



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CÁTEDRA ENFERMERIA COMUNITARIA



FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES MODIFICABLES EN ADULTOS MAYORES

AUTORES:

Br. Donato, Silvia
Br. Silva, Ada
Br. Tubin, Edgar

TUTORES:

Mag. Lic. Enf. Menoni, Teresa
Prof. Lic. Acosta, Cecilia

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2008

Abreviaturas

a.m.	Adulto /s mayor /es
B.P.S.	Banco de Previsión Social
C.H.S.C.V.	Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular
c.v.	Cardiovascular
D.U.S.	División Universitaria de la Salud
Dx. S. I y C.	Diagnostico de Salud Individual y Colectiva
e.c.v.	Enfermedad /es cardiovascular/es
f.r.c.v.	Factor / es de riesgo cardiovascular / es
f.r.c.v.m.	Factor /es de riesgo cardiovascular / es modificable / s
f.r.c.v.n.m.	Factor / es de riesgo cardiovascular / es no modificable /s
f.r.	Factor / es de riesgo
H.T.A.	Hipertensión arterial
I.M.C.	Indice de masa corporal
Ji 2	Chi cuadrado
M.V.O.T.M.A.	Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente
M.S.P.	Ministerio de Salud Pública
O.P.S.	Organización Panamericana para la Salud
O.M.S.	Organización Mundial para la Salud
PRONAM	Programa Nacional del Adulto Mayor
U.R.	Unidad Reajutable

Índice

	Pág.
Resumen	3
Introducción	4
Área Temática y Formulación del Problema	4
Objetivo General y Específico	5
Marco Referencial	6
Fundamentación y Antecedentes	7
Marco Conceptual	8
Diseño Metodológico	17
Definición de Variables	17
Resultados	21
Análisis	47
Conclusiones	50
Sugerencias	50
Bibliografía	51
Índice de Anexos	53

Resumen

El enfermero comunitario elabora programas en y con la población, para la promoción de salud y la prevención de la enfermedad. Los mismos están basados en estudios de investigación que justifiquen llevarlos a cabo.

En esta investigación se planteo determinar factores de riesgo cardiovascular modificables (f.r.c.v.m.) en una población de adultos mayores (a.m.), que residen en complejos de viviendas del Banco de Previsión Social (B.P.S.).

La estadística uruguaya marca que la primer causa de muerte en nuestro país son las enfermedades cardiovasculares (e.c.v.) y que el 33.8% de la población las padece; sabiendo que un 13.4% del total de la población uruguaya son a.m. y considerando que la edad es un factor de riesgo cardiovascular no modificable (f.r.c.v.n.m.), nos origino interés por saber como algunos f.r.c.v.m. pueden estar influyendo en esta población.

Los objetivos planteados fueron caracterizar la población, identificar f.r.c.v.m. y realizar prueba de Chi Cuadrado (χ^2) para saber si había algún grado de asociación entre ellos.

El estudio se realizo a partir de una base de datos brindada por la cátedra de enfermería comunitaria, por lo que es un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo.

Los f.r.c.v.m. encontrados en la base de datos fueron Alimentación y Actividad Física, a los que confrontamos con las variables edad, sexo y núcleo familiar.

Fue interesante ver como en la población global las variables estudiadas (Alimentación y Actividad Física) no tuvieron concordancia con la teoría.

No sucedió lo mismo cuando las mismas fueron analizadas por franja etarea.

Esta investigación nos ha llevado a pensar en proponer, que para futuros trabajos de investigación en cuanto a f.r.c.v.m. en a.m., se realicen por franja etarea.

Introducción

La siguiente tesis fue realizada por un grupo de tres estudiantes cursando cuarto ciclo de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, con la tutoría de Docentes de la Cátedra de Enfermería Comunitaria.

El problema planteado se refiere a "Identificar la presencia de determinados f.r.c.v.m. en una población de a.m., en viviendas del B.P.S. de Montevideo, en el periodo comprendido entre los meses de octubre- noviembre de 2006".

En Uruguay las e.c.v. representan la primer causa de morbi-mortalidad en la población, que además traen aparejados discapacidades y altos costos socio-económicos en el área sanitaria del país; destacando también que en el a.m. por los cambios anatómo-fisiológicos propios de la edad, se ve acrecentada la posibilidad de padecerlas y a esto se le suman los factores externos que pueden influir en los mismos.

La forma de evitarlas, o mitigar su aparición y desarrollo, es actuando de forma oportuna en los f.r.c.v.m..

Entre las funciones de la Enfermera / o Profesional, se encuentra la de identificar dichos factores en la población y trabajar en la promoción de la salud cardiovascular (c.v.) y en la prevención de la enfermedad.

Es de suma importancia determinar aquellas conductas que la población pueda cambiar; estas son los que denominados f.r.c.v.m.

La investigación surge a partir del procesamiento y análisis de los datos aportados por la Cátedra de Enfermería Comunitaria, provenientes de una encuesta realizada por los estudiantes de Diagnostico de Salud Individual y Colectiva (Dx. S. I. y C.) del primer ciclo de la Carrera de la Licenciatura en Enfermería, de la Universidad de la Republica, realizada en octubre – noviembre de 2006.

Para ello, caracterizamos la población, identificamos los f.r.c.v. y realizamos prueba de Ji 2 con el fin de verificar si existe algún grado de asociación entre los f.r.c.v. encontrados.

Las variables utilizadas son Edad, Sexo, Núcleo Familiar, Alimentación y Actividad Física.

Como limitación debemos aclarar, que trabajamos con una fuente secundaria de datos; y que si bien conocemos y nombramos en el marco conceptual todos los f.r.c.v., los que analizamos son los encontrados en la base de datos proporcionada.

Área Temática y Formulación del Problema

Identificar la presencia de determinados f.r.c.v.m., en una población de a.m., que habitan en viviendas del B.P.S., de barrios montevideanos, en el periodo comprendido entre los meses de octubre - noviembre de 2006; y que se encuentran registrados en la base de datos proporcionada por el Departamento de Enfermería Comunitaria.

