N.</u>	<u>Más F.N.</u>	<u>No consta.</u>
Sin Accidentes	89	46	48	52	50
Con Accidentes	97	53	52	48	50
Total	186	43	41	13	2

CUADRO 23 .- DISTRIBUCION DEL NUMERO DE DIAS DE BAJA POR ACCIDENTE SEGUN LOS QUE HABITAN JUNTOS EN LA VIVIENDA.

Cuadro 23 a). Valores con el número de días de baja por Accidente (Valores absolutos).

	<u>Total</u>	<u>F.Nuclear</u>	<u>Menos F.N.</u>	<u>Más F.N.</u>	<u>No consta.</u>
0 Días	89	37	37	13	2
1 a 90 días	67	29	28	8	2
91 a 120 días ..	10	5	4	1	-
121 a 210 días .	10	3	5	2	-
Más de 211 días.	10	6	3	1	-
Total	186	80	77	25	4

Cuadro 23 b). Valores con el número de días de baja por Accidente (Porcentajes horizontales).

	<u>Total</u>	<u>F.Nuclear</u>	<u>Menos F.N.</u>	<u>Más F.N.</u>	<u>No consta.</u>
0 días	89	37	37	13	2
1 a 90 días	67	43	41	12	3
91 a 120 días ..	10	50	40	10	0
121 a 210 días .	10	30	50	20	0
Más de 211 días.	10	60	30	10	0
Total	186	43	41	13	2

Cuadro 23 c). Valores entre grupos (Porcentajes)

	<u>Total</u>	<u>F.Nuclear</u>	<u>Menos F.N.</u>	<u>Más F.N.</u>	<u>No consta.</u>
Sin Bajas	89	41	41	14	2
Con Bajas	97	44	41	12	2
Total	186	43	41	13	2

CUADRO 24.- DISTRIBUCION DE ACCIDENTADOS Y NO ACCIDENTADOS SEGUN LA CALIDAD DE LA VIVIENDA.

Cuadro 24 a). Valores con el número de Accidentes (Valores absolutos)

	<u>Total</u>	<u>Buena</u>	<u>Regular</u>	<u>Mala</u>	<u>N.C.(Inclu- ye pensión)</u>
0 Accidentes	89	60	15	12	2
3 y 4 Accidentes	75	50	15	8	2
5 y 6 Accidentes	13	9	1	3	-
7 y más Accidentes ...	9	6	-	3	-
Total	186	125	31	26	4

Cuadro 24 b). Valores con el número de Accidentes (Porcentajes horizontales)

	<u>Total</u>	<u>Buena</u>	<u>Regular</u>	<u>Mala</u>	<u>N.C.(Inclu- ye pensión)</u>
0 Accidentes	89	67	17	13	2
3 y 4 Accidentes	75	66	20	10	2
5 y 6 Accidentes	13	69	7	23	0
7 y más Accidentes ...	9	66	0	33	0
Total	186	67	16	14	2

Cuadro 24 c). Valores entre grupos (Porcentajes verticales)

	<u>Total</u>	<u>Buena</u>	<u>Regular</u>	<u>Mala</u>	<u>N.C.(Inclu- ye pensión)</u>
Sin Accidentes	89	48	48	46	50
Con Accidentes	97	52	52	54	50
Total	186	67	16	14	2

CUADRO 25 .- DISTRIBUCION DEL NUMERO DE DIAS DE BAJA POR ACCIDENTE SEGUN LA CALIDAD DE LA VIVIENDA.

Cuadro 25 a). Valores con el número de días de baja por accidente (Valores absolutos).

	<u>Total</u>	<u>Buena</u>	<u>Regular</u>	<u>Mala</u>	<u>N.C.(Incluye pensión)</u>
0 Dias	89	60	15	12	2
1 a 90 días	67	48	12	6	1
91 a 120 días ..	10	5	1	4	+
121 a 210 días .	10	5	2	2	1
Más de 211 días.	10	7	1	2	-
Total	186	125	31	26	4

Cuadro 25 b). Valores con el número de días de baja por accidente (Porcentajes horizontales)

	<u>Total</u>	<u>Buena</u>	<u>Regular</u>	<u>Mala</u>	<u>N.C.(Incluye pensión)</u>
0 Dias	89	67	17	13	2
1 a 90 días	67	71	18	9	1
91 a 120 días	10	50	10	40	0
121 a 210 días ..	10	50	20	20	10
Más de 211 días .	10	70	10	20	0
Total.	186	67	16	14	2

Cuadro 25 c). Valores entre grupos (porcentajes)

	<u>Total</u>	<u>Buena</u>	<u>Regular</u>	<u>Mala</u>	<u>N.C.(Incluye pensión)</u>
Sin Bajas	89	67	17	13	2
Con Bajas	97	67	16	14	2
Total	186	67	16	14	2

CUADRO 26.- DISTRIBUCION DE ACCIDENTADOS Y NO ACCIDENTADOS SEGUN EL ESTADO CIVIL.

Cuadro 26a). Valores con el número de Accidentes (Valores absolutos)

	<u>Total</u>	<u>Soltero</u>	<u>Casado</u>	<u>Viudo</u>	<u>N.C.</u>
0 Accidentes	89	25	63	1	-
3 y 4 Accidentes	75	24	50	-	1
5 y 6 Accidentes	13	-	13	-	-
7 y más Accidentes	9	-	9	-	-
Total	186	49	135	1	1

Cuadro 26b). Valores con el número de Accidentes (Porcentajes horizontales)

	<u>Total</u>	<u>Soltero</u>	<u>Casado</u>	<u>Viudo</u>	<u>N.C.</u>
0 Accidentes	89	28	71	1	0
3 y 4 Accidentes	75	32	67	0	1
5 y 6 Accidentes	13	0	100	0	0
7 y más Accidentes	9	0	100	0	0
Total	186	26	72	1	1

Cuadro 26c). Valores entre grupos (Porcentajes verticales)

	<u>Total</u>	<u>Soltero</u>	<u>Casado</u>	<u>Viudo</u>	<u>N.C.</u>
Sin Accidentes	89	51	46	100	0
Con Accidentes	97	49	54	0	100
Total	186	26	72	1	1

CUADRO 27 .- DISTRIBUCION DEL NUMERO DE DIAS DE BAJA POR ACCIDENTE SEGUN EL ESTADO CIVIL.

Cuadro 27 a). Valores con el número de días de baja por Accidente (Valores absolutos).

	<u>Total</u>	<u>Soltero</u>	<u>Casado</u>	<u>Viudo</u>	<u>No consta</u>
0 días	89	25	63	1	-
1 a 90 días ...	67	17	49	-	1
91 a 120 días .	10	3	7	-	-
121 a 210 días.	10	2	8	-	-
Más de 211 días	10	2	8	-	-
Total	186	49	135	1	1

Cuadro 27 b). Valores con el número de días de baja por Accidente (Porcentajes horizontales).

	<u>Total</u>	<u>Soltero</u>	<u>Casado</u>	<u>Viudo</u>	<u>No consta.</u>
0 días	89	28	71	1	0
1 a 90 días	67	25	73	0	1
91 a 120 días ..	10	30	70	0	0
121 a 210 días .	10	20	80	0	0
Más de 211 días.	10	20	80	0	0
Total	186	26	72	1	1

Cuadro 27 c). Valores entre grupos (Porcentajes).

	<u>Total</u>	<u>Soltero</u>	<u>Casado</u>	<u>Viudo</u>	<u>No consta.</u>
Sin Bajas	89	28	71	1	0
Con Bajas	97	25	74	0	1
Total	186	26	72	1	1

CUADRO 28 .- DISTRIBUCION DE ACCIDENTADOS Y NO ACCIDENTADOS SEGUN EL NUMERO DE HERMANOS.

Cuadro 28 a). Valores con el número de Accidentes (Valores absolutos)

	<u>Total</u>	<u>0 hnos</u>	<u>1 hnos</u>	<u>2 y 3</u>	<u>4 y 5</u>	<u>6 y 7</u>	<u>8 y m.</u>	<u>N.C.</u>
0 Accidentes	89	3	7	29	28	17	5	-
3 y 4 Accidentes	75	-	1	24	26	17	6	1
5 y 6 Accidentes	13	-	2	5	5	-	1	-
7 y Más Accidentes ..	9	-	1	2	5	1	-	-
Total	186	3	11	60	64	35	12	1

Cuadro 28 b). Valores con el número de Accidentes (Porcentajes horizontales)

	<u>Total</u>	<u>0 hnos</u>	<u>1 hnos</u>	<u>2 y 3</u>	<u>4 y 5</u>	<u>6 y 7</u>	<u>8 y más</u>	<u>N.C.</u>
0 Accidentes	89	3	8	32	31	19	5	0
3 y 4 Accidentes	75	0	1	32	34	22	8	1
5 y 6 Accidentes	13	0	15	38	38	0	7	0
7 y más Accidentes ...	9	0	11	22	55	11	0	0
Total	186	1	6	32	34	18	6	1

Cuadro 28 o). Valores entre grupos (Porcentajes verticales)

	<u>Total</u>	<u>0 hnos</u>	<u>1 hnos</u>	<u>2 y 3</u>	<u>4 y 5</u>	<u>6 y 7</u>	<u>8 y más</u>	<u>N.C.</u>
Sin Accidentes	89	100	63	48	43	48	41	0
Con Accidentes	97	0	36	51	56	51	58	100
Total	186	1	6	32	34	18	6	1

CUADRO 29 .- DISTRIBUCION DEL NUMERO DE DIAS DE BAJA POR ACCIDENTE SEGUN EL NUMERO DE HERMANOS.

Cuadro 29 a). Valores con el número de días de Baja por Accidente (Valores absolutos).

	<u>Total</u>	<u>0 hnos</u>	<u>1 hnos</u>	<u>2 y 3</u>	<u>4 y 5</u>	<u>6 y 7</u>	<u>8 y más</u>	<u>N.C.</u>
0 días	89	3	7	29	28	17	5	-
1 a 90 días	67	-	2	21	23	15	6	-
91 a 120 días ...	10	-	1	4	3	1	-	1
121 a 210 días ..	10	-	-	5	4	1	-	-
Más de 211 días .	10	-	1	1	6	1	1	-
Total	186	3	11	60	64	35	12	1

Cuadro 29 b). Valores con el número de días de Baja por Accidente (Porcentajes horizontales).

	<u>Total</u>	<u>0 hnos</u>	<u>1 hnos</u>	<u>2 y 3</u>	<u>4 y 5</u>	<u>6 y 7</u>	<u>8 y más</u>	<u>N.C.</u>
0 días	89	3	8	32	31	19	5	0
1 a 90 días	67	0	3	31	34	22	9	0
91 a 120 días ...	10	0	10	40	30	10	0	10
121 a 210 días ..	10	0	0	50	40	10	0	0
Más de 211 días .	10	0	10	10	60	10	10	0
Total	186	1	6	32	34	18	6	1

Cuadro 29c). Valores entre grupos (Porcentajes)

	<u>Total</u>	<u>0 hnos</u>	<u>1 hnos</u>	<u>2 y 3</u>	<u>4 y 5</u>	<u>6 y 7</u>	<u>8 y más</u>	<u>N.C.</u>
Sin Bajas.....	89	3	8	32	31	19	5	0
Con Bajas	97	0	4	32	37	18	7	1
Total	186	1	6	32	34	18	6	1

CUADRO 30 .-- DISTRIBUCION DE ACCIDENTADOS Y NO ACCIDENTADOS SEGUN LA EDAD.

Cuadro 30 a). Valores con el número de accidentes (Valores absolutos)

	<u>Total</u>	<u>14-18</u>	<u>19-25</u>	<u>26-30</u>	<u>31-40</u>	<u>41-50</u>	<u>51-60</u>	<u>61-70</u>	<u>71-75</u>
0 Accidentes	89	4	9	17	19	20	16	4	-
3 y 4 Accidentes .	75	2	12	10	13	14	19	4	1
5 y 6 Accidentes .	13	-	-	3	2	4	4	-	-
7 y más Accidentes	9	-	-	2	5	1	1	-	-
Total	186	6	21	32	39	39	40	8	1

Cuadro 30 b). Valores con el número de Accidentes (Porcentajes horizontales)

	<u>Total</u>	<u>14-18</u>	<u>19-25</u>	<u>26-30</u>	<u>31-40</u>	<u>41-50</u>	<u>51-60</u>	<u>61-70</u>	<u>71-75</u>
0 Accidentes	89	5	10	19	21	22	18	4	0
3 y 4 Accidentes .	75	2	16	13	17	18	26	5	1
5 y 6 Accidentes .	13	0	0	23	15	30	30	0	0
7 y más Accidentes	9	0	0	22	55	11	11	0	0
Total	186	3	11	17	21	21	22	4	1

Cuadro 30 c). Valores entre grupos (Porcentajes verticales)

	<u>Total</u>	<u>14-18</u>	<u>19-25</u>	<u>26-30</u>	<u>31-40</u>	<u>41-50</u>	<u>51-60</u>	<u>61-70</u>	<u>71-75</u>
Sin Accidentes	89	66	42	65	48	51	40	50	0
Con Accidentes	97	33	57	44	51	48	60	50	100
Total	186	3	11	17	21	21	22	4	1

CUADRO 31.- DISTRIBUCION DEL NUMERO DE DIAS DE BAJA POR ACCIDENTE SEGUN LA EDAD

Cuadro 31 a). Valores con el número de días de baja por Accidente (Valores absolutos).

