

ALCANCE DE LA I.R.C.: ¿ES POSIBLE EL PROCESO REHABILITADOR DEL E.I.R.C.?

Ventura, M. C., Alarcón, A., Llabrés, E., Morro, A.

Hospital General de la Seguridad Social «Son Dureta» y Universidad de las Islas Baleares

INTRODUCCION

Los objetivos de este trabajo son, en primer lugar, centrar las bases teóricas que sustentan el profundo alcance que supone la I.R.C. y su tratamiento: la Hemodiálisis, para el que la padece. En segundo lugar, cuantificar y analizar el deterioro psicológico y mental generado directa o indirectamente por la enfermedad, y evaluar si éste sigue la misma dirección que dichas bases teóricas. En tercer lugar, ante este deterioro y lo que éste implica, planteamos si es posible un proceso rehabilitador mínimo para dicho enfermo.

En base a cumplir estos objetivos, el desarrollo del trabajo es el siguiente:

- Una Introducción que intenta poner de relieve: a) Las diferencias conceptuales y vivenciales que rodean al mundo perceptivo, del concepto enfermedad. b) Las características diferenciales del paciente crónico. c) Las etapas actitudinales, ante la enfermedad crónica grave y la muerte.
- Hipótesis del trabajo experimental
- Material y Métodos.
- Resultados y Comentarios.
- Conclusión.

Diferencias entre enfermedad y experiencia de enfermedad.

Los seres humanos tratamos de comprender las experiencias y percepciones asignándoles «causas» (autodiagnóstico) (1), que nos orienten a acciones terapéuticas. Las explicaciones causales, proveen control, al dar significado personal, al malestar corporal y al sugerir acciones que debemos tomar. La teoría de la atribución, de la psicología social (2), por lo tanto es básica a la hora de enfrentarnos y comprender al enfermo ante su enfermedad; poniendo ésta la atención en un rango de variables más amplias que las biológicas (3).

La enfermedad, pues, es el resultado de la interacción entre estado de Enfermedad y otras variables psicológicas y sociales. Se deben diferenciar dos dimensiones distintas en relación al concepto, que llamamos vulgarmente enfermedad: La Enfermedad propiamente dicha y la Dolencia. Según las define Kleinman (4) Enfermedad es, lo que los médicos construyen, a través de la reinterpretación de las experiencias del paciente, en base a un marco referencial médicamente sancionado, en términos de disfunción o anomalías estructurales, en los procesos biológicos. La Dolencia, sin embargo, es la experiencia de sufrimiento humano, el modo en que la persona enferma y los miembros de su red social perciben, conviven y responden a sus síntomas; poniendo la importancia en los valores y creencias culturales, que embebidas en el contexto social, influyen a la hora de determinar el significado de la enfermedad, tanto para el sujeto y sus familiares, como para los demás. Dolencia y enfermedad, pues, no tienen porque tener una relación directa y total. Ejemplos claros de ello son la hipertensión, como enfermedad que no da una sintomatología en muchos casos y la histeria, que el contrario, da síntomas sin una causa biológica; por lo cual la atribución, significado y causalidad que se le otorgue a una enfermedad o dolencia, es primordial y ello se hace en base a la interacción Sujeto (como ser biopsicológico) y Sociedad (médico, familia, amigos...).

Los síntomas, que suelen ser vividos como ataques a la integridad, serán los que determinen cómo se siente el enfermo, lo que puede hacer y cómo son vistos por los demás. Estos síntomas, además, podrán ser vistos de diversas formas: como signos de debilidad, como castigo, o bien como desafío, ello también será en base a la atribución que haga el enfermo de su dolencia; y ésta dependerá a su vez de

lo que Twelddie (5) llama «carrera de enfermedad». Esta significa que el sufriente acude al médico con una dolencia, pero la enfermedad final dependerá de una negociación entre el paciente, su ambiente familiar y social y el médico mismo. Carrera es, pues, entendida como camino o curso que siguen sus acciones y como el rol social que en dicho proceso se le otorga. La enfermedad es vista, por lo tanto, como algo que una persona sigue a través de un período de tiempo y que le otorga un rol.