Objetivos

Objetivo General

*** Identificar determinados f.r.c.v.m., en la población de a.m. que habitan en viviendas del B.P.S. de la ciudad de Montevideo, en el periodo comprendido entre octubre y noviembre de 2006.**

Objetivos Específicos

*** Caracterizar la población de a.m. que viven en viviendas del B.P.S.**

*** Identificar los f.r.c.v.m. en la población seleccionada.**

*** Conocer si existe asociación de f.r.c.v. en esta población**

Marco Referencial

El Complejo Habitacional Agraciada ubicado en la calle Agraciada 2813 esquina Tapes; corresponde al Centro Comunal Zonal 16, de la Intendencia Municipal de Montevideo (I.M.M.). Los efectores de salud próximos al mismo son:

- ✓ Policlínica "Entre Vecinos" perteneciente a la I.M.M, cita en la calle San Juan entre Jujuy y Tapes.

Las actividades recreativas que se realizan en la zona son:

- ✓ Caminatas de a. m., salen de Bvar. Artigas y Suárez;
- ✓ Gimnasia para adultos en el Centro Pontevedrés en Francisco Gómez 965 con un costo de \$U 25 por clase por persona;
- ✓ Gimnasia para a.m. en el Club Fénix ubicado en la calle Capurro 874;
- ✓ Yoga en la Asociación de Sordos del Uruguay ubicada en calle Gil 945 con un costo de \$U 100;
- ✓ Canto colectivo (coro) en Centro Pontevedrés;
- ✓ Taller de coro "El Ceibal" en el Club Banco de Créditos calle Suárez 2874 esquina Agraciada costo mensual \$U 120.

El Complejo Habitacional Propios I se encuentra ubicado en la calle José Batlle y Ordóñez 3900 y el Complejo Habitacional Propios II en la calle José Batlle y Ordóñez 3474.

Ambos pertenecen al Centro Comunal Zonal 6 (C. C. Z. 6).

Los efectores de salud correspondientes al mismo por parte de la Comuna Montevideana son:

- ✓ Policlínica Municipal Yucatán.
- ✓ Policlínica Municipal INVE 9.
- ✓ Policlínica Municipal ubicada en Gral. Flores 2982 esquina Chubut.

Las actividades recreativas que se realizan en la zona son:

- ✓ Actividades deportivas para todas las edades en convenio con la IMM y Centro de Participación Popular esta cita en la calle Asilo 3579 donde se encuentra el edificio del C.C.Z. 6.
- ✓ Taller de canto colectivo para a.m en convenio con "Comisión Convento la Virgen" los días miércoles 15:30 hs en la calle C. Prando y D. Freitas.

Programa de viviendas y otras soluciones habitacionales para jubilados y pensionista

El B.P.S. adjudica viviendas construidas por el Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (M.V.O.T.M.A.) a jubilados y pensionistas.

Estos deben tener residencia permanente en Uruguay, y en general, percibir pasividades menores a 2 UR (Unidades Reajustables), valerse por sí mismos en sus actividades cotidianas y no ser beneficiarios de algún otro programa habitacional estatal o privado.

En 2006 se inician 2 programas piloto en acuerdo con el M.V.O.T.M.A.:

El primero, de alquiler de viviendas a inscriptos en registro del B.P.S. con derecho a vivienda.

Tienen que estar en situación de desalojo o lanzamiento, o vivir en localidades donde hay menos de solicitudes.

El segundo, de utilización de hogares de los ancianos asistidos por B.P.S. con convenio, con atención que incluye alojamiento, alimentación y servicios de salud.*

1 UR equivale a \$ 362.47 a Abril de 2008.

Fundamentación y Justificación

Uruguay es uno de los países de América Latina más envejecido con un 17% de la población mayor a 60 años y un 13.4% mayores a 65 años. 1

Montevideo concentra casi el 50% de los a.m. del país, constituyendo un 19% de la población en la capital.1 Es una importante cifra como referencia del territorio nacional, si se tuvieran que analizar datos que se obtengan de estudios investigativos en una muestra de este departamento.

Los a.m. padecen diferentes enfermedades crónicas, entre las cuales las e.c.v. ocupan un lugar muy importante.

Los datos epidemiológicos muestran, que las e.c.v. ocupan el primer lugar de morbi-mortalidad en el territorio nacional (como referencia, del total de la población uruguaya, las c.v. ocupan un 33,8%).1

Estas, están influenciadas por f.r.c.v.n.m. y f.r.c.m.. De estos últimos podemos destacar el hábito de fumar, la hipertensión arterial (HTA), elevado colesterol en sangre, inadecuados hábitos alimentarios, obesidad, diabetes, sedentarismo. El estilo de vida no saludable constituye uno de los principales f.r.c.v.m. y con mayor prevalencia en el a.m. ya que se vuelcan datos como: 83% de los a.m. son sedentarios, y más de 50% padecen de diversos grados de sobrepeso y obesidad. 1

El objetivo del enfermero / a comunitario es en este caso, entonces, el poder trabajar para mejorar la situación, en lo que respecta a los factores modificables; ya que como lo dice la palabra los no modificables son los que no pueden variar en la persona, que son la edad, el sexo, la raza y los antecedentes familiares y / o genéticos.

Esta determinado que, las principales causas de morbi-mortalidad también son las principales causas de discapacidad y pérdida de autonomía; de aquí radica la importancia como profesionales enfermeros / as, conocer y actuar sobre los f.r.c.v.m., siendo esto una tarea más que importante, sobre todo cuando trabajamos con un enfoque de auto cuidado.

Muchos de los cambios sociales y de conducta que afectan a los a.m. hoy, comienzan en una etapa relativamente temprana de la vida que más tarde originan afecciones crónicas.1

Para llegar a ellas "la regla es la multicausalidad y / o como lo denomina Etchebarne: intervienen una "maraña" de factores. 2

La forma de evitar el comienzo y cronicidad de la enfermedad es a través de la promoción y prevención, tarea en la cual nos vemos competentes para desarrollarla; conociendo cual es el comportamiento de una población en cuanto a los hábitos y costumbres influyentes de esos f.r.c.v.m., podremos trabajar con la misma en actividades comunitarias, movilizadoras de conductas positivas, tomando como pilar la educación para la salud.

Cuando se trabaja en salud, se debe tener en cuenta también, el impacto socio-económico que representa para el país los tratamientos de las enfermedades, y aun más cuando se trata de rehabilitación; esta claramente demostrado que actuar en promoción y prevención, o sea anticiparse a la enfermedad tiene costos sanitarios sorprendentemente bajos.3

Trabajando en el primer nivel de atención, es rol del enfermero / a profesional el poder detectar estos factores, trabajar en ellos y lograr reducir las tasas de morbi-mortalidad y costos económicos. Con este trabajo se pretende proporcionar un modesto aporte, para la implementación de programas que contribuyan a mejorar la salud de los a.m.