	<u>Total</u>	<u>14-18</u>	<u>19-25</u>	<u>26-30</u>	<u>31-40</u>	<u>41-50</u>	<u>51-60</u>	<u>61-70</u>	<u>71-75</u>
0 días	89	4	9	17	19	20	16	4	-
1 a 90 días	67	2	8	13	11	14	16	3	-
91 a 120 días ..	10	-	1	1	2	3	3	-	-
121 a 210 días ..	10	-	1	1	2	1	4	1	1
Más de 211 días .	10	-	2	-	5	1	2	-	-
Total	186	6	21	32	39	39	40	8	1

Cuadro 31b). Valores con el número de días de baja por Accidente (Porcentajes horizontales).

	<u>Total</u>	<u>14-18</u>	<u>19-25</u>	<u>26-30</u>	<u>31-40</u>	<u>41-50</u>	<u>51-60</u>	<u>61-70</u>	<u>71-75</u>
0 días	89	4	10	19	21	22	18	4	0
1 a 90 días	67	3	12	19	16	20	24	4	0
91 a 120 días ...	10	0	10	10	20	30	30	0	0
121 a 210 días ..	10	0	10	10	20	10	30	10	10
Más de 211 días .	10	0	20	10	40	10	20	0	0
Total	186	3	11	17	21	21	22	4	1

Cuadro 31c). Valores entre grupos (Porcentajes).

	<u>Total</u>	<u>14-18</u>	<u>19-25</u>	<u>26-30</u>	<u>31-40</u>	<u>41-50</u>	<u>51-60</u>	<u>61-70</u>	<u>71-75</u>
Sin Bajas	89	4	10	19	21	22	18	4	0
Con Bajas	97	2	12	16	20	20	24	4	1
Total	186	3	11	17	21	21	22	4	1

2.8. La escala de neuroticismo SN 59.

El cuestionario SN 59 pertenece al grupo de cuestionarios que miden los rasgos psicopatológicos o los rasgos normales que al acentuarse en un sentido o en otro, se tornen patológicos.

Desde las primeras décadas de este siglo, se ha estado perfeccionando los métodos para medir los síntomas neuróticos y psicóticos. Fruto de ello, es la existencia de diversos cuestionarios psicopatológicos que con distintas variaciones miden estos factores. Los más importantes conocidos hasta ahora entre nosotros, los vamos a reseñar de forma resumida.

Personal Data Sheet. P.D.S. de Woodworth.- El P.D.S. fué el cuestionario psicopatológico utilizado durante la Segunda Guerra Mundial para excluir los enfermos psíquicos del Ejército norteamericano. Consta de 116 preguntas extraídas de síntomas psiquiátricos.

Personality schedule de Thurstone.- Este cuestionario - junto con el anterior, son de los más usados con anterioridad a la Segunda Guerra Mundial. Fué usado también por el ejército aliado y consiste en dar una puntuación global del ajuste personal o estabilidad emocional del individuo.

Inventario Shipley.- Este cuestionario consta de dos versiones: una larga de 145 cuestiones, y otra reducida de 20 cuestiones, que correlaciona altamente entre sí. Las respuestas son de elección forzada; esto es, el sujeto ha de elegir entre dos alternativas, aunque a veces ninguna de las dos sea francamente deseable o no coloque al sujeto en buen lugar.

El Shipley, es un instrumento apto para la detección masiva de los desórdenes emocionales y útil en la práctica psicológica y psiquiátrica.

Maudsley Medical Questionnaire. M.M.Q. - Este test de neuroticismo, fué elaborado por Eysenck y consta en su forma actual de 38 preguntas junto con una escala auxiliar de sinceridad formada por 18 cuestiones. Existe una adaptación española de este cuestionario hecha por Pinillos.

Multiphasic Minnesota Personality Inventory. M.M.P.I.- El M.M.P.I. responde a la necesidad de dar un índice general de anormalidad matizando la cualidad clínica de esta y permitiendo establecer perfiles de personalidad más individualizado. Consta de 550 cuestiones y difiere de los cuestionarios habituales en el sentido de que cada frase está escrita sobre una ficha y el sujeto ha de clasificar estas en tres grupos según que la frase sea aplicable ó no a él.

El M.M.P.I., contiene las siguientes escalas clínicas:

Hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, manía, masculinidad, feminidad, extraversión e introversión.

P.N.P. de Pichot.- Este cuestionario, está preparado para detectar tendencias psicopáticas, neuróticas y paranoideas, de donde deriva su nombre.

Consta de un cuestionario que discrimina los neuróticos. Un test de asociación de palabras. Un test de gustos alimenticios. Una escala para medir las tendencias paranoideas. Un test para las tendencias psicopáticas. Y finalmente, una escala de sinceridad.

Cualquiera de estos tests recogidos por Cerdá (11), o por otros autores, como Alvarez (12), y Anastasi (13), que aporten listas de cuestionarios psicopatológicos abundantemente detallados, nos hubiera sido útil para nuestra investigación. Pero hemos elegido el Cuestionario SN 59 del Doctor Cerdá, de quien se ha dicho que es una de las primeras figuras -
- - - - -

(11). Cerdá, E. Psicología aplicada. Editorial Herder. Barcelona 1971.

(12). Alvarez. Psicodiagnóstico clínico. Edit. Aguilar. Madrid 1967.

(13). Anastasi. Tests psicológicos. Edit. Aguilar. 2ª Edic. - Madrid. 1967.

españolas en materia de cuestionarios. Además, su aplicación es muy rápida dadas sus características y fácil de entender por los niveles culturales más bajos. La diferenciación que realiza es suficiente para el estudio que nosotros queremos realizar.

El Cuestionario SN 59 de Cerdá (14), como dice su manual está construido a partir del Cornell Index FN 2 (15), instrumento que ha demostrado ya su validez en la medida del neuroticismo y del cual se han extraído los ítems con mayor poder discriminativo. Esta elección además de la adaptación existente para la población española y del uso frecuente por parte de autores españoles (16), favorece aún más nuestra aplicación.

Puede utilizarse en los más variados campos para la medida del neuroticismo, pero su aplicación tiene especial relevancia en Psicología Industrial cuando se trata de seleccionar entre numerosas personas, aquellas características que le hacen indeseable para un puesto.

- - - - -
 (14). Cerdá, E. Cuestionario SN 59. Editorial Herder. Barcelona 1962.

(15). Weider, A y otros. Manual Cornell Index. The Psychological Corporation. Nueva York. 1948.

(16). Alvarez Villar, A. op. cit.

El cuestionario consta de dos escalas: la escala N y la escala S. Como dice el Profesor Cerdá en la presentación del test, la escala N permite diferenciar neuróticos y normales y dentro de los neuróticos, la intensidad de su perturbación. Eysenck (17), denomina el neurotismo o neuroticismo a un factor caracterizado principalmente por falta de integración general de la personalidad, de adaptabilidad y de esfuerzo general. El término neurotismo tiene un significado operacional y se asignó por primera vez al factor general -- que este autor obtuvo mediante análisis factoriales de un conjunto de datos médicos subsiguientes a las exploraciones a que fueron sometidos 700 enfermos afectados de perturbaciones psíquicas de naturaleza reactiva. También Cattell (18), y otros autores han encontrado este factor en experimentos análogos.

Lo que no mide la escala N, son los cuadros de melancolía en enfermos depresivos muy puros que no tengan ansiedad. Tampoco las personalidades histéricas salvo en los casos que se acompañan de síntomas de inestabilidad psicósomática. También los sujetos inadaptados socialmente sin ansiedad latente pueden dar resultados normales en este escala.

 (17). Eysenck. Dimensions of personality. Routledge and Kegan Paul. Londres. 1947.

(18). Cattell. The IPAT Anxiety scale. Champaign. Illinois. 1957

La escala S mide los casos sospechosos de insinceridad consciente o incocientemente por parte del sujeto a quien se le aplica. Una nota alta en la escala S, nos daría falta de sinceridad por parte del sujeto. Debido a las características especiales de nuestro trabajo, nosotros hemos omitido estos ítems en nuestra aplicación, por lo que no serán tenidos en cuenta.

El cuestionario SN 59, puede administrarse en forma individual, autoadministrada o colectiva. Es recomendable en los sujetos de nivel cultural inferior y particularmente cuando se presuponga un cociente intelectual por debajo de 100, administrarlo de una forma individual, que es lo que hemos hecho en nuestro trabajo. Aunque en algunos casos, estamos seguros de que el cociente intelectual por debajo de 100, no se producía en nuestro sujeto.

La forma de aplicación, consiste en decirle al sujeto que tiene que responder con las palabras: "Verdad", "Falso" o, cuando no sepa contestar, "No lo sé", a una serie de preguntas que el aplicador le vaya citando. Se le aconseja que evite el usar la forma "No lo sé", y que solo se decida por ella, cuando verdaderamente se produzca esta circunstancia. Se le advierte, que el cuestionario no es una forma de examen y que no existen contestaciones buenas, ni contestaciones malas, sino fenómenos que se producen en unos sujetos y que son normales, mientras que en otros, no lo son. Las respuestas de

das por el sujeto, se iran rodeando con un círculo en el --
cuestionario aplicado.

El manual del test se acompaña de las claves de co ---
rección, unas especies de ventanillas en las cuales aparecen
las respuestas patológicas dadas por el sujeto. La corrección
de la plantilla, consistirá en realizar el "conteo" de las -
respuestas patológicas dadas por el sujeto y llevarlas a la
normalización española del mismo texto.

Durante nuestra aplicación, todas estas normas que dá -
el manual se comprobaron y cumplieron sin ninguna salvedad.

Ninguna persona rehusó, ni se mostró afectada al leerle
los distintos ítems del cuestionario. Sin embargo, algunos de
ellos, no lo entendían bien, por lo que, era necesario darles
algunas explicaciones complementarias.

Como hemos dicho anteriormente, la escala de sinceridad,
no fué necesario aplicarla, debido al clima existente. Sin em
bargo, cuando lo hicimos en algunos casos dudosos, vimos que
era innecesario.

Los resultados obtenidos en la aplicación, están incluf
dos en el cuadro 32, junto con los obtenidos por Cerdá en su
estandarización. (19)

- - - - -

(19). Cerdá, E. op. cit.

CUADRO 32.- RESULTADOS DEL CUESTIONARIO SN 59, EXPRESANDO LA MEDIA Y DESVIACION TIPICA.

<u>Grupos</u>	<u>\bar{x}</u>	<u>σ</u>
Grupo normal (Cerdá)	14,1	6,1
Grupo Neuróticos (Cerdá)	28,1	5,5
Submuestra "A"	12,22	5,6
Submuestra "B"	13,14	6,3

Como vemos, las diferencias existentes entre la Submuestra "A" y la Submuestra "B", no son significativas.

Ambas submuestras, están correlacionadas con el Grupo de población normal estudiado por el Doctor Cerdá.

Las diferencias con el Grupo de neuróticos, son bastante estimables, por lo qué, es imposible la identificación entre ambos grupos.

Podemos colegir de estos resultados, que no existen rasgos psicopatológicos significativos que predispongan a sufrir o no sufrir accidentes.

Debemos tener en cuenta, que en nuestra muestra, los sujetos son vigilados ampliamente por el Servicio Médico de Em -

presa, tanto cuando se realiza la selección de personal, como en los distintos reconocimientos periódicos anuales, lo que - excluye la existencia de neuróticos que inmediatamente detectados son enviados a Centros especializados para su tratamiento.

Debido a que además de ser este cuestionario una valoración cuantitativa de los rasgos neuróticos, permite la exploración de cada uno de los ítems, en los diferentes protocolos, hemos preferido en vez de presentar los datos o puntuaciones - de los cuestionarios por sus resultados agrupados, la presentación de cada uno de los ítems con los porcentajes obtenidos -- en su aplicación.

Por tanto, en el cuadro 33, presentamos las respuestas - patológicas obtenidas en ambas submuestras expresadas en porcentaje y en la tercera columna, la diferencia entre ambos porcentajes. Cuando existe el signo menos en la tercera columna, quiere decir que la submuestra "B" o grupo "Con Accidentes", - ha obtenido una mayor puntuación.

Antes de pasar a comentar los resultados obtenidos en el cuadro 33, conviene hacer notar que este cuestionario ha sido ideal para aplicarle a enfermos dentro de un gabinete médico, por que al contener numerosos ítems que se refieren a procesos orgánicos, no levantan la más mínima sospecha en los individuos y lo entienden como una exploración rutinaria mas de las que se le hacen para su estudio clínico.