Por otro lado, debemos poner especial atención a la llamada «Muerte biográfica», es decir, a las condiciones de enfermedad crónica, que interrumpen el «proyecto vital» de un individuo y que le impide realizarse en el camino que parecía señalado en su biografía (5). La anulación del porvenir, potencialmente constructivo, a causa de una enfermedad, significa la amputación de los diseños vitales, que se han proyectado para el futuro y la dislocación de la vida cotidiana, que no puede cumplirse en las dimensiones ordinarias de la persona.

La enfermedad crónica puede, por lo tanto, representar una modalidad de finitud, ante la imposibilidad de expansión biográfica. Las limitaciones de la persona sometida a un proceso patológico, debido a la muerte biográfica sentida, puede alcanzar la supresión del ser racional (alterándose, hasta la percepción), para subsistir solamente como ente «vegetativo».

La muerte biográfica, tiene un hondo alcance psicológico, espiritual y filosófico; pudiendo suponer la pérdida de la libertad, ante la limitación de valerse por sí mismo y significando ello, una modalidad de regresión, ante la incapacidad para ejercer una de las formas más arcaicas de la libertad personal (5).

En la vertiente social del paciente, la muerte biográfica puede ser, consecuentemente, más lamentable que la biológica; en especial cuando ocurre en plenitud vital, en una etapa de expansión.

Con todo este análisis, pretendemos centrar el énfasis en los aspectos psicosociales del proceso que vive el enfermo, ante la grave dislocación de su autoimagen y de su vida que supone la I.R.C.

Para comprender el mundo del enfermo I.R.C. (5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13) hay que analizar, por tanto, las relaciones de éste en su mundo particular y su enfermedad (6). Las actitudes frente a su familia, sus relaciones humanas (amigos, enemigos, etc.), su trabajo y sus distracciones (su vocación y sus aficiones) (9, 10, 11, 12, 13) y, sobre todo, sus actitudes frente a su Pasado, su Presente y su Porvenir (5).

Características del crónico y del crónico I.R.C.

Un proceso agudo grave, pone al hombre en una condición de incapacidad que le obliga a depender casi completamente de los que le rodean; retornando de alguna manera a la infancia. Cuando es una enfermedad crónica el paciente, sin embargo, debe volver, aunque de una manera parcial, a ser dueño de sí mismo y por ello debe proceder a adaptarse a una vida nueva. Este proceso contiene dos aspectos fundamentales (5, 9, 10):

1. La adaptación a su cuerpo, que es ahora distinto.
2. La readaptación al mundo humano, del cual ha sido aislado.

1. El paciente como ser humano había construido, a través de su existencia, una imagen de sí mismo, de sus posibilidades y sus limitaciones, de sus fuerzas y habilidades y la manera de usarlas, en su diario transcurrir. Este había ido adecuando su capacidad a las exigencias del medio y había aprendido a afrontarlas de la mejor manera que pudo y esto ya lo hace automáticamente. Ahora la enfermedad le desmonta su existir, con limitaciones nuevas, debiendo reconstruir una autoimagen y una actividad, así como, unas actitudes y unas aptitudes: su «Puedo» y «No Puedo». Debe esforzarse para superar las reacciones depresivas y pesimistas, que le recuerdan a diario su minusvalía y su incapacidad.

2. La readaptación al mundo le exige, además, volver a buscar una posición, en la que se encuentre más o menos seguro, a comportarse de la forma más afectiva para sí mismo, en sus interrelaciones, según su estado. En definitiva, debe aprender a relacionarse con hombres y situaciones desde otro «concepto de sí mismo».

Frente a ello caben dos actitudes «extremas» por parte del enfermo:

a) Se decide a seguir su tratamiento, contra todos los factores físicos y psicológicos que lo hacen exigente y duro.

b) Se niega a hacerlo y se abandona pasivamente a su destino.