1 PRONAM (Programa Nacional del Adulto Mayor) MSP 2005-2010

2 Etchebarne L. Temas de Medicina Preventiva y Social, 3ª edición Oficina del libro FEFMUR, Montevideo mayo 2001.

3 Entrevista Doctor Bachmann (Director de la Comisión Honoraria de la Salud cardiovascular) Marzo de 2007.

Marco Conceptual

Para comenzar a trabajar en el problema es necesario identificar bien a la población a la cual nos referimos, es por eso que utilizaremos una definición de a.m. que dice: son personas de 65 años o más.

A la hora de plantear conceptos y de hablar de la vejez y de los a.m. se deben dar con claridad términos e individuos o grupos específicos. Etiquetas vagas como "viejo", "anciano" o "ciudadano mayor" sugiere estereotipos que resultan erróneos e inadecuados cuando se aplican a individuos concretos".⁴

El grupo de mayores de 65 años incluye a una población con un amplio espectro de edades, estados de salud y capacidades generales.

En ocasiones es necesario crear subcategorías para una descripción más amplia de la población conocida como a.m.

Surge entonces clasificarlo por edades (tipología), en:

Anciano joven: de 65 a 74 años

Anciano: de 75 a 84 años

Anciano muy anciano: de 85 años en adelante. ⁵

El envejecimiento es un proceso que resulta de la interacción de factores genéticos, influencia del medio ambiente y estilos de vida de una persona, es la suma de todos los cambios que normalmente ocurren en un organismo con el paso del tiempo.

En lo que respecta al sistema c.v., los cambios atribuibles directamente al proceso de envejecer son:

Cambios en el componente mecánico:

* Hipertrofia ligera de la pared posterior del ventrículo izquierdo.

* Pérdida de miocitos con aumento de tamaño de los supervivientes.

* Calcificaciones en válvulas y anillos valvulares.

Cambios en el sistema eléctrico:

* Pérdidas de células y aumento del contenido graso del nódulo sinusal.

* Pérdida de fibras específicas de conducción en el Haz de His.

Cambios en el árbol vascular

* Aumento del grosor de la íntima por depósitos de calcio y de tejido conjuntivo.

* En conjunto, aumento de la rigidez y pérdida de la luz arterial y de las propiedades elásticas de la arteria. ⁶

Los cambios que sufren los órganos y los tejidos durante el proceso del envejecimiento no deben considerarse problemas de salud, sino variantes anatómo-fisiológicas normales.⁴

Las afecciones crónicas constituyen enfermedades no transmisibles, son situaciones de desequilibrio del proceso salud-enfermedad, agrupables por la ausencia de un agente capaz de transmitir la morbilidad de un individuo a otro.

En las enfermedades crónicas (como las c.v.) y en los accidentes, la búsqueda de la relación causal consiste en la identificación de factores de riesgo (f.r.) que se presume favorecen la aparición del daño.²

El riesgo es la posibilidad o probabilidad que ocurra un suceso indeseable en un periodo de tiempo.

Es importante destacar que el concepto de riesgo es probabilística y no determinista.

El f. r. es una característica, circunstancia o exposición detectable en un individuo o en grupos, cuya presencia se asocia con un aumento de la probabilidad de padecer daño a la salud.

4 Burke Mary M. Enfermería Gerontológico "Cuidados integrales del adulto mayor" 2da Edición. Editorial Harcourt-Brace, 1998 Edición en español. Madrid-España.

5 <http://archivo.elnuevodiario.com.ni/2000/octubre>

2 Etchebarne L. Temas de Medicina Preventiva y Social, 3ª edición Oficina del libro FEFMUR, Montevideo mayo 2001.

6 Salgado Alba, Alberto. Manual de Geriatria, 3º edición MASSON S.A., Barcelona 2003.

Un f.r. no necesariamente debe constituir un factor causal, puede ser exclusivamente un indicador de riesgo, pero su importancia radica en que son identificables antes de la ocurrencia del daño que predicen.

El concepto de riesgo esta indisolublemente vinculado a un daño específico. Por lo tanto deberá definirse claramente cual es el daño al que se hace referencia y en función a ese daño se analizaran cuales son los f.r. que se le asocian.

Las enfermedades de mayor frecuencia poblacional son las e.v., las neoplasias malignas, las enfermedades mentales, las enfermedades reumáticas, la bronquitis crónica, el enfisema y asma, la cirrosis y diabetes.

El envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de los f.r. para estas enfermedades han hecho que el incremento de las mismas en la sociedad moderna no solo sea relativo respecto a las infecto contagiosas sino real.²

"Las e.c.v. son origen del 40% de todas las muertes. Su incidencia es máxima en torno a los 40 años de edad. En el Uruguay causan el 33.7% de todas las defunciones anuales, según el Departamento de Estadísticas del MSP (año 1999).⁷

A pesar que las afecciones e.v. son la primer causa de defunciones en nuestro país, presenta una tendencia decreciente (1990-1999) "⁷

Las que asumen mayor peso en la morbimortalidad e.v. son las coronariopatías y la enfermedad cerebro vascular. "Si bien la HTA tiene una prevalencia cercana al 18% en Uruguay, además de una enfermedad en si misma es un importante f.r."

El f.r. de e.c.v. fue formulado por el grupo investigador de Framingham, a partir de sus estudios poblacionales prospectivos.⁸

Se definieron como tales a aquellos que se correlacionan en forma independiente con cambios en la incidencia de la morbilidad y mortalidad por patología e.v.

Se considera f.r. e.v., a aquellos, hábitos, patologías, antecedentes o situaciones que desempeñan un papel importante en las probabilidades de desarrollar una e.c.v., en un futuro más o menos lejano en aquellos individuos que la presentan.

Si bien no todos los factores cumplen con los criterios estrictos, se han definidos como f.r.e.v.n.m. la edad, sexo y condiciones genéticas, y modificables a las dislipidemias, a la hipertensión arterial, el tabaquismo, la diabetes mellitus.