CUADRO 33.- CUESTIONARIO SN 59, RESPUESTAS PATOLÓGICAS EN
AMBAS SUBMUESTRAS.

	<u>Respuestas patológicas</u>		
	<u>Submues- tra A. %</u>	<u>Submues- tra B. %</u>	<u>D. - %.</u>
1. Yo siento a veces oleadas de -- calor o de frío	12,1	9,2	3,9
2. Me he desmayado más de dos veces en mi vida	8,6	9,3	- 0,7
3. Yo tengo frecuentemente vértigos	3,2	2,7	0,5
4. Tiendo a ponerme nervioso o azo- rado cuando se me acerca un su- perior	16,9	28,3	- 11,4
5. Tengo propensión a desmayarme - ante la presencia de sangre ...	4,8	3,2	1,6
6. Me siento intranquilo e inseguro cuando me encuentro solo, - sin ningún amigo cerca de mi ..	22,2	28,4	- 6,2
7. Me siento nervioso, precisamen- te en este momento	4,3	5,6	- 1,3
8. Me equivoco con cierta frecuen- cia cuando me dan órdenes e ing- trucciones	29,6	48,3	- 18,7
9. Me armo un barullo de ideas cuan- do tengo que hacer alguna cosa rapidamente	11,4	12,6	- 1,2
10. Yo he padecido o padezco difi- cultades al hablar, tales como por ejemplo, balbuceo o tarta - mudez	1,2	3,6	- 2,4
11. Me siento contento y feliz la - mayor parte del tiempo	31,6	30,2	1,4
12. Me siento como fastidiado la ma- yor parte del tiempo, haga lo - que haga	18,9	22,3	- 3,4
13. Creo que mi futuro es muy pco - esperanzador	19,5	43,4	- 23,9
...			

Respuestas patológicas:

	<u>Submues- tra A. %</u>	<u>Submues- tra B. %</u>	<u>D. - %.</u>
14. Me resulta difícil emocionarme ante situaciones conmovedoras	8,3	9,7	- 1,4
15. Suele ser frecuente que esté más bien callado y esté como en segundo término mientras se celebra -- una reunión en la que se encuentran mis amigos	14,3	18,8	- 4,5
16. La gente suele decir de mí que -- soy una persona nerviosa	6,3	8,2	- 1,9
17. Tengo temores y aprensiones	14,2	11,8	2,4
18. Me cuesta frecuentemente conciliar el sueño	6,5	4,2	2,3
19. Tengo temporadas en las que me -- despierto varias veces durante la noche	25,4	27,5	- 2,1
20. Los pequeños disgustos me ponen -- nervioso y me producen abatimiento	19,3	24,7	- 5,4
21. Me desanimo cuando se me juntan -- varias preocupaciones	8,3	24,6	- 16,3
22. Algunas veces me siento abatido y triste	26,4	32,5	- 6,1
23. Siento molestias en la región del corazón	8,3	9,6	- 1,3
24. Mi corazón empieza de repente a -- ir deprisa sin que haya ninguna -- razón que lo justifique	14,0	15,2	- 1,2
25. Tengo frecuentemente palpitaciones cardiacas	8,5	9,7	- 1,2
26. Frecuentemente cuando estoy pensando el alguna cosa, me asalta -- de repente una especie de sobresalto o angustia	3,3	4,9	- 1,6
27. Me estremezco o tiemblo a menudo.	2,5	2,0	0,5

...

Respuestas patológicas:

	<u>Submues- tra A. %</u>	<u>Submues- tra B. %</u>	<u>D. - %</u>
28. Me despierto frecuentemente por la noche con pesadillas o sobre saltos	24,0	21,5	2,5
29. Me encuentro a menudo con tensión o excitación nerviosa	6,5	8,2	- 1,7
30. He tenido a veces tics (es decir, sacudidas o contracciones nerviosas continuas e involuntarias) de la cabeza, de la cara o de los hombros	0,4	1,2	- 0,8
31. Tengo las manos o pies fríos incluso cuando hace calor	8,3	9,6	- 1,3
32. Tengo temporadas de agotamiento o de fatiga	60,3	59,8	0,5
33. A menudo me levanto como cansado por las mañanas	28,3	34,2	- 5,9
34. Tengo una sensación de opresión o un dolor de cabeza que me dificultan hacer lo que tengo que hacer	20,0	45,5	- 25,5
35. Me encuentro frecuentemente tan fatigado o agotado, que incluso no me siento ni con deseos de comer	9,6	10,1	- 0,5
36. Tengo buen apetito	8,2	19,4	- 11,2
37. Padezco frecuentemente de estreñimiento	2,3	3,6	- 1,3
38. Tengo frecuentemente ganas de vomitar	0,5	2,6	- 2,1
39. Yo he tenido alguna vez un ataque de nervios con sacudidas o convulsiones	8,3	7,6	0,7
...			

Respuestas patológicas

	<u>Submues- tra "A" %</u>	<u>Submues- tra "B" %.</u>	<u>D. - %</u>
40. Me considero una persona más bien tímida	4,8	5,3	- 0,5
41. Me considero una persona - más bien sensible	3,6	2,1	1,5
42. Me pongo nervioso con facilidad	11,3	9,4	1,9
43. Me pongo colérico si no -- puedo obtener las cosas -- que deseo en seguida	4,8	5,9	- 1,1
44. Tengo algunas veces explosiones de mal genio	6,3	8,5	- 2,2

Las diferencias más importantes obtenidas pertenecen a la submuestra "B". Estas diferencias superan el 20% en los ítems números 13 y 34. Estas dos preguntas hacen especial hincapié en la actividad laboral del sujeto. Es de decir, se refieren al futuro, que lógicamente está fuertemente impregnada de los valores profesionales, y, a la realización de distintas tareas.

Diferencias mayores del 10 por 100, las encontramos en los ítems números: 8, 21 y 36. La cuestión número 8, se refiere a la recepción por parte del individuo de instrucciones y órdenes en la realización de tareas. Recepción que es mucho más defectuosa (48,3 por 100) en los individuos poliaccidentados.

La cuestión número 36, no tiene especial relevancia, aunque indica un mejor estado de ánimo y de salud por parte de los individuos de la submuestra "B".

El ítem número 21, va formulado sobre la existencia de diversas preocupaciones en un mismo momento para el individuo. Existe un especial desaliento en los sujetos con accidentes, cuando se refiere al área de trabajo.

En la pregunta número 4, vemos que los sujetos de la submuestra "B", tienen menores posibilidades de relación con respecto a los superiores en el trabajo, lo que, tal

vez dificulta la tranquilidad que es necesaria para la --
realización de las tareas que le son impuestas.

Sin embargo, como decimos anteriormente las respues-
tas patológicas halladas no son significativas con respec-
to a la población total.

2.9. El cuestionario de adaptación de Bell.

Los cuestionarios de adaptación guardan alguna relación con los de personalidad y los psicopatológicos. Pero lo que pretenden medir especialmente, es el grado de adaptación del sujeto a los diversos medios y esclarecer los sectores de inadaptación.

Los más importantes y representativos que existen son los creador por Hugh M. Bell (20), en sus formas para estudiantes, escolares y la de adultos que hemos aplicado nosotros (21).

H.M. Bell, considera al Yo como una especie de resorte o central encargado de facilitar la adaptación entre las demandas del organismo de una parte y la influencia del medio social o físico por otra. El yo comienza a desarrollarse desde el nacimiento y está cada vez en mejores condiciones de poder cumplir su misión en función de los aprendizajes que haya realizado.

-- -- -- -- --

(20). Bell, H.M. Cuestionario de adaptación. Stanford University Press. Stanford. California. 1937.

(21). Cerdá, E. Cuestionario de adaptación para adultos. Edit. Herder. Barcelona, 1974.

La diferencia más importante entre este concepto de adaptación y el de L. Shaffer estriba en la inclusión del Yo como un elemento más. Al poseer el Yo además la posibilidad de ser consciente de si mismo, es posible el uso de instrumentos de exploración de la personalidad del tipo "Cuestionario". A medida que el Yo se va desarrollando, se va produciendo un aumento de los sentimientos y de las emociones que se producen durante las reacciones abiertas y de las que el Yo toma conciencia de esos sentimientos, emociones o situaciones, lo que explora el método de los cuestionarios, utilizando para ello como estímulos, símbolos verbales.

En síntesis puede decirse del cuestionario de adaptación y de todos los que se han construido siguiendo sus mismos principios, que permite auto-registrar todas y cada una de las situaciones y experiencias contenidas en cada uno de los "ítems", tal y como son concienciadas por el propio sujeto.

Este método no puede en rigor considerarse objetivo, lo cual puede señalarse como una insuficiencia del mismo, pero tiene, en cambio, la ventaja de enfrentar al sujeto con las múltiples situaciones de la vida, modalidades de reacción y actitudes contenidas en el test.

Concretamente en el cuestionario de adaptación de Bell, se puede obtener información válida acerca de lo que piensa y

siente el sujeto sobre sus relaciones familiares, sobre el funcionamiento de su organismo, acerca de sus amistades o relaciones extrafamiliares, incluyendo aquí su grado de contacto social, y también como él considera sus modalidades de relación con los demás; nos proporciona también información sobre como el individuo comprende y vive sus sentimientos y -- emociones y hasta que punto es dueño o esclavo de su propia vida emocional; finalmente, el cuestionario de Bell, nos permite averiguar el grado de satisfacción que obtiene en su trabajo, y de las circunstancias ambientales en que éste se realiza.

Al comparar las respuestas dadas por cada sujeto con la media del grupo de normalización, se puede apreciar la intensidad de sus adaptaciones y si estas son de signo positivo o no.

El cuestionario, sirve para aplicarlo en situaciones de consejo psicológico o similares, siempre y cuando los presuntos problemas personales del cliente caigan en cualquiera de las categorías incluidas en el test. Sirve para ambos sexos. La alta fidelidad de cada una de las medidas permite establecer comparaciones entre uno y otros individuos. Como el - - - - -

cuestionario mide cinco sectores distintos, es posible - localizar las dificultades de adaptación en un determinado campo.

El uso de las letras minúsculas a, b, c, d, y e, - correspondientes a las cinco medidas de adaptación, así como la numeración de cada una de las preguntas, permite al psicólogo al tomar en sus manos el cuestionario ya cuplimentado, detectar rápidamente las cuestiones referen - tes a cada uno de los sectores medibles y que han sido -- contestadas en dirección de desadaptación o viceversa. Si se desea, puede utilizarse la nota total como un indica - dor del estado general de adaptación.

Instrucciones para la administración.- Las instruc - ciones que formula el manual para su aplicación, son las siguientes:

1). El cuestionario está preparado para ser aplica - do en forma autoadministrada. Para asegurarse de que to - das las personas que van a pasarlo conocen las instruccio - nes, lo mejor es que el examinador lea en voz alta las -- que aparecen en la primera página del cuestionario y reco - miende que a la vez cada examinado las lea también para - si.

2). No hay tiempo límite. Generalmente no se necesi - tan más de treinta minutos para contestar a todo el cues - tionario.

3). Cada individuo que conteste al cuestionario, debe interpretar el contenido de cada ítems por sí mismo; no obstante, el examinador puede contestar a las preguntas - que se le hagan pidiendo aclaración sobre el significado o alcance de algunos términos.

4). El examinador ha de procurar conseguir una colaboración tan completa como sea posible por parte de las - personas que vayan a contestar el cuestionario. Debe hacer ver el valor y las ventajas que reportaría a cada uno de - los examinados los resultados obtenidos, asegurándoles que la corrección e interpretación de las notas que se obten-- gan quedarán dentro de la más estricta confidencia.

5). Si alguien hace preguntas concernientes al verda-- dero propósito y fines del cuestionario, lo mejor es con-- testar con franqueza y sinceridad sobre las característi-- cas generales de la prueba, pero sin concretar en lo refe-- rente a cada uno de los sectores que el test mide.

6). Si surgieran preguntas acerca del significado de las letras a, b, c, d y e que figuran en el cuestionario - junto al número asignado a cada pregunta, no deberá expli-- carse su significado; si se pregunta insistentemente o cap-- ciosamente sobre este punto, el examinador debe de decir - que tiene relación con las letras que figuran en la prime-- ra página del cuestionario y que sirven para hacer un aná-- lisis de los resultados.