La familia y el personal médico-sanitario, no están libres del proceso de la enfermedad y del enfermo (14, 15, 16), también tienen actitudes diversas frente a éste y lo suelen considerar, a través de su proceso en el tiempo, de diversas maneras:

- En una primera etapa, como víctima inocente.
- En una segunda etapa, como último culpable, de las desagradables consecuencias que acarrearán su enfermedad.

Como vemos, se debe, por todo ello, considerar la enfermedad, no meramente como una alteración del organismo, sino más bien y principalmente como una vivencia; como un hecho de experiencia que, con participación consciente o inconsciente del sujeto, se incorpora a su personalidad (4).

Etapas ante la I.R.C., enfermedad crónica y muerte.

Podemos considerar, las siguientes etapas, como típicas del enfermo frente a la muerte y del crónico que debe enfrentarse a una enfermedad grave, cuya sombra constante es la posibilidad de muerte. Estas etapas, se dan en mayor o menor medida y no tienen por qué seguir el orden expuesto, ni darse todas, en todos los enfermos. Estas son las siguientes:

1. La de «Negación» y «Aislamiento». Negación angustiosa, que suele ser parcial, ante un diagnóstico, como el que implica la I.R.C. Estos pacientes suelen considerar la posibilidad de su propia muerte, de su gravedad y sus limitaciones, durante un tiempo, pero luego tienen que desear esos pensamientos para proseguir viviendo («No puede uno enfrentar a la muerte y desgracia todo el tiempo») (5).

2. La de «Ira», la cual predominará los sentimientos del individuo, cuando ya no pueda mantener la negación. La rabia, envidia o resentimiento, surge contra todos, en especial contra los que les reflejan constantemente (médicos/sanitarios, familia, compañeros diálisis). Esta ira se instaura fuertemente, ya sea de forma manifiesta o bien latente, ello dependerá de la personalidad anterior del paciente, como reacción ante el mundo de los seres sanos y productivos que hay a su alrededor. Se pregunta, constantemente, en esta etapa, ¿por qué le ha tocado a él? En este punto, las «atribuciones causales» pueden ser muy variadas y dependen de la individualidad del sujeto, en interrelación con la significación cultural de dicha enfermedad (médico, familia, sociedad en general).

3. Si la dura realidad no se pudo afrontar en el primer período y ésta se negó, proyectándose en los demás, posteriormente ante la impotencia real sentida, para modificar su situación, se puede pasar a una tercera etapa donde se intentará «Negociar o pactar con Dios» algún tipo de curación o remisión total o parcial.

4. Cuando el paciente ya no puede negar su enfermedad, ni descargar su impotencia con los demás, pues eso sólo son mecanismos de defensa de utilidad momentánea, que intenta utilizar un sujeto para no desintegrarse, y viendo, además, que no le sirve de ayuda, pasado un tiempo, aparece la «Depresión». A excepción ésta, de aquellos casos, en que las estructuras de personalidad de base, fueran patológicas o el ambiente muy propicio, para que se instauren dichos mecanismos, como bases estructurales de personalidad.

La gran sensación de pérdida ante lo que vivencia el enfermo, a través del tiempo, así como la amenaza de la muerte constante, le llevan a enfrentarse a lo insoslayable y por ello a su «impotencia», a la depresión.

5. Si acepta el enfermo, su nueva autoimagen, su destino y por ello su rol y en base a ello intenta ver y desarrollar sus recursos y posibilidades actuales, podrá vivir la «tranquilidad resignada», que le proporciona la «no lucha» ante lo imposible.

En el caso de la I.R.C., sin embargo, donde su futuro: diálisis, trasplante, muerte, no está claro, ¿cómo puede adaptarse a él? ¿A qué exactamente? ¿Cómo llegar a esta quinta etapa? Esta situación es ambigua y contradictoria. La única respuesta que se no ocurre es la siguiente frase: «Si lloras porque no puedes ver el sol, no podrás ver las estrellas» (Tagore).