En un segundo plano se han agrupado una serie de factores, cuyo efecto independiente es discutible, denominados factores condicionantes, destacando la obesidad, a la dieta, el sedentarismo y al stress.⁸

F.r.e.v.n.m.:

Edad

Las lesiones progresan a través de los años al igual que la morbilidad. Es posible que el factor edad refleje el tiempo de exposición a factores conocidos y desconocidos de riesgo. Aunque las e.c.v. no son causa directa del envejecimiento, son más comunes entre las personas de edad avanzada. Esto se debe a que las afecciones coronarias son el resultado de un desorden progresivo."

Los cambios relacionados con la edad aumentan la probabilidad de la enfermedad.⁹

² Etchebarne L. Temas de Medicina Preventiva y Social, 3ª edición Oficina del libro FEFMUR, Montevideo. Mayo 2001.

⁷ Mglionico Américo 118 años de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Uruguay 1882 a 1999-(Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular). 1era Edición- Montevideo- Uruguay. Septiembre de 2001.

³ Rojas Villegas F. "Enfermedades del corazón y de los vasos" 2da Edición. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile 1993

⁴ Factores de riesgo cardiovasculares en jóvenes que asisten a la D.U.S. Universidad de la Republica- Facultad de Enfermería. Año 2003.

Sexo

La mujer tiende a un desarrollo más tardío y las lesiones anatómicas son menos severas. Hay una menor morbilidad y mortalidad que en el hombre, diferencia que desaparece en el periodo posmenopáusicos. Es posible que se deba a las características hormonales propias sin poder descartar del todo, una menor incidencia de f.r. y condicionantes en relación a su estilo de vida. 8

Raza

En cuanto a la raza la población negra tiene mayor riesgo de desarrollar estas patologías que la población blanca. 8

Factores genéticos

Es un hecho reconocido el rol de los factores genéticos en la expresión clínica de las dislipidemias, de la diabetes Mellitus, de la obesidad, de la HTA. A este aspecto se considera que la existencia de antecedentes familiares de cardiopatías coronarias precoz es un destacado factor de riesgo individual. 8

F.r.c.v.m.:

HTA

La O.M.S. define la H.T.A como la elevación crónica y por tanto mantenida de la presión sanguínea sistólica, diastólica o de ambas en las arterias.

Es el principal f.r.m. de las c.c.v.. En nuestro país ocupa el 25% en la población mayor a 15 años y aproximadamente el 50% de este factor lo presentan adultos y personas de edad avanzada.

Existe una correlación entre presión arterial y múltiples variables, edad, sexo, índice de colesterol, IMC, por lo tanto los niveles de presión arterial obedecen a la compleja interacción que aumenta la presión arterial cuando son estimuladas algunas de estas variables de manera individual.

Desde la adolescencia y hasta la menopausia es superior en los hombres. Posteriormente estas diferencias se estrechan en parte por incremento en la incidencia de la HTA en las mujeres posmenopáusicas. 9

En lo que respecta a la obesidad contribuye de manera significativa al proceso HTA por tanto los individuos obesos tienen mayor probabilidad de ser hipertensos.

La inactividad física incrementa el riesgo de padecer HTA y en sentido contrario la práctica regular de ejercicios se acompaña de una reducción en las cifras de presión arterial.

Desde el punto de vista genético la HTA se considera poligénica.

En el estudio Framingham se ha demostrado que cuando se añade algún otro f.r. (Consumo de tabaco, dislipemia, obesidad, consumo excesivo de alcohol, diabetes mellitus), se producirá una potenciación exponencial, pudiendo llegar a sufrir un infarto isquémico hasta el 80% de esa población en los siguientes 10 años, cuando se asocian tres o más f.r. 6

Obesidad

Se define como un exceso de grasa corporal, constituyéndose en un trastorno de orden metabólico. La obesidad se caracteriza por un exceso de tejido adiposo que va acompañado de un aumento del peso corporal. 8

Dislipidemia

Es la presencia de cantidades excesivas de colesterol en sangre. El colesterol es un lípido orgánico que está presente en muchas células del organismo y participa en la estructura de las lipoproteínas plasmáticas celulares.

8 Rojas Villegas F. "Enfermedades del corazón y de los vasos" 2da Edición. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile 1993.

9 Factores de riesgo cardiovasculares en jóvenes que asisten a la D.U.S. Universidad de la República-Facultad de Enfermería. Año 2003.

6 Salgado Alba, Alberto. Manual de Geriátrica, 3º edición MASSON S.A., Barcelona 2003.

El colesterol proviene principalmente de dos fuentes: a)- es producido en nuestro organismo, principalmente en el hígado, b)- de alimento que lo contienen, como las grasas de origen animal. 8

Estrés

Como f.r. de patología coronaria, constituye uno de los problemas de mayor controversia. La polémica deriva de la dificultad de una valoración objetiva y de confianza de variables tan complejas como el estrés, la tensión, la personalidad, la conducta y el estilo de vida.

Sin embargo constituye una observación válida que un estado de tensión aguda puede desencadenar un evento coronario. 8

Actividad física

Se entiende por Actividad Física a todos los movimientos naturales y / o planificados que realiza el ser humano obteniendo como resultado un desgaste de energía, con fines profilácticos, estéticos, de performance deportiva o rehabilitadores.

La actividad física aumenta el consumo de energía considerablemente y el metabolismo de reposo, es decir, la actividad física consume calorías.

Las variables que influyen en el consumo de calorías cuando se realiza una actividad física son: Tiempo, Peso y Ritmo. 11

Están comprobados los múltiples beneficios del ejercicio sobre la circulación, HTA, metabolismo del colesterol y triglicéridos, desarrollo muscular, disminución del estrés, función digestiva, función respiratoria y el sueño; además, al mejorar el estado físico, produce una gran sensación de bienestar.

Menos de 30 min. diarios de ejercicio regular y menos de 3 días a la semana disminuye la eficacia del corazón, aumenta el pulso y la presión arterial, favorece el exceso de peso, propicia la mala circulación, aumenta la sobrecarga emocional, asociada al estrés.10

El realizar o conseguir una actividad física diaria es beneficioso para la salud, de tal manera que las mejores actividades físicas son las actividades cotidianas de la vida diaria, como caminar, montar en bicicleta, subir escaleras, hacer las labores del hogar, hacer las compras, si éstas se realizan frecuentemente y practicar un ejercicio físico programado (ej: gimnasia, yoga)

El contrario de la actividad física es la inactividad o sedentarismo.