Instrucciones para puntuar y evaluar el cuestionario.- El cuestionario puede corregirse en menos de cuatro minutos. Para obtener la nota correspondiente a "adaptación familiar", utilícese la clave de corrección así denominada y colóquese ésta sobre el cuestionario de forma que coincidan los orificios con los números correspondientes a cada página. Luego hay que contar cada una de las respuestas que estén rodeadas con un círculo y que coincidan con los orificios de la clave, de corrección. Hágase esto para cada una de las páginas. Recomendamos que a la vez que se van contando, se haga un trazo o señal en cada uno de los síes o noes a través de los orificios ya que de esta forma, ulteriormente, el psicólogo puede ver, -- cuando lo desee y con gran rapidez, cuáles han sido las preguntas que han puntuado en la dirección de la desadaptación. Una vez sumadas todas las respuestas que puntúan en el sector "adaptación familiar", la cifra obtenida se anota en la primera página del cuestionario en la casilla debajo de "puntuaciones" y al lado del sector a. Realizado esto, debe procederse de idéntica forma para obtener las notas correspondientes a los sectores "salud", "Social", "Emocional" y "Profesional", registrándolo también en los recuadros preparados al efecto en la parte inferior de la primera página. Las respuestas con interrogante no puntúan. Póngase en las casillas debajo de "descripción" el calificativo de los sectores explorados, que son,

por orden de arriba a abajo: "Familiar", "Salud", "Social", "Emocional" y "Profesional", correspondiendo respectivamente a las letras a, b, c, d y e.

La sección "Adaptación profesional" se valorará solamente en personas que estén trabajando por cuenta ajena e insertas en un grupo laboral durante el período de tiempo en el cual se administre el cuestionario. Por esta razón, a las personas que tienen trabajos libres o independientes y también a las amas de casa, se les puede decir, cuando se den las instrucciones, que no contesten a aquellas preguntas en las que figure la letra "e" al lado del número correspondiente.

Finalmente, en las casillas situadas debajo de "interpretación de las puntuaciones", póngase el término que corresponde para expresar en palabras la puntuación obtenida: "excelente", "buena", "normal", "No satisfactoria" o "mala".

El manual acompaña las tablas para los distintos niveles de población que se deben consultar cuando se trata de estudios con población española.

En el cuadro número 34, podemos ver las normas para varones de nivel cultural elemental que son las que, hemos tenido en cuenta a la hora de hacer las categorías -- con nuestros individuos.

CUADRO 34 .- NORMAS PARA VARONES DE NIVEL CULTURAL ELEMENTAL

	<u>Puntuaciones</u>	<u>Interpretación de las puntuaciones.</u>
	0	Excelente
	1 - 3	Buena
ADAPTACION FAMILIAR	4 - 7	Normal
	8 - 14	No satisfactoria.
	15 ó más	Mala.
	0	Excelente
	1 - 2	Buena
ADAPTACION A LA SALUD	3 - 5	Normal
	6 - 8	No satisfactoria
	9 ó más	Mala
	2 - 5	Excelente
	6 - 9	Buena
ADAPTACION SOCIAL	10 - 16	Normal
	17 - 21	No satisfactoria
	22 ó más	Mala.
	0 - 1	Excelente
	2 - 7	Buena.
ADAPTACION EMOCIONAL	8 - 13	Normal
	14 - 20	No satisfactoria
	21 ó más	Mala.

	<u>Puntuaciones</u>	<u>Interpretación de las puntuaciones</u>
	0 - 1	Excelente
	2 - 5	Buena
ADAPTACION PROFESIO <u>NAL.</u>	6 - 11	Normal
	12 - 18	No satisfactoria
	19 ó más	Mala.

	0 - 15	Excelente
	16 - 26	Buena
ADAPTACION TOTAL	27 - 42	Normal
	43 - 55	No satisfactoria
	56 ó más	Mala.

=====

A.- Resultados de adaptación total.

La adaptación al trabajo era necesario evaluarla - como lo hacemos en este trabajo, es decir, "in situ". Al gunos autores han obtenido datos sobre inadaptación procedentes de impresiones clínicas cuando han sido trata- dos fuera del trabajo. En otros casos, se trata de talle res protegidos en los que, el laboratorio laboral es com pletamente ficticio y ajeno a las tensiones de distintos órden que afectan al individuo.

Entre los escasos trabajos existentes, puede citar se el de Neff (22), y el de Neff y Koltuv (23). Estos -- autores, conforman cinco tipos caracterológicos recons truidos a partir de los casos estudiados por el capataz del taller de rehabilitación.

Tipo I.- La primera categoría general incluye a -- personas que aparentemente padecen de carencia fundamen tales en la motivación para trabajar; tienen una concep ción negativa del rol. El Yo percibe los preceptos de la sociedad como algo extraño, no solo para él, sino para toda la personalidad y manobra para resistirse a ellos

- - - - -

(22). Neff. Problems of Work Evaluation. Personnel and Gui dance Journal. Volumen 44. 1966.

(23). Neff y Koltuv. Toleration for Psychiatric Rehabili tation as a Functions of Coping Style. Journal of - Counseling Psychology. Vol. 31. 1967.

o evadirlos.

Estas personas, pueden ser obligadas a trabajar bajo una poderosa coacción social, pero sólo cumplirán con los niveles mínimos de productividad y siempre que se les someta a una supervisión estrecha y continua.

Tipo II.- La segunda categoría general, incluye a los individuos cuya respuesta predominante a la exigencia de ser productivos, es el temor y la ansiedad manifiesta. - El individuo, ha aprendido que no puede alcanzar los mínimos necesarios para ser una persona productiva, que es inepto e incapaz o impotente. El resultado es una ansiedad endémica y generalizada que está muy próxima a la superficie y es movilizada por cualquier aspecto de la situación laboral.

Tipo III.- La tercera categoría, incluye a las personas que se caracterizan predominantemente por la hostilidad y la agresión abierta. Estas personas, perciben la relación con el trabajo como exigencias restrictivas y hostiles. El Yo, está alerta para protegerse del ataque de los otros y utiliza la agresión aislada como su principal estrategia. - El ataque es la menor defensa. Son personas que cuando llegan inicialmente al trabajo, son bastante bien consideradas por su eficacia, pero que las relaciones posteriores le impiden ocupar mucho tiempo el mismo puesto.

Tipo IV.- Esta categoría incluye a las personas que se caracterizan por una marcada dependencia. En este caso, podemos suponer que los preceptos de la sociedad son percibidos de la misma manera que el niño pequeño percibe las órdenes de sus padres o maestros.

Tipo V.- La quinta y última categoría de inadaptación al trabajo, consiste en personas que ponen de manifiesto un alto grado de ingenuidad social. Estas personas no incorporaron los preceptos de la sociedad relativos al trabajo, -- por que nunca los percibieron realmente. El Yo carece de estrategias para manejar este aspecto de la realidad, porque nunca tuvo que enfrentar el problema.

Los resultados obtenidos por nosotros entre la submuestra "A" y la submuestra "B", los presentamos en el cuadro -- número 35, de acuerdo con las valoraciones hechas para la población española por Cerdá (24).

En la submuestra "A" o grupo Sin accidentes, encontramos que sólo un 20 por 100 de la muestra tiene una adaptación no satisfactoria o mala. Mientras que el 80 por 100 tiene una adaptación buena, destacando el mayor grupo (46%), con adaptación normal.

- - - - -
(24). Cerdá, E. op. cit.

CUADRO 36.- PUNTUACIONES DE ADAPTACION TOTAL DEL CUESTIONARIO
SEGUN LOS ACCIDENTES PADECIDOS.

<u>Valoración</u>	<u>% teóric.</u>	<u>Submues - tra "A" %</u>	<u>Submues - tra "B" %</u>	<u>Muestra X</u>
Excelente	6,7	9	0	4,5
Buena	26,6	25	8	16,5
Normal	38,3	46	29	37,5
No satisfactoria ...	21,7	19	42	30,5
Mala	6,7	1	21	11,0

Por el contrario, en la submuestra "B", formada por los individuos con múltiples accidentes, vemos que el 63 % de la muestra padece de inadaptación no satisfactoria o mala. Es de destacar que la inadaptación totalmente mala, afecta a un 21 por 100 de los sujetos estudiados.

La adaptación normal está, integrada por el 29 por 100 de la muestra. En este subgrupo ninguno de los sujetos, puede decirse que tenga una adaptación excelente.

Las diferencias como vemos son ampliamente significativas. Algo sucede en el subgrupo con accidentes que les hace aparecer en mucho mayor porcentaje como inadaptados. Vamos a pasar por ello a estudiar las distintas áreas de que se compone el cuestionario por si todos los aspectos estan inadaptados o se afectan unos más que otros.

B.- Resultados de adaptación familiar.

En todas las sociedades, el sistema familiar y el de las ocupaciones están estrechamente ligados. La familia -- prepara al individuo para el trabajo y es el beneficiario inmediato de este (25).

A través de la historia, este concepto ha ido evolucionando en distintas formas. Desde los pueblos primitivos en los que el trabajo era parte integrante del concepto familiar y en el que no había distinción entre vivienda y lugar de trabajo, hasta las formas actuales en las cuales ambos conceptos se diferencian exactamente con unos límites precisos. Llegando según Parsons a la Sociedad actual en los que los esquemas dominantes oponen abiertamente a la familia con el mundo de las ocupaciones.

No es de extrañar, por tanto, que en nuestro trabajo se busquen la relación que pueda existir entre una buena -- adaptación familiar y el éxito en el mundo laboral.

Los resultados obtenidos en el cuestionario de adaptación familiar y que aparecen en el cuadro número 36, nos muestran las distintas valoraciones de los sujetos con accidentes y los que no han padecido ningún accidente.

- - - - -

(25). Caplow. Th. Sociología del Trabajo. Instituto de Estudios Políticos. Madrid. 1958.

CUADRO 36.- PUNTUACIONES DE ADAPTACION FAMILIAR DEL CUESTIO
NARIO, SEGUN LOS ACCIDENTES PADECIDOS.

<u>Valoración</u>	<u>%teórico</u>	<u>Submues - tra "A" %</u>	<u>Submues - tra "B" %</u>	<u>Muestra X</u>
Excelente	6,7	3	6	4,5
Buena	23,4	26	11	18,5
Normal	39,9	41	33	37,0
No satisfactoria ...	25	27	38	32,5
Mala	5	3	15	7,5

En la submuestra "A" existe un 30 por 100 de inadap -
tados familiares, mientras que en la submuestra "B", este -
porcentaje es del 50 por 100. El grupo primero, sobrepasa -
ligeramente los cálculos teóricos establecidos para la po -
blación española. De ello se deduce que la inadaptación fa -
miliar es más ostensible en los poliaccidentados.

Las valoraciones excelentes, buena y normal, guardan
una misma proporción en ambas submuestras, teniendo en cuen -
ta que es mejor la adaptación de los sujetos que no han pade -
cido accidentes.

Pasamos ahora a estudiar los porcentajes de respues -
tas patológicas en cada uno de los ítems y que vemos en el
cuadro número 37 que sigue.

**CUADRO 37.- CUESTIONARIO DE ADAPTACION FAMILIAR, RESPUESTAS
PATOLOGICAS EN AMBAS SUBMUESTRAS.**

<u>Respuestas patológicas:</u>			
	<u>Submues- tra A. %</u>	<u>Submues- tra B. %</u>	<u>D. - %</u>
1. El lugar donde vive actualmente, ¿le impide de alguna forma llevar la vida social a la que Ud. aspira?.....	16,2	18,0	- 1,8
2. ¿Cree Ud. que puede desarrollar suficientemente su personalidad en su actual ambiente familiar?	19,5	42,6	- 23,1
3. ¿Hay alguien en su familia que sea muy nervioso?	22,3	31,9	- 9,6
4. Ha estado Ud. en desacuerdo con sus padres al elegir profesión?	25,5	29,5	- 4,0
5. ¿Ha llegado a tener discusiones desagradables con algunos de sus familiares motivadas por cuestiones religiosas, políticas o sexuales?	18,0	20,3	- 2,3
6. ¿Se ha roto o separado algún matrimonio entre sus parientes más próximos?	6,2	5,8	0,4
7. ¿Alguien de su casa le ha molestado con críticas sobre su aspecto exterior? (Diciendo que era feo, ridículo, cursi, etc).	14,0	62,7	- 48,7
8. Entre sus familiares, ¿Se encuentra con el bienestar y la felicidad que le apetece?	43,3	62,7	- 19,4
9. ¿Tiene la impresión de que falta amor y afecto en su hogar?	39,8	68,1	- 28,3
10. ¿Las personas que le rodean, ¿Le comprenden y tienen simpatía hacia Ud.?	18,5	32,0	- 13,5
11. ¿Crée Ud. que sus amigos disfrutan de un ambiente familiar más feliz que el suyo?	20,2	24,6	- 4,4
12. ¿Hay alguien con Ud. actualmente con viviendo que se enfada con facilidad con Ud.?	22,3	36,2	- 13,9

...