HIPOTESIS

- Se da una incidencia de deterioro en las capacidades psicoperceptivas y de personalidad.
- Estas son significativas y pueden implicar la ausencia de rehabilitación de dichos pacientes.
- Este deterioro coincide o se manifiesta en el mismo sentido reconocido en investigaciones anteriores, en relación a actitudes de los enfermos ante la muerte y/o la gravedad.

MATERIAL Y METODOS

Se ha estudiado a una muestra de enfermos en hemodiálisis N= 62 ya un grupo control N= 33, con variables demográficas equiparables. El grupo experimental se subdividió en dos, los que llevaban en H. D. menos de cuatro años (Ex. 1, n=31) y los que llevaban más de cuatro años (Ex. 2, n=31): con la intención de encontrar diferencias significativas a través de la prueba paramétrica «t» de Student (N =p<0.01, E=p<0.01, S=p<0.001).

Los Instrumentos utilizados fueron:

Inventario de Personalidad (Eysenck), que contempla tres dimensiones de personalidad: Neuroticismo, Extraversión y Sinceridad.

Test de Retención Visual (Benton), que detecta el deterioro neurológico a nivel de reproducción de formas y retención de éstas, tanto a corto plazo como diferido.

Test de Inteligencia (WAIS), que da un coeficiente intelectual total, como resultado de un C.I. Verbal y un C.I. Manipulativo.

Estas pruebas en el colectivo de pacientes, les fueron pasadas, en cuatro sesiones de media hora cada una, antes de su entrada en hemodiálisis.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

Se observa, como a través de los resultados del Inventario de Personalidad, existen niveles elevados de Neuroticismo (73.12), por el contrario se dan niveles muy bajos en Extraversión (41.80) y Sinceridad (29.91), en el grupo experimental (Ex. T), en relación al grupo control (CO, NEU=58.48, EXT=56.81, SIN -51.33); siendo dichas diferencias significativas a través de la prueba paramétrica «t» de Student (N =p<0.01, E=p<0.01, S=p<0.001).

Dentro de los grupos experimentales (Ex.1 y Ex.2) vemos, además, una evolución diferente, a través del tiempo, que sitúa a los de más años y menos años en H. D. de forma significativa, en distintas poblaciones, respectivamente (N=p<0.01, E=p<0.05, S=p<0.02). El grado de Neuroticismo más alto, que se da en los de menos años en H. D. (Ex.1=78.64), nos da pie a interpretar que dichos enfermos en sus primeros años de tratamiento sufren una lucha intensa en el intento de adaptación, a su situación. Lucha ésta que, con el tiempo (Ex.2) (NEU-67.61) va cediendo y da paso en contraposición, a un mayor aislamiento (EXT-41.80) y a una negación o distorsión (SIN -23.87) intensa de su problemática. Esta negación intentaría ser un mecanismo defensivo, que utilizarían como recurso adaptativo; con el fin de reducir o evadir su estrés y su consiguiente lucha neurótica, ante la impotencia sentida.

En cuanto a la Percepción y Retención de estímulos visuales, podemos ver como dichos enfermos (Ex.T) sufren un claro deterioro, en la dimensión de retención (1.09), en comparación con el grupo control (0.54): tanto a corto plazo (AE=1.09) como diferido (DE=1.41), en relación al número de errores realizados. Estas diferencias son significativas entre los dos grupos experimentales, también, en retención, diferenciando a los grupos según años en H.D., salvo en la memoria diferida, a través de la variable errores (AA=p<0.05, AE=p<0.001, DA=p<0.1). En la memoria diferida, al no darse significación, nos muestra que el deterioro es similar y por lo tanto el tiempo en H.D. no los diferencia en esta dimensión.

A nivel de reproducción, como vemos, no se dan diferencias importantes, con lo cual se rechaza cualquier interferencia importante, en relación al deterioro físico, a nivel óseo y muscular (Osteodistrofia).