El término actividad física incluye:

- * Ejercicio físico.
- * Deporte.
- * Educación física.

Hay que entender deporte como actividad física reglamentada y con un soporte social importante.

Consecuencias de la inactividad física

La inactividad física, ese hábito de dejar de utilizar el cuerpo para satisfacer las demandas de su sistema de vida, es un comportamiento contrario a la naturaleza del hombre que trae como consecuencia que el cuerpo se debilite y se fatigue más rápido, aún en actividades de escritorio.

La falta de actividad física trae como consecuencia:

El aumento de peso corporal por un desbalance entre el ingreso y el gasto de calorías, que puede alcanzar niveles catalogados como Obesidad.

Disminución de la elasticidad y movilidad articular, hipotrofia muscular, disminución de la habilidad y capacidad de reacción.

Tendencia a enfermedades como la HTA, Diabetes, Cáncer de Colon. Sensación frecuente de cansancio, desánimo, malestar, poca autoestima relacionada con la imagen corporal, etc. 11

8 Rojas Villegas F. "Enfermedades del corazón y de los vasos" 2da Edición. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile 1993.

10 www.actividadfisica.com (febrero de 2008)

11 http://es.wikipedia.org/wiki/Actividad_fisica (febrero de 2008)

Beneficios de la actividad física

La práctica de la actividad en forma sistemática y regular debe tomarse como un elemento significativo en la prevención, desarrollo y rehabilitación de la salud.

La importancia de la actividad física es tal que hasta incluso se ha llegado a afirmar que el deterioro del aparato locomotor no es secundario al envejecimiento, sino a la falta de actividad física. 11

Diabetes

Es una enfermedad que se caracteriza por una utilización inadecuada de la glucosa, que puede ser por disminución o carencia de secreción del páncreas de la hormona insulina, o por mal aprovechamiento de ella por las células a nivel de los tejidos. La diabetes es considerada un factor de riesgo modificable ya que observando los consejos fundamentales como son: dieta, ejercicio, medicación, control periódico, el diabético puede vivir una vida normal y sin complicaciones, evitando un factor más de riesgo de contraer e.c.v. 8

Tabaquismo

El tabaquismo es la adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. El tabaquismo es una enfermedad crónica sistémica perteneciente al grupo de las adicciones y está catalogada en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV de la American Psychiatric Association. Actualmente se cree la causa principal mundial de enfermedad y mortalidad evitable. Se la considera una enfermedad adictiva crónica con posibilidades de tratamiento. 11

Si bien la magnitud del riesgo c.v. del fumador es similar a los hipertensos y dislipidémicos, la elevada prevalencia del tabaquismo en las comunidades mundiales, lo señalan como factor más importante a considerar en las estrategias de prevención de la enfermedad coronaria. 8

Alimentación

Existen evidencias que señalan una correlación positiva entre el consumo de colesterol y grasas saturadas con morbilidad y mortalidad por cardiopatía coronaria e inversa con el nivel de consumo de fibra dietética. Existiendo una significativa asociación entre el consumo de grasas saturadas y colesterol, y los niveles séricos del colesterol total y de LDL del suero.

En la prevención de e.c.v., la dieta tiene efecto probado. En el tratamiento del principal f.r.c.v.m. para el anciano (H.T.A.), estudios clínicos comprueban la eficacia de la intervención dietética. 12

El grupo de población que peor come son los ancianos, la causa es atribuible a problemas sociales: pobreza, soledad, ignorancia, etc.; y a factores relacionados con enfermedad e invalidez. 13

Las e.c.v. están significativamente influenciadas por factores dietéticos como el exceso de grasas, la cantidad de grasas saturadas, colesterol, fibra y sodio. 12

Los ajustes dietéticos, enmarcados en los cambios estilos de vida, constituyen una medida terapéutica básica para la HTA. Son la primera línea de tratamiento, como estrategia única o de apoyo a la farmacoterapia. Esta ampliamente demostrada la relación entre el exceso de peso, el alto consumo de sodio y de alcohol y esta patología.

El estudio TONE, Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly, un estudio randomizado, controlado, desarrollado en ancianos hipertensos, tiene como objetivo determinar si la pérdida de peso y la reducción de sodio son efectivas en el tratamiento de la hipertensión en el anciano.

8 Rojas Villegas F. "Enfermedades del corazón y de los vasos" 2da Edición. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile 1993.

11 <http://es.wikipedia.org/wiki/>(febrero de 2003)

12 Puppi R. "Manual de Nutrición". Primera Edición. López Libbreiros Editores S.R.L. Argentina. 1998

La conclusión del trabajo es que la intervención dietética mediante pérdidas modestas de peso en obesos y reducción de la ingesta de sodio constituyen una terapia no farmacológica factible, efectiva y segura para la HTA en los ancianos.

Esto corrobora que los ancianos con HTA son capaces de realizar y mantener cambios en el estilo de vida, comprobando que los hábitos nocivos en relación a la alimentación son modificables, a pesar de estar más arraigados. 13

Entre las propuestas de las dietas para a.m. se propone que ante todo se debe cubrir con los denominados alimentos protectores, que son aquellos que protegen al individuo contra los grandes errores de la alimentación, y no permiten la aparición de carencias, por ejemplo leche y derivados, carnes, huevos, hortalizas y frutas, cereales integrales, etc. 12

Se hace necesario en esta etapa de la vida una clasificación de los alimentos en los siguientes grupos:

GRUPO I	Carnes rojas y blancas, vísceras y huevos	Mínimo 200gr de carne diaria o su equivalente: 4 huevos por semana.
GRUPO II	Leche, queso, y derivados	2 tazas por día de leche o yogurt o 50 grs de queso
GRUPO III	Aceites, mantecas, grasas	Preferentemente no modificados por el exceso de calor. 50 a 80grs diarios
GRUPO IV	Cereales y derivados	150 a 200 grs diarios
GRUPO V	Frutas y hortalizas	2 Frutas diarias y hortalizas 200 a 300grs diarios.
GRUPO VI	Azúcar y dulces	No más de 50 grs diarios.

Fuente: Puppi R. Manual de Nutrición 1998.

La forma de cocción es importante en los alimentos, ya que esta también modifica las propiedades físicas y / o químicas de los mismos. 12

La evaluación del consumo de alimentos y por tanto, de energía y nutrientes en una población es de vital importancia para conocer su estado nutricional y poder así planificar programas de intervención de forma coherente y de acuerdo con sus necesidades, además de investigar las interrelaciones del estado nutricional con el estado de salud de la población.