Respuestas patológicas:

	<u>Submue-</u> <u>tra A. %</u>	<u>Submue-</u> <u>tra B. %</u>	<u>D. - %</u>
13. ¿Se compenetran y viven en buena -- armonía las personas que forman su hogar actual?	35,5	43,2	- 7,7
14. ¿Odia a alguna de las personas de - las que conviven con Ud.?	19,1	20,0	- 0,9
15. Alguna vez, ¿se siente Ud. con sen- timientos contradictorios (De amor y odio) hacia alguien de su familia?	17,5	19,1	- 1,6
16. El comportamiento de las personas - con las cuales vive, ¿le ha provoca do a menudo pesimismo y depresión? (Depresión, quiere decir tristeza).	18,4	27,8	- 9,4
17. En su hogar, ¿hay frecuentemente - discusiones y desavenencias?	47,2	69,2	- 22,0
18. ¿Sus padres criticaban frecuentemen te la conducta de Ud. mientras vi - vía con ellos? (O la critican si es que vive con ellos actualmente) . . .	16,3	30,1	- 13,8
19. ¿Le irritan, le sacan de quicio las costumbres de ciertas personas con las que convive?	18,8	19,7	- 0,9
20. En su familia, ¿hay alguien que in- tente dominarle?	22,3	36,3	- 14,0
21. ¿Tenían sus padres tendencia a es - tar "muy encima de Ud.?, es decir, a controlarle o vigilarle demasiado mientras vivió con ellos (O tienen tendencia, si es que actualmente vi ve con ellos)	15,4	22,0	- 7,6
22. ¿Crée Ud. que es fácil entenderse - con la o las personas con las que - convive?	23,2	41,5	- 18,3
23. ¿Está frecuentemente en desacuerdo con la manera de llevar la casa o - la forma de pensar, de la o las per donas con las cuales convive?	29,5	32,0	- 2,5

...

Respuestas patológicas

	<u>Submues- tra A. %</u>	<u>Submues- tra B. %</u>	<u>D. - %</u>
24. De las personas que le rodean, ¿se opone alguna con frecuencia a que Ud. elija libremente sus amigos? . . .	18,6	39,1	- 20,5
25. ¿Viven con Ud. personas que se irritan y se enfadan o discuten violentamente?	41,8	53,5	- 11,7
26. ¿Le reprochaban sus padres con frecuencia el género de amigos que le rodeaban?	16,3	39,1	- 22,8
27. ¿Le agradaría irse del lugar en que vive para tener más independencia personal?	17,1	31,1	- 14,0
28. ¿Crée que es desgraciado su hogar - por falta de dinero?	38,2	63,2	- 25,0
29. Mientras vivía con sus padres, ¿era injustamente censurado por alguno - de ellos? (O lo es actualmente, si vive aún con ellos).	14,9	27,4	- 12,5
30. ¿Donde Ud. vive actualmente, hay alguien que le exige que obedezca, -- tenga o no tenga razón?	21,6	43,5	- 21,9
31. ¿Durante su infancia, ha sentido alguna vez deseos de marcharse de casa?	26,3	37,8	- 11,5
32. ¿Ha creído Ud., a veces, que ha sido una decepción para sus padres?	12,8	11,0	1,8

Como hemos dicho anteriormente, en el cuadro número 37 figura una primera columna con los porcentajes de las respuestas patológicas obtenidas en la submuestra "A". Una segunda columna, con los porcentajes de la submuestra "B", y en la tercera columna, la diferencia porcentual entre las anteriores.

Las mayores diferencias entre ambas submuestras, se encuentran en el ítem número 7. Es curioso consignar que las críticas sobre el aspecto exterior de los sujetos, es lo que más les ha afectado a los componentes de la submuestra "B". Un 62 por 100, frente a un 14 por 100 en los sujetos de la submuestra "A". Esto nos induce a pensar que las posibilidades de relación del sujeto están muy mermadas debido a su inferioridad somática.

Diferencias en porcentajes superiores a 20, las encontramos en los ítems 2, 9, 17, 24, 26, 28 y 30.

Se observa una triple composición en las diferentes cuestiones citadas anteriormente. Las preguntas 28, 17 y 9, hacen referencia al mal ambiente familiar, expresado especialmente por discusiones y desavenencias por todos los temas imaginables y que dan su máxima expresión cuando hacen referencia a la esfera económica.

Las preguntas 26, 24 y 2, nos muestran como el individuo se siente insatisfecho por qué el hogar le impide rea -

lizar suficientemente su personalidad. El máximo exponente viene referido a sus relaciones con los amigos. Tal vez la máxima expresión de este desacuerdo entre la necesidad de unas relaciones sociales a que se opone el hogar, sea el - que se expresa en el ítem 30 y que se refiere al autoritarismo con que es tratado dentro del hogar.

Aunque no es importante para nosotros, porque lo que pretendemos exponer aquí, son las diferencias existentes - entre ambos subgrupos, la vida familiar en el hogar español a estos niveles no es tan ideal, agradable y bonita como algunos pretenden afirmar. En ambos subgrupos, existen un 41% y un 53% respectivamente de personas que se irritan, enfadan o discuten violentamente dentro del hogar. Pero como --decimos, las diferencias entre las dos muestras no son tan significativas.

C.- Resultados de adaptación a la salud.

Las preguntas del cuestionario referidas a este apartado han sido perfectamente controladas al conocer hasta el más mínimo detalle de la historia clínica de los sujetos entrevistados.

Como otros autores han señalado, hemos encontrado una correlación positiva entre las bajas causadas por accidentes y las motivadas por enfermedad.

Los diferentes matices que se estudian en el cuestionario van referidos todos al diálogo corporal. Pero en este diálogo del sujeto con su propio cuerpo aparecen distintas formas de plantearse los problemas.

Por una parte, se estudian las enfermedades padecidas por el sujeto, con especial referencia a las que están afectadas por un componente emocional afectivo o psicosocial.

La necesidad de asistencia médica y la vigilancia que el sujeto hace de su salud se estudia en otra serie de ítems.

Y, en un último grupo, podríamos agrupar todos aquellos motivos subjetivos que no están perfectamente aclarados, pero que al sujeto le hacen sentirse mal corporalmente. No se incluyen en este grupo las hipocondrias, somatizaciones y -- trastornos neurovegetativos.

Los resultados obtenidos en las puntuaciones de adap -

tación a la salud y que aparecen en el cuadro número 38, nos muestran que existe en general, una buena adaptación por ambos grupos y referidos a los porcentajes reales de la población.

CUADRO 38.- PUNTUACIONES DE ADAPTACION A LA SALUD SEGUN LOS ACCIDENTES PADECIDOS.

<u>Valoración</u>	<u>% teórico</u>	<u>Submue - tra "A" %</u>	<u>Submue - tra "B" %</u>	<u>Muestra X</u>
Excelente	3,4	4	6	5,0
Buena	18,4	20	14	17,0
Normal	39,9	40	38	39,0
No satisfactoria	23,3	22	28	24,0
Mala	15,0	14	14	14,0

En la submuestra "B" o con accidentes, vemos que existen con adaptación no satisfactoria o mala un 42% del total, mientras que en la submuestra "A", hay un 36%.

La tendencia central, es decir, el grupo más numeroso o normal están representados en ambas submuestras con un 40% y un 38% respectivamente.

El análisis individualizado de los ítems reflejado en

CUADRO 39.- ADAPTACION CORPORAL, RESPUESTAS PATOLOGICAS EN
AMBAS SUBMUESTRAS.-

	<u>Respuestas patológicas</u>		
	<u>Submues- tra A. %</u>	<u>Submues- tra B. %</u>	<u>D - %</u>
1. ¿Ha padecido Ud. en varias ocasiones ciertas enfermedades de la piel, tales como granos o forúnculos?	12,5	17,1	- 4,6
2. ¿Ha padecido Ud. alguna vez enfermedades del corazón, de los pulmones o de los riñones?	15,3	19,2	- 3,9
3. ¿Ha padecido Ud. de anémia? (Falta de globulos rojos).	27,0	33,0	- 6,0
4. ¿Se contagia facilmente de los resfriados de otras personas?	37,4	39,0	- 1,6
5. ¿Cree Ud. que es necesario cuidar minuciosamente su salud?	28,2	34,8	- 6,6
6. ¿Se siente frecuentemente a la mesa sin verdadero apetito?	19,8	27,5	- 7,7
7. ¿Ha tenido alguna enfermedad de la que aún no está completamente restablecido?	26,3	34,1	- 7,8
8. ¿Padece Ud. frecuentemente de dolores de cabeza punzantes? (Como si le pincharan).	40,0	59,0	- 19,0
9. ¿Padece de sinusitis o de alguna obstrucción de las vías respiratorias?	29,2	32,3	- 4,1
10. ¿Alguna de sus enfermedades, le ha quebrantado definitivamente la salud?	41,5	50,1	- 8,6
11. ¿Se le curan los resfriados con dificultad?	36,1	52,0	- 15,9
12. ¿Su presión arterial, es demasiado alta o demasiado baja? (Si no lo sabe, rodée el "?")	28,0	31,4	- 3,4
13. ¿Es Ud. propenso a padecer asma?	30,5	34,6	- 3,9
14. ¿Padece Ud. mucho de estreñimiento?	35,6	40,7	- 5,1

Respuestas patológicas.

	<u>Submues- tra A. %</u>	<u>Submues- tra B. %</u>	<u>D. - %.</u>
15. ¿Es Ud. propenso a tener náuseas, vómitos o diarreas?	26,8	31,6	- 4,8
16. ¿Padece Ud. frecuentemente de -- amigdalitis u otras enfermedades de la garganta?	31,4	32,2	- 0,8
17. ¿Tiene Ud. indigestiones frecuentemente?	40,0	43,5	- 3,5
18. ¿Se encuentra Ud. fatigado la mayor parte del tiempo?	46,2	47,0	- 0,8
19. ¿Ha tenido que recurrir con frecuencia a la asistencia médica?..	78,3	93,1	- 14,8
20. ¿Al despertarse, se encuentra frecuentemente como cansado?	39,0	40,8	- 1,8
21. ¿Está Ud. por debajo de su peso normal? (Si no lo sabe, rodée el "?").	40,1	39,6	0,5
22. ¿Tiene Ud. vértigos con frecuencia? (Vértigos, quiere decir sensación de mareos y de que las cosas dan vueltas).	9,2	3,2	6,0
23. ¿En el transcurso de estos tres últimos años, ha padecido Ud. muchas enfermedades?	28,1	39,5	- 11,4
24. ¿Tiene Ud. gripe con frecuencia?	32,5	47,3	- 14,8
25. ¿Tiene Ud. bronquitis con bastante frecuencia?	36,3	43,0	- 6,7
26. ¿Ha sufrido alguna operación quirúrgica de importancia?	29,8	32,1	- 2,3
27. ¿En algún accidente, ha resultado Ud. gravemente herido?	39,2	44,0	- 4,8
28. ¿Ha adelgazado mucho en estos últimos tiempos?	16,7	19,5	- 2,8
29. ¿Se encuentra frecuentemente muy cansado al anochecer, es decir al finalizar el día?	31,3	37,2	- 5,9

Res uestas atolo icas

	<u>Submues-</u> <u>tra A. %</u>	<u>Submues-</u> <u>tra B. %</u>	<u>D. - %</u>
30. ¿Tiene Ud. a menudo dificultad para conciliar el sueño, aún cuando no haya ruido a su alrededor?	31,2	33,0	- 1,8
31. ¿Tiene frecuentemente dolores o pesadez de cabeza?	36,2	37,2	- 1,0
32. ¿Ha tenido Ud. escarlatina o difteria?	7,0	9,8	- 2,8

el cuadro número 39, nos muestra las mayores diferencias - entre las dos submuestras.

La similitud entre ambas es la norma, sin embargo, en contramos una serie de porcentajes que superan el 10 por 100 y son los ítems números 8, 11, 19, 23 y 24. Todos ellos se refieren a la predisposición o enfermedades padecidas por el sujeto y, que no son significativas de cuadro patológico importante. Sin embargo, el ítem número 19, sobre frecuencia de asistencia médica, nos indica la fragilidad de la imagen corporal. Cabe consignar que en este ítem se da unos porcentajes muy altos, tanto para la submuestra "A", como para la submuestra "B".



D.- Resultados de adaptación social.

El nivel de adaptación social, se mide a través de una serie de ítems que se refieren a distintos aspectos del grupo y su influencia en el sujeto. Las preguntas que lo componen son 32.

Una serie de preguntas, van referidas a la posición y disposición que muestra el sujeto cuando se encuentra inmerso en el grupo.

Por otro lado, se mide las relaciones y tomas de contacto que ha hecho el sujeto y que piensa hacer con otras personas, haciendo hincapié en las personas del sexo opuesto. Así por ejemplo, se le pregunta, "si le es fácil hacer amistad con personas del sexo opuesto" o, "si le gusta ir a bailar".

A veces conviene saber y nos muestra la adaptación del sujeto al medio social, la posibilidad de que este sea un posible líder del grupo, para lo que se establecen una serie de preguntas.

Y por último, se intenta medir las veces que el sujeto ha pedido ayuda a la sociedad para la resolución de sus problemas, o si se siente con fuerzas para tomar tal decisión.

En el cuadro 40, vemos las puntuaciones de adaptación

CUADRO 40.- PUNTUACIONES DE ADAPTACION SOCIAL SEGUN LOS ACCI
DENTES PADECIDOS.