En relación a su estado intelectual global observamos como el bajo coeficiente obtenido (85.72) por el grupo experimental, es indicativo M deterioro sufrido por la enfermedad /diálisis, en comparación al grupo **control (104.60); ya que este último** grupo se escogió en base a las mismas variables de edad, nivel escolar y **profesional, por lo que** las diferencias significativas obtenidas (CIV= $p < 0.05$, CIM= $p < 0.001$, CIT= $p < 0.001$) **no tienen otra razón de ser**, que por el propio deterioro sufrido en el proceso de enfermedad, de dichos pacientes. Queda de manifiesto, por otra parte, a través de resultados similares, en los dos grupos experimentales (Ex.1, Ex.2) que este deterioro es inicial y no sufre cambios importantes, a través de tiempo en H.D.

Como resumen de estos resultados apuntamos los siguientes:

1. A nivel de personalidad se da deterioro y éste es cualitativamente diferente, según años en hemodiálisis, lo cual configura dos perfiles distintos de personalidad a través de proceso sufrido ante la enfermedad /tratamiento.
2. La percepción se altera en cuanto a la dimensión retención, tanto a corto plazo como diferido; siendo ésta mayor, cuantos más años en tratamiento.
3. El coeficiente intelectual, que presentan dichos enfermos, está en la línea límite, que llamamos borderline, lo cual implica una escasa capacidad o unos escasos recursos intelectuales ante la vida y por ende ante el seguimiento de su tratamiento.

En base a estos datos, nos debemos plantear las siguientes preguntas:

- a) ¿El proceso rehabilitador de H.D. en toda la extensión de la palabra es real? o por el contrario, ¿es una utopía?
- b) ¿Este deterioro impide dicho proceso rehabilitador?
- c) ¿Este deterioro es consecuencia, al menos en parte, de un mecanismo defensivo que utiliza el enfermo como recurso adaptativo? o por el contrario, ¿es implícito en el proceso mismo de la enfermedad /tratamiento y por ello de momento es insoslayable?

CONCLUSION

A nivel médico, en el sentido más reduccionista de la palabra, la diálisis y el trasplante, sí han supuesto un avance biotécnico de gran importancia, pero en la mente de cada profesional de la salud, donde la actitud o concepto de ayuda, llega más allá de reduccionismo teórico, ya sea médico, A.T.S., A.S. u otro profesional, queda la percepción y vivencia de que algo no está funcionando en este avance. Dichos profesionales ven y sienten que la gran mayoría de estos enfermos, se van deteriorando, no sólo en su vertiente biológica, sino también en la psicológica y social, por lo cual, dicho tratamiento parece que no satisface las necesidades del ser humano, ni siquiera en contraposición a la muerte. El sentido de su vida, de su vivir en tales circunstancias, no se encuentra. Esta percepción es ratificada por datos cualitativos y cuantitativos concluyentes, sobre su importante deterioro, tanto a nivel de capacidades mentales como de personalidad; y la incidencia del deterioro psíquico cuantificado, parece estar en la base de gran parte de los trastornos de personalidad y/o a la inversa.

Por otro lado, si la atribución (el hecho de dar significación) va conectada estrecha y directamente con la percepción y ésta vemos que presenta un alto grado de deterioro, el proceso evolutivo de dicho enfermo, se ve limitado y agravado por ello y denota, consecuentemente, que dicha alteración perceptiva básica, aunque quizás le aumente la capacidad adaptativa en algún sentido, le disminuye, lógicamente, otras áreas o recursos importantes ante la vida.

De todas maneras, de una forma u otra, sí, parece claro, que las dificultades existentes a nivel relacional, terapéuticas y de autocuidado (por parte del enfermo), derivan muy directamente de este deterioro, produciendo interferencias graves y diversas en el procesamiento de información que debe hacer dicho enfermo, en base a una buena actitud de autocuidado y a consecuencia de ello una buena evolución de su tratamiento y enfermedad.