La medición de la ingesta de alimentos en individuos y en poblaciones se realiza mediante diversos métodos o encuestas que difieren en la forma de recoger la información y el periodo de tiempo que abarcan.

Existen controversias de acuerdo a cual es el método más adecuado y que refleje de forma fidedigna el consumo real de alimentos de una población. Varias revisiones concluyen que no hay un método enteramente satisfactorio por sí mismo, y que la utilidad de cada método dependerá de las condiciones en que se use y de los objetivos de la medición.

Evaluación del consumo individual

Los métodos de recogida de información dietética a nivel individual se denominan propiamente encuestas alimentarias, y pueden dividirse en:

- 12 Puppi R. "Manual de Nutrición". Primera Edición. López Libbreiros Editores S.R.L. Argentina. 1998
 13 Pérez Robert. Gerontología en Uruguay. Editorial Narciso. Montevideo. Junio de 2004.

* Recordatorio de 24 horas.

* Diario dietética: este método es prospectivo, consiste en pedir al entrevistado que anote diariamente durante 3 a 7 días o más.

* Historia dietética: es una extensa entrevista.¹⁴

* Cuestionario de frecuencia: consiste en una lista cerrada de alimentos o grupos de alimentos sobre la que se solicita al entrevistado que indique la frecuencia de consumo (diaria, semanal o mensual) de cada uno de ellos. La información recogida de esta forma es cualitativa, si bien la incorporación de la ración habitual estimada para cada alimento permita cuantificar el consumo de alimentos y nutrientes (este tipo de encuesta es el que se utilizó en nuestro estudio de investigación).¹⁴

El ideal es poder realizar este tipo de cuestionario sin error y sin sesgos, sin embargo, es difícil que esto no ocurra.

En la medida que el instrumento sea de mejor calidad, se puede esperar que exista una mejor correspondencia entre el valor obtenido y el valor real. Cuando las desviaciones acerca del valor real ocurren de forma desorganizada, no sistemática, se dice que existe error; y si la desviación tiene una tendencia sistemática, se dice que hay sesgo.¹⁵

Núcleo Familiar

Es de orden señalar que la familia cumple funciones vitales relacionadas con el autocuidado, que otros grupos no pueden llevar a cabo tan eficazmente.

F.r.c.v.m. como la alimentación y el ejercicio físico están plenamente vinculados con la función de la familia en este grupo etareo, como se mencionó anteriormente.

Según La Revilla:

"La concepción de la familia va más allá de la definición tradicional y fenomenológica en la que solo se la considera como la organización de individuos con lazos consanguíneos, conyugales o de adopción, con vínculos entre sí e intereses en común, para trasladarla a un plano social en donde tanto en su estructura como en sus funciones intervienen factores socioeconómicos.

Desde este punto de vista, podemos definir la familia como una forma de organización grupal intermedia entre la sociedad y el individuo, pero que responde a la clase social a la que pertenece, esto significa que la participación de sus miembros en el proceso productivo responde a la forma de organización social.

Los tipos de familia se pueden clasificar de la siguiente manera:

Podemos distinguir, atendiendo al número de miembros y su composición, dos tipos de familia:

* La familia extensa que está constituida por una agrupación numerosa de miembros, en la que junto a los padres e hijos, se incluyen abuelos, tíos, primos, etc., abarcando dos o más generaciones.

* Y la familia nuclear considerada como el subsistema social, que consta de dos adultos de sexo opuesto y que ejercen el papel de padres de uno o más hijos.

* Otra tipología estructural es la de las familias monoparentales que están conformadas por el padre o la madre y los hijos. Las familias monoparentales surgen como consecuencia del abandono del hogar de uno de los cónyuges, por fallecimiento, divorcio, o por la existencia de padres solteros.

Prente a estos tres tipos de familia podemos encontrar otras alternativas que pueden desarrollarse al margen de la misma, pero que implican una forma de vida similar como es el caso de la cohabitación, el celibato o la vida en comuna.

Otros equivalentes familiares son los denominados "grupos de amigos" que constituyen una situación muy común entre personas jóvenes y solteras, o bien el formado por comunidades religiosas que viven en un mismo piso, o el de parejas homosexuales.¹⁶

14 Colomer Revuelta C. Promoción de la Salud y Cambio Social- Editorial Masson- Barcelona- Madrid.

15 Guerrero Rodrigo. Epidemiología. Editorial Addison- Wesley. Iberoamericana, S.A. 1986. San Marcos- México.

16 De La Revilla, Luis, "Conceptos e instrumentos de la Atención Familiar", Editorial Doyma, 1994

O.P.S. y O.M.S. han aconsejado trabajar en la promoción de la salud en todas las etapas del ciclo vital, enfocando el trabajo a la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles: como cardiopatías, arteriosclerosis, diabetes, obesidad y salud mental entre otras.

Para lograr una vejez saludable debemos implementar (como efectores de salud) estrategias de prevención considerando los diversos factores que condicionan a la aparición de necesidades y problemas que se agregan a la presencia de enfermedades.

Las intervenciones con estos fines pueden dividirse en categorías:

* **Prevención primaria:** se dirige a identificar y eliminar f.r. que puedan predisponer a las personas a desarrollar una enfermedad en el futuro.

* **Prevención secundaria:** dirigida a prevenir una enfermedad en la fase pre clínica o asintomática.

* **Prevención terciaria:** incluye medidas que identifican una enfermedad sintomática pero no tratada.¹⁷

La disminución del riesgo c.v. se logra mediante la corrección de los f.r.c.v.m. como: obesidad, sedentarismo, tabaquismo, HTA, dislipemias y diabetes.

Se deberán implementar acciones tendientes a modificar estilos de vida impulsando programas de alimentación y ejercicio físico que combatan el sedentarismo y que además está demostrado que disminuyen el sobrepeso y regulan las cifras de presión arterial, glicemia y lípidos en sangre. Corregir y educar acerca del daño del hábito tabaquico. El retraso de la progresión de la arteriosclerosis mediante la reducción de f.r. reduce la posibilidad de sufrir un infarto agudo de miocardio y además disminuyen los eventos c.v. ¹⁸

El objetivo del licenciado / a enfermero / a es entonces:

Fortalecer el desarrollo de estrategias de promoción y protección de la salud del anciano, promoviendo la participación de la comunidad, revitalizando a los grupos más postergados socialmente, interviniendo en el desarrollo de estilos de vida saludables a través de acciones masivas de información y educación.