<u>Valoración</u>	<u>%teórico</u>	<u>Submues - tra "A" %</u>	<u>Submues - tra "B" %</u>	<u>Muestra X</u>
Excelente	8,3	9	7	8,0
Buena	21,7	18	9	13,5
Normal	38,3	58	66	62,0
No satisfactoria	25,0	10	12	11,0
Mala	6,7	5	6	5,5

social obtenidas en la aplicación del cuestionario. La distribución de ambas curvas es simétrica. La categoría normal, ocupa más del 50% de ambas submuestras.

En la Submuestra "A" encontramos sólo un 15% de inadap tados, en tanto que en la submuestra "B", existe un 18%. Las categorías "Buena" y "Excelente", es mas alta en la submues- tra "A" que en la submuestra "B". Pero solamente con una di- ferencia de un 11%.

Al pasar al porcentaje de respuestas patológicas obte nidas en este subcuestionario y que forma el cuadro número - 41, encontramos puntuaciones ciertamente bajas en el total - del cuestionario, ya que ninguna de las respuestas patológi- cas supera el 50%.

**CUADRO 41.- ADAPTACION SOCIAL, RESPUESTAS PATOLOGICAS EN AMBAS
SUBMUESTRAS.-**

	<u>Respuestas patológicas</u>		
	<u>Submues- tra A. %</u>	<u>Submues- tra B. %</u>	<u>D. - %</u>
1. ¿Se siente Ud. intimidado o cohibido al solicitar un trabajo?	25,2	36,2	- 9,0
2. ¿Le gusta tomar parte en las reuniones o fiestas muy animadas?	8,0	7,1	0,9
3. ¿Le resulta difícil entablar conversación con una persona desconocida?.	12,3	13,0	- 0,7
4. ¿Se emociona Ud. muchísimo, cuando, por ejemplo, en una reunión se le invita a tomar la palabra sin que haya tenido tiempo para prepararse?	30,4	34,4	- 4,0
5. ¿En la vida social, por ejemplo, en una reunión de personas, permanece - Ud. en un segundo plano?	13,1	13,5	- 0,4
6. ¿Se inquieta cuando tiene que despedirse de un grupo de personas?	12,0	14,6	- 2,6
7. ¿Prefiere rodearse de un pequeño número de amigos íntimos, mejor que de gran cantidad de simples conocidos?.	27,0	31,2	- 4,2
8. Fuera de su ambiente habitual, ¿es Ud. objeto de una atención favorable? (Es decir, si le acogen con amabilidad, simpatía, etc).	13,2	12,7	0,5
9. ¿Hace Ud. amistades con facilidad?..	18,7	19,9	- 1,2
10. ¿Duda o vacila al entrar en una habitación en la que hay varias personas hablando?	6,5	8,5	- 2,0
11. ¿Vacila al tomar la palabra, en una reunión, por miedo de decir una incorrección, de "hacer una plancha", de "meter la pata"?	26,2	29,0	- 2,8
12. Si llega con retraso a una conferencia, reunión, asamblea, etc. ¿Prefiere irse o permanecer en pie, antes que ir a sentarse en las primeras filas?	24,0	30,5	- 6,5

Respuestas patológicas.

	<u>Submues- tra A. %</u>	<u>Submues- tra B. %</u>	<u>D. - %.</u>
13. En una recepción, fiesta o banquete, ¿trata Ud. de relacionarse con el invitado de honor?	6,5	7,0	- 0,5
14. ¿Alguna vez es Ud. el animador de una fiesta, recepción o reunión?..	7,0	6,2	0,8
15. Se encuentra intimidado en presencia de personas que admira mucho, pero a las que no conoce demasiado?	19,2	22,3	- 3,1
16. ¿Ha cambiado a veces de acera para evitar el encuentro con alguna persona conocida?	17,4	18,5	- 1,1
17. ¿Le gusta ir a bailar?	20,0	18,6	1,4
18. ¿Le resulta difícil o cree que le resultaría difícil, hablar en público?	28,3	32,5	- 4,1
19. ¿Ha tenido Ud. frecuentes ocasiones de ser presentado a otras personas o de introducirse en otro grupo de gentes?	12,1	14,2	- 2,1
20. Si está invitado a algún banquete o fiesta, ¿prefiere abstenerse de tomar algo antes de pedirlo al camarero?	13,3	16,8	- 3,5
21. ¿Le ha sido fácil hacer amistad con personas del sexo opuesto?	15,0	14,7	0,3
22. ¿Le es difícil sostener una conversación con alguien que le acaba de ser presentado?	17,4	19,8	- 2,4
23. ¿Ha tenido Ud. ocasión de dirigir a otras personas, siendo presidente de una comisión, jefe de un grupo, etc?	6,2	7,0	- 0,8
24. ¿Se sentiría Ud. muy intimidado si fuera el encargado de lanzar una idea, para organizar una discusión en grupo?	18,0	20,1	- 2,1
25. ¿Es Ud. tímido?	26,2	35,4	- 9,2

Respuestas patológicas

	<u>Submues- tra A. %</u>	<u>Submues- tra B. %</u>	<u>D. - %.</u>
26. ¿Le resulta a Ud. fácil pedir ayuda a los demás?	12,1	13,4	- 1,3
27. ¿Si desea obtener algo de una persona que apenas conoce, prefiere escribirle antes de pedirselo personalmente?	16,2	18,2	- 2,0
28. ¿Le sería difícil contar o exponer alguna cosa ante un grupo de personas?	26,4	36,0	- 9,6
29. Se azara Ud. si tiene que entrar en algún salón, fiesta familiar o cualquier otra clase de reunión, cuando ya está todo el mundo sentado? ...	16,2	20,3	- 4,1
30. ¿Ha tomado Ud. alguna vez la iniciativa para animar cualquier reunión aburrida?	10,0	9,5	0,5
31. Durante alguna conversación sobre varios temas, ¿ha tenido alguna vez grandes dificultades para formular una cita apropiada? (Por ejemplo para acordarse de un refrán, o bien tal escritor o tal político, dijo esto o aquello).	8,3	10,4	- 2,1
32. ¿Propende Ud, a encargarse de presentar a unas personas a otras en una reunión?	6,1	7,3	- 1,2

E.- Resultados de adaptación emocional.

Los estados emocionales de los individuos en el trabajo, se han interpretado en ocasiones con variables indirectas que no representan su identificación exacta. La comúnmente citada "satisfacción en el trabajo" no están de acuerdo con valores tales como los que caracterizan a los distintos estados emocionales y que pueden relacionarse -- con problemas de carácter, obsesión, ofensas, humillación, fantasía, ruborización, desaliento, etc.

Tales estados y caracteres nos lleva a configurar -- una serie de arquetipos en los grupos y que son reconocidos -- como los impulsivos, los hostiles, los temerosos, los ansiosos, los optimistas, los pesimistas, etc.

Ante la autoridad, los compañeros, el éxito o el fracaso en el trabajo, estas distintas personalidades no se -- comportan ni responden de igual forma. En los análisis realizados en laborterapia se ha tenido muy en cuenta estas -- distintas modalidades emocionales a la hora de destinar profesionalmente a los distintos individuos y de insertarlos -- a los grupos.

Pero lo que nosotros intentamos medir, es la posibilidad de que estos distintos estados emocionales puedan ser -- motivo de predisposición a los accidentes y sobre todo en -- nuestro criterio, ver si existen diferencias entre un grupo

y otro con respecto a la accidentabilidad.

Como podemos observar en el cuadro que sigue, número 42, las puntuaciones de adaptación emocional varían muy poco entre ambos grupos, no pudiendo decirse que existan diferencias significativas. En la submuestra "A", encontramos que los accidentes de mala adaptación y adaptación no satisfactoria, suman 7%, mientras que en la submuestra "B", suman 12%.

CUADRO 42.- PUNTUACIONES DE ADAPTACION EMOCIONAL, SEGUN LOS ACCIDENTES PADECIDOS.

<u>Valoración</u>	<u>%teórico</u>	<u>Submue - tra "A" %</u>	<u>Submue - tra "B" %</u>	<u>Muestra X</u>
Excelente	6,7	6	9	7,5
Buena	29,9	32	26	29,0
Normal	36,7	55	53	54,0
No satisfactoria	20	4	8	6,0
Mala	6,7	3	4	3,5

En el cuadro 42, se analizan las respuestas patológicas de ambas submuestras a la adaptación emocional. Comparándola con las obtenidas en los otros aspectos estudiados, observamos como se produce el mismo fenómeno que en la adaptación a la salud, es decir un nivel muy bajo de respuestas

**CUADRO 42.- ADAPTACION EMOCIONAL, RESPUESTAS PATOLOGICAS EN
AMBAS SUBMUESTRAS.**

	Respuestas patológicas		
	Submues- tra A. %	Submues- tra B. %	D. - %
1. ¿Tiene altibajos en su humor, sin una razón aparente?.	12,0	12,6	- 0,6
2. ¿Alguna vez se ha asustado Ud. mucho por algo que de antemano sabía que era inofensivo?. (Por ejemplo, un ratón, una sombra, etc).	7,1	8,0	- 0,9
3. Tras haber sufrido una situación humillante, ¿se queda Ud. muy preocupado durante mucho tiempo?.	8,2	18,8	- 10,6
4. ¿Alguna vez es molestado Ud. por un pensamiento sin importancia que le obsesiona sin poder desembarazarse de él?.	16,6	17,1	- 0,5
5. ¿Se aturde o trastorna con facilidad?.	19,3	25,2	- 5,9
6. ¿Se encuentra frecuentemente excitado?.	26,5	27,8	- 1,3
7. ¿Le afectan mucho las criticas o censuras que le hacen?.	20,5	21,4	- 0,9
8. ¿Le molesta pensar que la gente le observa por la calle?.	17,3	18,5	- 1,2
9. La idea de que la gente pueda leer sus pensamientos, ¿llega a preocuparle o a inquietarle?.	20,2	23,0	- 0,8
10. ¿Sueña Ud. despierto con frecuencia? (Es decir, si deja Ud., correr su fantasía).	12,1	14,5	- 2,4
11. ¿A menudo le dan las ideas tantas vueltas por la cabeza, que le impiden dormir normalmente?.	19,8	20,8	- 1,0
12. ¿Se atormenta Ud. pensando en posibles desgracias?.	22,4	23,6	- 1,2
13. ¿Se dá por ofendido facilmente?. ..	18,3	29,1	- 10,8

Respuestas patológicas

	<u>Submues- tra A. %</u>	<u>Submues- tra B. %</u>	<u>D. - %</u>
14. ¿Ha quedado preocupado, alguna vez, por la idea de que las cosas se le presentan como irreales?. - (Es decir, como si no estuviera seguro de que lo que vé, oye o ve fuera real). (Si no entiende la pregunta, es que no le sucede esto).	7,2	8,3	- 1,1
15. ¿Se ruboriza Ud. con facilidad?..	6,0	7,5	- 1,5
16. ¿Se siente Ud. con frecuencia intimidado o cohibido a causa de su aspecto exterior? (Es decir, considera que su físico no es agraciado, o bien que su vestuario es demasiado pobre o anticuado). ...	28,1	39,8	- 11,7
17. ¿Se considera Ud. más bien como una persona nerviosa?.	27,6	29,0	- 1,4
18. ¿Vive preocupado a consecuencia de sus sentimientos de inferioridad?.	30,5	35,6	- 5,1
19. ¿Se encuentra Ud. muy deprimido?. (Deprimido quiere decir triste)..	29,8	37,1	- 7,3
20. ¿Tiene Ud. miedo de encontrarse solo en un sitio oscuro?.	7,0	6,2	0,8
21. ¿Ha tenido Ud. a veces miedo de caerse cuando se encontraba en un sitio alto?.	29,2	31,1	- 1,9
22. ¿Se lamenta Ud. a menudo de lo que hace?.	23,4	25,8	- 2,4
23. ¿Se desanima Ud. con facilidad?..	29,8	32,6	- 2,8
24. ¿Ha quedado frecuentemente deprimido (entristecido) por las faltas de consideración de que ha sido Ud. objeto por parte de algunas personas de su ambiente?.	32,1	38,9	- 6,8
25. ¿Le asustan los relámpagos?.	4,2	0,0	4,2

Respuestas patológicas

	<u>Submues- tra A. %</u>	<u>Submues- tra B. %</u>	<u>D. - %</u>
26. ¿Le salen frecuentemente mal las -- cosas, sin que sea culpa suya?. ...	18,3	20,7	- 1,4
27. ¿Solo el ver una serpiente le horro riza?. (Aunque sea, por ejemplo, en una película).	7,4	6,8	- 0,6
28. ¿Llora Ud. con facilidad o con fre- cuencia?.	3,2	3,0	0,2
29. ¿Le asusta mucho pensar en un terre moto o en un incendio?.	10,5	8,5	2,0
30. ¿Se siente Ud. frecuentemente como si estuviera solo, aunque se encuen tre acompañado de otras personas?..	30,2	40,0	- 7,8
31. ¿Ha tenido Ud. alguna vez la sensa- ción de que alguien le hipnotizaba, y le hacía ejecutar ciertos actos - en contra de su voluntad?.	12,5	15,6	- 3,1
32. ¿Tiene Ud. con frecuencia períodos en los que se siente de repente -- triste y pesimista unos días o in - cluso durante más tiempo?.	26,6	29,0	- 2,4

patológicas, por lo qué, en consecuencia las diferencias - entre ambas submuestras son también bastante bajas, :

Las diferencias superiores al 10 por 100 entre ambas submuestras, se encuentran en los ítems números 3, 13 y 16.- Ninguna de ellas induce a pensar en rasgos psicopatológicos acusados. Los ítems donde se dan estas diferencias, pueden considerarse como situaciones emocionales que no imprimen un carácter o temperamento definido.