Por todo ello, **nos preguntamos**, los profesionales de la salud, si la vuelta a una selección estricta de pacientes, en base a una posible rehabilitación bio-psico-social, debería ser básica para la introducción de los enfermos, en programa de diálisis; y en su caso cuáles serían los verdaderos parámetros que la podrían predecir. **Éticamente** ello, parece no ser posible, hoy en día, ya que hay medios económicos y técnicos mayores que en el pasado y por ello nos planteamos ¿hasta qué punto el médico u otros profesionales tienen derecho a decidir la posibilidad de vida o muerte de un paciente? La selección de pacientes, entonces, resulta ser una utopía, debiéndose encontrar otros caminos que ayuden a encuadrar mejor la problemática «global», que padecen dichos enfermos. Problemática ésta, que como vemos, trasciende ampliamente el encuadre puramente médico.

BIBLIOGRAFIA

- Kleiman, A. U.: Depression, somatization and the new cross-cultural psychiatry, J. of Society of Sciences Medical, 1977, 11:172.
- Neisser, P.: Psicología Cognoscitiva, Barcelona, Trillas, 1967.
- Pritchard, M. J.: Meaning of illness and patient response to long term hemodialysis, J. Psychosoc. Res. 1974, 18:457-464.
- Eiseberg, L. y Kleinman, A.: Diseases and Ullness: Distinctions between Professional and Popular Ideas of Sickness. Culture, Medicine and Psychiatry, 1977, 1, 1.
- Seguin, C. A.: La Enfermedad, el enfermo y el Médico, Pirámide, 1982.
- Balint, M.: El médico, el paciente y la enfermedad, Buenos Aires, Libros Básicos, 1977.
- Taylor, S.: Asjustmmement to threatening events. A theory of cognitive adaptation. American Psychologist, 1983, 38. - Social cognition and health. Personality and social Psychology Bulletin, 1982, 8:549-562.
- Ventura, M. C.: Problemática psicossocial de los enfermos con Insuficiencia R3nal Crónica en programa de Hemodiálisis, 1986, Tesina, Universidad de «Les files Balears».
- Ventura, M. C.: ¿Cuál es el primer paso para que un enfermo de riñón se enfrente a su situación de crónico?, Alcer, 1983, 33:17-21.
- Ventura, M. C.: La ayuda psicológica: un derecho que el enfermo en programa de hemodiálisis debe tener, Alcer, 1983, 34:18-30.
- Ventura, M. C. y cols.: El enfermo renal necesitado de asistencia psicológica, Caja de Ahorros Provincia; de Murcia, 1984,4-7.
- González, R.: El enfermo Renal Terminal En Benlloch, A., Barreto, P.: Psicología clínica: Trastornos Bio-Psico-Sociales, Promolibro, Valencia, 1986, 85-141.
- Ventura, M. C.: Resultados y Comentarios «Encuesta - Cuestionario» A.T.S. de Hemodiálisis, BISEDEN, 1986, 2.' Trim., 9-13.
- Ventura M. C., Morro, A., Llabrés, E.: Más allá del Rol de A.T.S. de Hemodiálisis: Estrés y Variables Secundarias, Hospal, Vigo, 1987, 131-149.
- Ventura, M. C., González, R.: La Percepción de la Insuficiencia Renal Crónica por el personal sanitario. Diálisis y Transplante, SEDYT, 1987, Vol. IX, n.' 3: 93-100.

DIBUJO: Situación del crónico I.R.C.: Crisis de identidad.

CUADROS 1, 2, 3

NOTA: Ex. 1 = Grupo Experimental 1, de +10 a 4 años en Hemodiálisis.
 Ex. 2 = Grupo Experimental 2, de +4 años en Hemodiálisis.
 Ex. T = Grupo Experimental Total 1+2 años en Hemodiálisis.
 CON. = Grupo Control.

CUADRO 1: Medias y Medianas por grupos y variables test EPI.