Las intervenciones de prevención primaria educan a la población en la importancia de mantener un peso ideal, eliminar el tabaco, limitar el uso de alcohol, hacer ejercicio diario y hacer una dieta sana. Los programas de prevención secundaria identifican a personas con riesgo de desarrollar e.c.v. La investigación apoya el hecho de que si una persona se enrola en actividades de promoción de salud y participa en ellas activamente, los resultados serán positivos. La restricción de la ingesta de sal puede tener múltiples beneficios, además de tratar la HTA.

Otra parte importante de la educación de los a.m. es ofrecer una información clara y completa sobre los medicamentos. El establecimiento de una relación para ayudar al paciente mayor en la incorporación de nuevas conductas a sus actividades de la vida diaria puede ser un reto, aunque los beneficios generales superan el esfuerzo. El personal de enfermería puede servir como instrumento de educación de los pacientes, evaluar sus procesos y ofrecer su apoyo. Muchas veces es necesario que el personal de enfermería y usuario, conjuntamente, diseñen un programa individualizado para garantizar su cumplimiento.¹⁹

El enfermero / a comunitario / a es un profesional responsable que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de atención a la salud.

Posee los conocimientos y las habilidades técnicas, así como las actitudes apropiada para atender en los lugares donde viven, trabajan, estudian, donde se relacionan o en las instituciones sanitarias cuando fuese preciso, desde una concepción de la enfermera como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores, realizando las funciones de asistencia, docencia e investigación, fortaleciendo las capacidades y creación de los propios involucrados.¹⁹

17 Zurro A.M. Atención Primaria en Salud. 4ta Edición. Barcelona. Harcowr, 1999.

18 Vigilancia de los factores de Riesgos para las Enfermedades no transmisibles. OPS

19 Caja, C. Enfermería Comunitaria III. Barcelona, Masson-Salvat-1993

Según la Asociación de Enfermeras (1973)

La enfermera / o comunitaria / o es una síntesis de la práctica de la enfermería y la salud pública aplicada a promover y preservar la salud de la población, la naturaleza de esta práctica es general y abarca muchos aspectos. No se limita a un grupo de edad o a un diagnóstico determinado. Es continua y no episódica. La responsabilidad dominante es la población como un todo. Por lo tanto la enfermería dirigida a los individuos, las familias, o los grupos contribuye a la salud de la población total.

La promoción de la salud, la educación sanitaria, la coordinación y continuidad del cuidado se utilizan con un enfoque integral de la familia, grupo y de la comunidad. La actuación de la enfermera / o confirma la necesidad de un planteamiento general de salud, reconoce las influencias de tipo social y ecológico, presta atención a las poblaciones en peligro y utiliza las fuerzas dinámicas que influyen en el cambio.

Diseño Metodológico

Tipo de estudio: Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal y retrospectivo.

Variables y su medición:

1)- EDAD:

Definición conceptual: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la recolección de los datos.

Definición operativa: años cumplidos a la fecha de la encuesta.

Definición categórica: De 65 a 74 años.

De 75 a 84 años.

85 años y más.

2)- SEXO:

Definición conceptual: condición orgánica que distingue la mujer del hombre.

Definición operativa: caracteres sexuales secundarios.

Definición categórica: Femenino / Masculino.

3)- NÚCLEO FAMILIAR:

Definición conceptual: Individuos con lazos sanguíneos o no que viven bajo el mismo techo.

Definición operativa: Personas con quien vive el adulto mayor.

Definición categórica: Solo / Acompañado

4)- ALIMENTACIÓN:

Definición conceptual: serie de actos voluntarios y conscientes que nos llevan a elegir, preparar e ingerir determinados alimentos. Susceptible de modificarse por factores socioeconómicos, psicológicos, culturales y otros

Definición operativa: alimentos seleccionados durante la última semana a la encuesta.

Definición categórica: Adecuado / Inadecuado.

Para poder llegar a discernir esta variable compleja es necesario estudiar otras variables, con las cuales estamos aptos para decir si estos a.m. tienen una alimentación adecuada o inadecuada. Las mismas están detalladas a continuación.

Como la variable alimentación es una variable compleja, se ideó un sistema de puntuación para poder categorizar la misma en adecuada o inadecuada.

* Para ello utilizamos tres sub variables (consumo de alimentos protectores, método de preparación de los alimentos y número de ingesta diaria).

* Ver variables y su medición.

Sub variables:

4 a)-Alimentos protectores

Definición conceptual: son aquellos que contienen los principales nutrimentos en cantidad y calidad suficientes para asegurar la fisiología normal del organismo y proteger de las enfermedades por carencia.

Definición operativa: si consumió alimentos protectores en la última semana

Definición categórica: sí / no

4 b)-Método de preparación de los alimentos

Definición conceptual: consiste en someter un alimento al calor. Con lo cual se produce un cambio en su composición tanto química como física.

Definición operativa: forma habitual de cocinar los alimentos.

Definición categórica: hervido / frito / al horno

4 c)-Numero de ingesta diarias

Definición conceptual: numero de veces que se repite el acto de comer en el día.

Definición operativa: número de comidas diarias en la última semana

Definición categórica: 3 comidas diarias

2 comidas diarias

1 comida diaria

Por tanto para categorizar esta variable compleja: Alimentación en adecuada o inadecuada, le otorgamos a la suma de las sub-variables puntajes.

A saber:

Sub variable alimentos protectores

* Carnes y / o huevos

* Leche y / o derivados

* Frutas y / o verduras

* Cereales y / o leguminosas

Si cumple con el consumo de los cuatro alimentos protectores dentro de la última semana, le adjudicamos 1 punto.

Si no consume un alimento protector (cualquiera de ellos), se le adjudica 0 punto a esta sub-variable.

Sub variable método de preparación de los alimentos

* Hervidos

* Fritos

* Al horno

Si la preparación de alimentos es de forma "hervida" o "al horno", se le adjudica a esta sub-variable 1 punto.

Si la preparación incluye la modalidad de "frito", se le otorga 0 punto a esta sub-variable.