F.- Resultados de adaptación profesional.

Tal vez podemos considerar dentro de nuestro modesto estudio este subtest como el más importante para configurar la personalidad del poliaccidentado. En la introducción que hemos hecho a este estudio, y en toda la bibliografía -- tanto de psicología médica industrial, como de medicina del trabajo propiamente dicha, hemos visto formulada -- abundantemente esta interrogante y la convicción generalizada en todos los autores de que era necesario medir este aspecto. Tal vez, los autores especializados en ergonomía, -- son los que con mayor intensidad animan a esta realización.

En el subcuestionario que hemos aplicado, se requieren respuestas acerca de las relaciones del individuo con -- todos los factores que intervienen en el trabajo y hasta -- con la temporalidad del mismo.

Las relaciones que más se analizan son las satisfacción con los superiores, con los compañeros, con la materialidad del trabajo, con los factores sociales del trabajo -- que desempeña, con la remuneración, y hasta con la imagen -- que de si mismo tiene el individuo dentro del trabajo.

Las respuestas de grupo obtenidas son bastante expresivas de que aquí es donde se encuentran los mayores desajustes por parte del individuo. En la submuestra "A" que vemos en el cuadro número 44, observamos como un 29% tiene --

CUADRO 44.- PUNTUACIONES DE ADAPTACION PROFESIONAL SEGUN LOS ACCIDENTES.

<u>Valoración</u>	<u>% teóricó</u>	<u>Submue - tra "A" %</u>	<u>Submue - tra "B" %</u>	<u>Muestra X</u>
Excelente	4,4	6	0	3,0
Buena	24,5	22	8	15,0
Normal	40	43	14	28,5
No satisfactoria	24,5	24	47	35,5
Mala	6,6	5	31	18,8

una adaptación no satisfactoria o mala. Mientras que en la submuestra "B", la inadaptación va referida al 78% de ellos.

Solo encontramos una adaptación excelente en la submuestra "A" del 6%, mientras que en la submuestra "B", es decir - la de los poliaccidentados, no existe ninguno con adaptación excelente. Esto es altamente significativo.

Sin embargo, los problemas se aclaran bastante más si - miramos el cuadro número 45, donde se dan las respuestas patológicas que ambas submuestras han dado en la aplicación de este cuestionario.

Las respuestas en ambos subgrupos, son altamente patológicas y sintomáticas de situaciones de desajuste. Pero como veremos a continuación, donde estas respuestas superan todo lo previsto, es en la submuestra "B", o de poliaccidenta -

CUADRO 45. - ADAPTACION PROFESIONAL, RESPUESTAS PATOLOGICAS
EN AMBAS SUBMUESTRAS.

	<u>Respuestas patológicas</u>		
	<u>Submues- tra A. %</u>	<u>Submues- tra B. %</u>	<u>D. - %</u>
1. ¿Se siente a veces inquieto o nervioso en su empleo actual?	32,5	47,5	- 15,0
2. ¿Crée Ud. que ha elegido mal su profesión?	50,6	98,0	- 47,4
3. ¿Su trabajo actual le permite tener vacaciones anuales?	0,0	0,0	0,0
4. ¿Cree Ud. que se verá obligado a intrigar para conseguir un aumento o un anticipo del sueldo de su actual empleo?	19,3	59,8	- 40,5
5. ¿Su jefe o superior se comportan con Ud. siempre correctamente?	26,0	31,4	- 5,6
6. ¿Crée Ud. que trabaja demasiadas horas en su actual empleo?	36,3	42,5	- 7,2
7. ¿Desea otro empleo, en lugar del actual?	83,0	98,7	- 45,7
8. ¿Le resulta difícil conocer cual es su posición respecto a su jefe o superior?	12,8	17,8	- 5,0
9. ¿Crée que su actual jefe o superior, le tiene antipatía?	32,4	48,5	- 16,1
10. ¿Trabaja en su empleo actual, al lado de ciertas personas que la desagravan?	32,1	60,4	- 28,3
11. ¿Gana lo suficiente, en su actual empleo, para atender a los que dependen de Ud.?	27,5	78,1	- 50,6
12. Su actual jefe o superior, ¿es una persona en la que siempre podrá Ud., tener confianza?	12,6	80,6	- 68,0

...

Respuestas patológicas

	<u>Submues- tra A. %</u>	<u>Submues- tra B. %</u>	<u>D. - %</u>
13. ¿Cree que su jefe o superior le dá un salario justo?	12,8	38,2	- 25,4
14. ¿Se compenetra Ud. con todos o la mayor parte de sus actuales compañeros de trabajo?	13,0	18,5	- 5,5
15. ¿Ha cambiado frecuentemente de empleo en estos últimos cinco años?	40,1	70,3	- 30,2
16. ¿Le fatiga mucho su actual trabajo? .	31,5	43,5	- 12,0
17. ¿Cree Ud. que en su actual ocupación cuenta con ocasiones suficientes para expresar sus propias ideas, su forma de considerar las cosas?	26,3	31,5	- 5,2
18. Su actual salario, ¿es tan reducido - que teme no sea suficiente para cubrir todos sus gastos?	18,2	43,0	- 24,8
19. ¿Ha podido obtener el ascenso que necesitaba en su actual empleo?	11,3	14,5	- 3,2
20. ¿Entre las personas que trabajan con Ud., ¿hay alguna que le irrite, por sus costumbres y género de vida? ...	27,2	61,8	- 34,6
21. Su empleo actual, ¿le obliga a hacer su trabajo o a despachar sus asuntos muy deprisa?	32,7	46,0	- 13,3
22. ¿Se atribuye, personalmente, su actual jefe o superior, todo el mérito en algún trabajo que ha hecho Ud.? ..	12,2	49,3	- 37,1
23. En su actual empleo, ¿tiene Ud. la impresión de ser como la pieza de una máquina? (Es decir, de sentir completamente anulada su personalidad).....	38,0	61,8	- 23,8
24. ¿Le felicita su jefe o superior cuando hace un trabajo bien hecho?	14,8	20,5	- 5,7
...			

Respuestas patológicas

	<u>Submues- tra A. %</u>	<u>Submues- tra B. %</u>	<u>D. - %.</u>
25. Al emprender su actual trabajo, ¿lo ha hecho pensando que era éste, precisamente el que Ud. deseaba?.	13,2	23,6	- 10,4
26. ¿Tiene temporadas en las que se desanima en su trabajo actual?.	32,4	59,6	- 27,2
27. ¿Tiene Ud. la impresión de que su trabajo está controlado por demasiados superiores?.	14,2	20,8	- 6,6
28. ¿Es muy monótono su trabajo actual?	31,0	86,5	- 55,5
29. ¿Cree que su actual trabajo es muy poco interesante?.	19,4	70,4	- 51,0
30. ¿Cree Ud, que su jefe o superior, - habría de poner más simpatía y más comprensión en sus relaciones con Ud.?.	30,5	69,5	- 39,0
31. ¿Le parece a Ud. que su jefe o superior no aprecia en su justo valor - los esfuerzos que Ud, hace para regular su trabajo de una manera perfecta?.	32,8	80,2	- 47,4
32. ¿Tiene Ud. miedo a perder su empleo actual?.	20,5	47,8	- 27,3

dos.

Las diferencias de porcentajes superiores al 50%, las encontramos en los ítems números 11, 12, 28 y 29. El primero hace referencia a la esfera económica y aunque en ambos grupos se ve la insatisfacción con el salario, este es mucho mayor en los poliacidentados. El ítem 12, se refiere a las relaciones con los superiores y demuestra la incompatibilidad con el mando. Los dos últimos, tratan de la monotonía y falta de realización que le ofrece al individuo, la labor que realiza.

Diferencias superiores al 25%, las encontramos en los ítems números 2, 4, 7, 10, 13, 15, 20, 22, 26, 30 y 32. Además de las esferas anteriormente medidas, se encuentran -- afectadas también en esta proporción las insatisfacciones -- que proceden de los compañeros, de la inseguridad que le -- produce el perder su trabajo y, la necesidad de crearse un futuro más esperanzador.

III.- CONCLUSIONES GENERALES

A través de todas estas páginas, hemos pretendido evitar la retórica, que hubiera multiplicado a nuestro antojo las páginas de que consta este trabajo.

Pero tratándose de un estudio exploratorio, queremos seguir la línea trazada desde el comienzo de esta investigación y presentar los resultados lo más escuetamente posible y dejar para otros las especulaciones y otras conclusiones a que puede conducir nuestra labor. Por ello, pasamos a reseñar las conclusiones generales a que hemos llegado.

1.- Por lo estudiado anteriormente, podemos concluir que el número de accidentes no guarda ninguna relación con la edad en que se produce. Las variaciones habidas se deben exclusivamente al azar y a la distinta composición de la población activa.

2.- El estado civil, no predispone a la mayor o menor producción de accidentes en la muestra estudiada.

3. - En los resultados obtenidos, hemos observado que un menor número de hijos, es predisponente de un mayor número de accidentes en los sujetos.

4.- Opuestamente al punto anterior, hemos hallado que los que tienen mayor número de hijos, tardan menos en curar los accidentes que se producen.

- 5.- En las familias donde ha habido el fallecimiento de algún hijo, se observa que tienen un menor número de accidentes.
- 6.- El que la esposa trabaje o no trabaje fuera del hogar, no interviene para nada en la producción de accidentes, ni en la duración de las bajas por tal motivo.
- 7.- Se observa en el estudio realizado, que cuando la esposa tiene más edad que el marido, el número de accidentes que es te sufre, es mayor.
- 8.- La calidad de la vivienda, no es una variable que intervenga en el número de accidentes, ni en la duración de la baja.
- 9.- La existencia de familias extendidas o familia nuclear -- dentro de un mismo techo, no afecta a las variables estudiadas.
- 10.- Los individuos que proceden de una familia con menor número de hermanos, se observa que tienen un menor número de accidentes.
- 11.- La aplicación del cuestionario SN 59 de neuroticismo, no nos da diferencias significativas entre los grupos de no accidentados y con accidentes. Por lo que, deducimos que no se trata de problemas de psicopatología exclusivamente.

12.- La aplicación del Cuestionario de adaptación de Bell, nos ha dado unas diferencias significativas de inadaptación en los sujetos con accidentes (63%). De las áreas estudiadas, unas se encuentran más afectadas que otras, por lo que las relacionamos a continuación.

a). En la esfera profesional, existe inadaptación tanto en el subgrupo sin accidentes (29%), como en el de los poliaccidentados (78%). Pero como se vé, este desajuste es mucho mayor en los sujetos con accidentes.

b). El área familiar presenta una inadaptación en los individuos sin accidentes de un 30%, que es igual a los porcentajes de una muestra nacional, mientras que en los individuos con accidentes, el porcentaje de desadaptación es del 53%.

c). La adaptación a la salud, presenta unos porcentajes en el subgrupo sin accidentes del 36%, en tanto que en el de poliaccidentados es de un 42%.

d). La esfera emocional, no se encuentra afectada en ninguno de los dos subgrupos, si la comparamos con los resultados obtenidos a nivel general.

e). La adaptación social, no es mala en ninguno de los dos subgrupos y las diferencias entre el subgrupo sin accidentes (15%) y el subgrupo con accidentes (18%), no son significativas.

INDICE DE CUADROS

1. Evolución de la cifra de accidentes según los grupos de actividad económica
2. Población activa y accidentes por sectores ..
3. Distribución de Accidentados y no accidentados según los días de baja
4. Distribución de la población activa por edades, durante el año 1969
5. Distribución de la población según su estado civil
6. Porcentajes de hijos en mujeres casadas y viudas
7. Número de hogares según su dimensión
8. Distribución de accidentados y no accidentados según el número de hijos
9. Distribución del número de días de baja por accidente según el número de hijos
10. Distribución de accidentados y no accidentados según el número de hijos fallecidos.