NOTA: NEU = Neuroticismo.
 EXT = Extraversión.
 SIN = Sinceridad.

CUADRO 2: Medias y Medianas por grupos y variables test BENTON.

NOTA: AA = Memoria Inmediata, variable Aciertos.

AE = Memoria Inmediata, variable Errores.

CE = Copia, variable Errores.

DA = Memoria Diferida, variable Aciertos.

DE = Memoria Diferida, variable Errores.

0 Ausencia de deterioro; 1 = Aviso de Deterioro; 2 = Deterioro; 3 = Claro Deterioro.

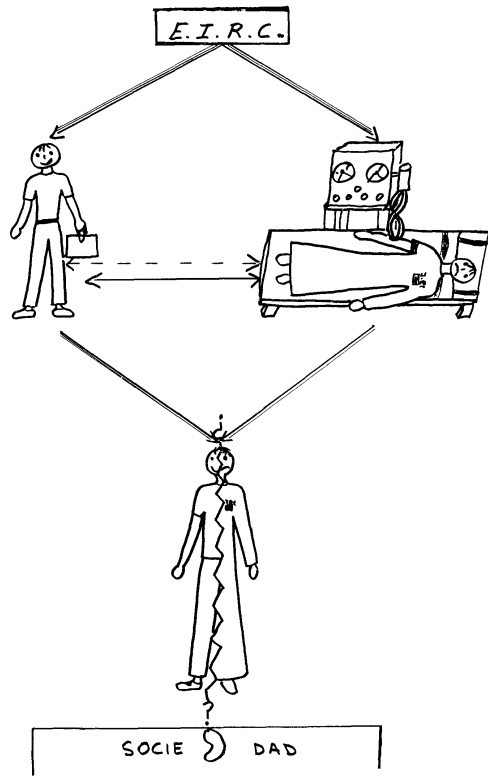
CUADRO 3: Medias y Medianas por grupos y variables test VAIS.

NOTA: CIV = Coeficiente intelectual área verbal.

CIM = Coeficiente intelectual área r-manipulativa.

CIT = Coeficiente intelectual área total (verbal y manipulativa).

GRAFICA 1: Baremo de los Coeficientes Intelectuales.



EPI

	MEDIA				MEDIANA			
	EX.1	EX.2	EX.1,2	CO	EX.1	EX.2	EX.1,2	CO
NEU.	78.64	67.61	73.12	58.48	85	70	75	50
EXT.	47.38 3	6. 22	41.80	56.81	40	40	40	65
SIN.	35.96	23.87	29.91	51.33	30	19	25	50

BRENTON

	EX.1	MEDIA EX.2	EX.1,2	CO	EX.1	MEDIANA EX.2	E1,1,2CO	
A								
A	0.42	0.87	0.64	0.75	0	0	0	0
E	0.51	1.67	1.09	0.54	0	2	0	0
C								
E	0.25	0.22	0.24	0.15	0	0	0	0
D								
A	0.64	1.06	0.85	0.75	0	1	0.50	0
E	1.25	1.58	1.41	0.45	0	2	1.50	0

WAIS

	MEDIA				MEDIANA			
	EX. 1	EX. 2	EX. 1, 2	CO	EX. 1	EX. 2	EX. 1, 2	Ce
CIV.	89.83	90.87	90,35	106	88	88	88	88
CIM.	82.22	86,06	84.14	102.51	81	83	83	100
CIT.	84.77	86.67	85.72	104.60	89	88	88,50	101

1	Cocientes intelectuales		Clasifi-
	VERBAL	MANIPU- LATIVO	
---	---	---	s
145	145	145	u
140	140	140	p
135	135	135	e
130	130	130	r
125	125	125	i
120	120	120	o
			r
115	115	115	
110	110	110	m
105	105	105	e
100	100	100	d
95	95	95	i
90	90	90	o
85	85	85	
80	80	80	i
75	75	75	n
70	70	70	f
65	65	65	e
60	60	60	r
55	55	55	i
---	---	---	o
			r