11. Distribución de días de baja por accidente según el número de hijos fallecidos
12. Distribución de accidentados y no accidentados según el número de hijos enfermos
13. Distribución del número de días de baja por accidente según el número de hijos enfermos
14. Distribución de accidentados y no accidentados según la edad de la esposa.
15. Distribución del número de días de baja por accidente según la edad de la esposa.
16. Distribución de accidentados y no accidentados, según la salud de la esposa
17. Distribución del número de días de baja por accidente, según la salud de la esposa
18. Distribución de accidentados y no accidentados, según el trabajo de la esposa
19. Distribución del número de días de baja por accidente según el trabajo de la esposa
20. Distribución de accidentados y no accidentados, según los padres

21. Distribución del número de días de baja por accidente según los padres
22. Distribución de accidentados y no accidentados según los que habitan juntos en la vivienda
23. Distribución del número de días de baja por accidente según los que habitan juntos en la vivienda.
24. Distribución de accidentados y no accidentados según la calidad de la vivienda
25. Distribución del número de días de baja por accidente según la calidad de la vivienda .
26. Distribución de accidentados y no accidentados según el estado civil
27. Distribución del número de días de baja por accidente según el estado civil
28. Distribución de accidentados y no accidentados según el número de hermanos
29. Distribución del número de días de baja por accidente según el número de hermanos

30. Distribución de accidentados y no accidentados según la edad.
31. Distribución del número de días de baja por accidente según la edad
32. Resultados del Cuestionario SN 59, expresando la Media y desviación típica.
33. Cuestionario SN 59, respuestas patológicas en ambas submuestras
34. Normas para varones de nivel cultural elemental
35. Puntuaciones de adaptación total según los accidentes padecidos
36. Puntuaciones de adaptación familiar según los accidentes padecidos.
37. Cuestionario de adaptación familiar, respuestas patológicas en ambas submuestras
38. Puntuaciones de adaptación a la salud según los accidentes padecidos
39. Adaptación corporal, respuestas patológicas en ambas submuestras

- 40. Puntuaciones de adaptación social según -
los accidentes padecidos
- 41. Adaptación social, respuestas patológicas
en ambas submuestras
- 42. Puntuaciones de adaptación emocional se -
gún los accidentes padecidos
- 43. Adaptación emocional, respuestas patoló -
gicas en ambas submuestras
- 44. Puntuaciones de adaptación profesional se
gún los accidentes padecidos
- 45. Adaptación profesional, respuestas patoló
gicas en ambas submuestras



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALTED, E. XIV Congreso Internacional de Medicina del Trabajo
Madrid. Septiembre 1963.

ALVAREZ VILLAR, A. Psicodiagnóstico clínico. Edit. Aguilar.
Madrid. 1967.

ANASTASI. Tests psicológicos. Edit. Aguilar. Madrid. 1967.

ASAMBLEA MEDICA MUNDIAL. Resoluciones.

BALEN, BRAVO, DOMINGUEZ, GOMEZ LUS, GONZALEZ, IBÁÑEZ, PIE -
DROLA, PUMAROLA Y DEL REY. Medicina preventiva y -
Social. Higiene. Madrid. 1971.

BASTIDE, Roger. Sociología de las enfermedades mentales. --
Edit. Siglo XXI. México. 1967.

BELL, Hugh M. Cuestionario de adaptación. Stanford Universi
ty Press. Stanford. California. 1937.

BERMEJILLO MARTINEZ, M. Consideraciones sobre la actual medi
cina del Trabajo. Nº 2. 1966. Edit. Ministerio del -
Trabajo. Madrid.

- BONNARDEL, R. La psychometrie et la prevention des accidents du travail. Arch. mal. prof. 23 num. 6.
- BLUM y NAYLOR. Industrial Psychology; Theoretical and social foundations. Edit. Harper Internacional. Nueva -- York. 1968.
- CAMPO URBANO, J. del. Factores que afectan a la proteccion personal. Revista de Medicina y Seguridad del Trabajo. Tomo XXI. Nº 81. Enero-Marzo 1973. Madrid.
- CAMPO URBANO, J. del. Delincuencia juvenil, la primera experiencia laboral. Revista de Medicina y Seguridad del Trabajo. Tomo XX. nº 78. Abril-Junio 1972
- CAMPO URBANO, S. del. Problemas de la profesion médica española (Informe preliminar). Edit. Comisión Nacional Española del Instituto Internacional de Estudios de Clases Medias. Madrid. 1964.
- CAMPO URBANO, S. del. Analisis de la poblacion de España. Editorial Aitel.
- CAMPO URBANO, S. del. La familia española en transición. Ed. Congreso de la Familia española. Madrid. 1960.
- CAPLAN. Comunidad, psicología y psicopatología. Edit. Jorge Alvarez. Buenos Aires. 1968.

- CAPLOW, Th. Sociología del Trabajo. Int. de Estudios Políticos, Madrid. 1958.
- CATTELL. The IPAT anxiety scale. Champaign. Illinois. 1957
- CERDA, E. Psicología aplicada. Edit. Herder. Barcelona.
- CERDA, E. Cuestionario de adaptación para adultos. Edit. -- Herder. Barcelona. 1974.
- CERDA, E. Cuestionario SN 59. Editorial Herder. Barcelona. 1968.
- CDE, Rodney M. Sociología de la Medicina. Alianza Editorial Madrid. 1973
- DELAY, J. y PICHOT, P. Manual de Psicología. Edit. Toray -- Masson. 2ª Edic. Barcelona 1969.
- DRAKE, D.A. Accidents proneness: a hypothesis. Character and Personality. 1940.
- EYSENCK. Dimensions of personality. Routledge and Kegan Paul. Londres. 1947.
- FARMER, E. The psychological study of accidents proneness in Industrial Welfare. 1933.

FERNANDEZ CRUZ, GARCIA SANTESMASES y otros. La Sociedad del año 2.000. Edit. Centro de Estudios Sociales del Valle de los Caidos. 1971.

FRANDERS DUNBAR. Psychosomatic diagnosis. Nueva York. 1943

FREEMAN, H. SOL LEVINE y REEDER, Leo G. Hanbook of Medical Sociology. Englewood Cliffs. N.J. Prentice Hall. 1963,

FRIEDMAN, G. Problemas humanos del maquinismo industrial. - Edit. Sudamericana. Buenos Aires. 1956.

GATES, D.S. A statistical study of Accidents in Cotton Mille. Print Works and Worsted Mill of a Textile Company. Journal of Industrial Hygiene. 1920.

GRANDE COVIAN. F. Accidentes y enfermedades profesionales - más frecuentes en las minas de carbón de las cuen- cas asturianas. Revista de Medicina y Seguridad - del Trabajo. Nº 72. Octubre Diciembre 1970.

GREENWOOD y H.M. WOODS. The incidence of industrial acci -- dents with special reference to multiple Accidents IFRB. Informe nº 4. 1919.

GREENWOOD, M. y YULE, G.U. An inquiry into the nature of frequency distributions representative of multiple --- happenings with particular reference to the occurrence of multiple attacks of disease or of repeated -- accidents. J. Roy. Stat. Soc. 83. 1920.

CUTIERREZ DE ALLES, J.L. Estudios fisiológicos. Normalización de puestos de trabajo. Expediente normalizado de requerimientos de aptitud profesional. Rev. - de Med. y Seg. del Trabajo. nº 43. Julio-Septiembre 1963.

GUTIERREZ DE ALLES, J.L. La prevención de accidentes y enfermedades profesionales por la adecuación técnica de factores humanos. Rev. de Medicina y Seg. del Trabajo. nºs. 62 y 63. Abril-Septiembre 1968.

HATZFELD, Henri. La crisis de la medicina liberal. Edit. --- Ariel. Barcelona. 1965.

HEWES, A. Study of accidents record in a Textile Mill. Journal of Industrial Hygiene. 1921.

HILDEBRANDT, H. Zur psychologie des unfallgefährdeten. Psychotechn. Zschr. 1928.

- HILGARD, Ernest R. Introducción a la Psicología. Editorial Morata. Madrid. 1966.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. Encuesta de población - activa en 1969.
- JARDILLIER, P. La organización humana de las empresas. Colección Ciencias Sociales. Edit. Tecnos. Madrid. 1969.
- LAHY y KORNGOLD. Etude experimentale sur les causes psychologiques d' accidents du travail. Travail humain. Presses Universitaires de France. Paris.
- LAIN ENTRALGO, P. La relación médico enfermo.
- LOPEZ IBOR, J.J. Lecciones de Psicología Médica. Volumen II Edit. Paz Montalvo. Madrid. 1968.
- MAIER. Motivación y moral en la Industria. Edit. Hispano Europea. Barcelona. 1970.
- MALBOYSSON CORRECHER, E. Valor de los reconocimientos médicos en la prevención de riesgos profesionales. Tesis doctoral. APA. San Sebastian. 1964.

- MALBOYSSON CORRECHER, E. Problema de la integración del minusválido vista por el Médico de Empresa. Revista de Medicina y Seguridad del Trabajo. nº 74. Abril a Junio 1971.
- MALBOYSSON CORRECHER, E. El trabajo de los jóvenes. Revista de Medicina y Seguridad del Trabajo. Nº 76. Octubre-Diciembre 1971.
- MARBE, Karl. Psicología de los accidentes y disminución de la actividad. Munich-Berlín. 1926.
- NEFF. Problems of Work evaluation. Personnel and Guidance -- Journal. Vol. 44. 1966.
- NEFF y KOLTUV. Toleration for Psychiatric Rehabilitation as a function of Coping Style. Journal of Counseling Psychology. Vol. 31. 1967.
- NEWBOLD, E.M. A contribution to the study of human factor in the causation of accidents. IFRB. nº 34. 1926
- NUÑEZ SALAS. Accidentes de trabajo. Indices, absentismo. Rev. de Medicina y Seg. del Trabajo. nº 48. Octubre-Diciembre 1964.
- OCHOA, A. de. Dismenorrea y medicina laboral. XIV Congreso - Internacional Medicina Trabajo. Madrid. Septbre 1963

PIEDROLA, PUMAROLA y BRAVO. Lecciones de Higiene y Sanidad.
Tomo II. Madrid. 1963.

READ, M. Cultura, salud y enfermedad. Edit. Centro Editor -
de América Latina. Buenos Aires. 1968.

RIUS Y PAÑELLA. Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo.
Edit. Bosch. Barcelona 1968.

RUSSEL, Arnulf. Psicología del Trabajo. Edit. Morata. Ma -
drid. 1968.

RYAN y SMITCH. Principles of Industrial Psychology. Nueva -
York. 1954.

SANGRO, P. XIV Congreso Internacional de Medicina del Traba
jo. Madrid. Septiembre 1963.

SANGRO, P. VII Jornada francesa de Medicina del Trabajo. --
Septbre. 1962.

SANGRO, P. Comunicación presentada a las II Jornadas Interna
cionales de Medicina del Trabajo. Barcelona. Ma-
yo. 1962.

- SANGRO, P. Conferencia pronunciada en la Comisión de Seguridad del Sindicato Nacional de Industrias Químicas, el día 5 de Noviembre de 1968.
- SCOTT. The psychology of Work. Edit. Duckworth. Londres 1970
- SCHEFF, Th. El rol de enfermo mental. Edit. Amorrortu. Buenos Aires. 1973.
- SCHMITT, E. Unfallaffinität und psychotechnik in Eisenbahn -- dienst. Industr. Psychotechnik. 1920.
- SCHULZINGER, M.S. The accident syndrome. Springfield. 1956.
- SHROSBREE. Relations of Accidents proneness to length of service. Industrial Welfare. 1935.
- SIGUAN. Problemas humanos del trabajo industrial. Edit. Rialp. 3ª Edic. Madrid. 1963.
- SIMMONS, Leo. Social science in Medicine. Russell Sage foundation. Nueva York. 1954.
- SIMONIN. Medicina del Trabajo. 2 tomos. Edit. Científico Médica. Barcelona. 1959.

- SPEROFF, Boris y KERR, W. Steel Mill "Hot strip" Accidents and Interpersonal desirability Values. Journal of Clinical Psychology. 1952.
- STEVENS, Jr. Accidents of Older Workers: Relations of age to extent of disability. Personell Journal. 1929.
- SUSSER y WATSON. Medicina y Sociologia. Editorial Atlante. Madrid. 1967.
- TIFFIN, J. Industrial Psychology. New York. 1956.
- VIDAL TALENS, F. y BONELL SENDRA. Predisposición a los -- accidentes. XIV Congreso Internacional de Medicina del Trabajo. Madrid. Septiembre de 1963.
- VITELES. Motivación y moral en la Industria. Edit. Hispano Europea. Barcelona 1970.
- WEIDER. Manual Cornell Index. The Psychological corporation. Nueva York. 1948.
- WILSON, Robert. The sociology of Health: An introduction. - Edit. Random House. New York. 1970.
- WOLFF, E. Accident proneness, a serious industrial problem. Industr. Med. a. surg. 1950.

- WONG y HOBBS. Personal factors in Industrial Accidents. A study of accidents proneness in a Industrial Group. Industrial Medecine. 1949.
- WRIGLEY, E. Historia de la Población. Introducción a la demografía histórica. Edit. Guadarrama. Madrid. 1969
- YUSTE GRIJALBA, F.J. Siquiatria y Sociedad. Edit. Puleo Editorial. Barcelona. 1971.
- ZELST, R.H. van. The effect of age and Experience Upon Accidents rate. Journal of aplied Psychology. 1954.