Sub variable numero de ingesta diaria

* Desayuno

* Almuerzo

* Merienda

Si cumple con las tres ingesta (Desayuno, Almuerzo y Merienda), a esta sub-variable se le otorga 1 punto.

Si no cumple con una de las ingesta (cualquiera de ellas), se le adjudica 0 punto a esta sub-variable.

Por tanto consideramos en esta investigación que:

- * Los individuos con una Alimentación Adecuada, son aquellos que en la suma de las sub-variables llegan a 3 puntos.
- * Los individuos con una Alimentación Inadecuada, son aquellos que la suma de las sub-variables es de 2 puntos o menos.

5)- ACTIVIDAD FÍSICA:

Definición conceptual: Se entiende por Actividad Física a todos los movimientos naturales y / o planificados que realiza el ser humano obteniendo como resultado un desgaste de energía, con fines profilácticos, estéticos, de performance deportiva o rehabilitadores.

Definición operativa: realización actividades físicas, como caminar, montar en bicicleta, subir escaleras, hacer las labores del hogar, hacer la compra, si éstas se realizan frecuentemente y practicar un ejercicio físico programado (ej: gimnasia, yoga).

Definición categórica: Realiza / No realiza

Universo y Muestra: Todos los formularios que se encuentren en la base de datos de la población encuestada en viviendas del B.P.S. y que nos fue proporcionada por la Cátedra de Enfermería Comunitaria.

Criterio de inclusión: Formularios de la encuesta realizada a mayores de 65 años con datos completos acerca de ciertos f.r.c.v.m.

Área de estudio: F.r.c.v.m.

Plan de tabulación:

- * Tablas de frecuencias relativas y absolutas porcentuales.
- * Tablas bi -variadas
- * Cálculo de χ^2 .

Método y recolección de datos:

La base de datos será proporcionada por docentes de la Cátedra de Enfermería Comunitaria. Los mismos fueron extraídos de una encuesta realizada a habitantes de 13 complejos de viviendas del B.P.S. en barrios montevideanos, que fue realizada por estudiantes del curso de "Dx. S. I. y C." de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

Elaboraremos una planilla para la sistematización de los datos de interés para este trabajo.

Seleccionaremos la población según el criterio de inclusión establecido.

Utilizaremos como variables para caracterizar a la población, la edad, el sexo, si vive solo o acompañado. Y las variables del eje temático que son los f.r.c.v.m., serán las encontradas en la base de datos proporcionada.

Se realizarán cruce de variables tablas de contingencia y se calculará si existe la asociación de variables mediante el cálculo de χ^2 .

Procedimiento para la recolección de datos:

* Revisión de los formularios de encuestas realizadas por estudiantes de Dx. S. I. y C., durante el periodo octubre - noviembre del 2006, de acuerdo a los criterios estipulados.

Plan de análisis

Con el fin de caracterizar a nuestra población según el criterio de inclusión, utilizaremos las siguientes variables:

- 1 - Complejo Habitacional.
- 2 - Edad.
- 3 - Sexo.
- 4 - Núcleo Familiar.
- 5 - Alimentación.
- 6 - Actividad Física.

Las que serán tabuladas con frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales; y se graficarán con diagrama sectorial:

Para continuar con nuestros objetivos planteados:

Estudiaremos la distribución de las variables, elaborando tablas bi-variadas y cálculo de χ^2 , con el fin de conocer si existen algún grado de asociación entre las mismas.

Serán presentados los datos en gráficos de barra los datos hallados.

Resultados

Las siguientes tablas y gráficos con numeración del 1 al 12 corresponden a la caracterización de la población, según se pudo determinar de la base de datos proporcionada (**ANEXO N° 2**). Se realizó frecuencia absoluta y relativa y a las 12 se las graficó con diagrama sectorial.

De acuerdo al criterio de inclusión solo pudimos trabajar con tres complejos de viviendas de un total de 13 complejos habitacionales.

A continuación se detallan el número de a.m. que reside por complejo habitacional.

Tabla 1-Distribución de la población / Complejo Habitacionales

Complejos Habitacionales	FA	FR %
AGRACIADA	20	29 %
PROPIOS I	32	46 %
PROPIOS II	17	25 %
Total	69	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado para f.c.v.m de a.m. que habitan complejos de viviendas del BPS

GRAFICO DE LA TABLA N° 1



Las variables utilizadas en el trabajo de investigación, se contabilizaron a partir del instrumento elaborado para tal fin (**Anexo N°1**).

El n hallado fue de 69 individuos de entre 65 años y más, a los que categorizamos por franja etarea, tomando en consideración el fundamento teórico para hacerlo.

También se obtuvo los resultados parciales por sexo, y según su núcleo familiar.

Tabla 2-Distribución de la población / Edad

Edad	FA	FR %
65 a 74 años	24	35 %
75 a 84 años	32	46 %
85 años y mas	13	19 %
total	69	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado para f.c.v.m de a.m. que habitan complejos de viviendas del BPS

GRAFICO DE LA TABLA N° 2

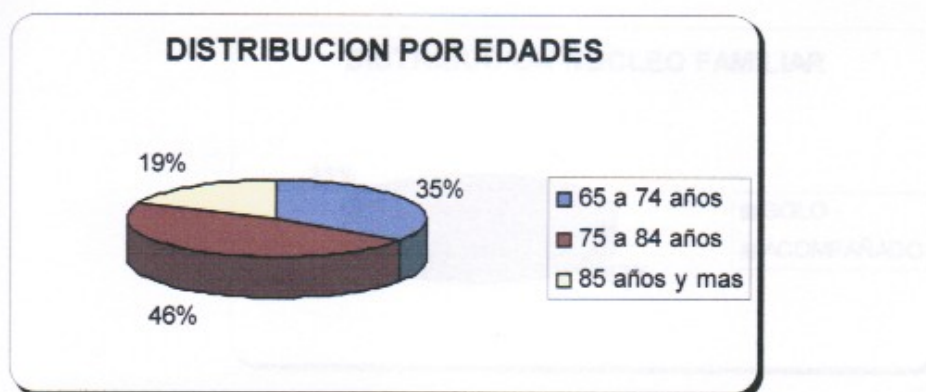


Tabla 3-Distribución de la población / Sexo

Sexo	FA	FR %
FEMENINO	46	67 %
MASCULINO	23	33 %
total	69	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado para f.c.v.m de a.m. que habitan complejos de viviendas del BPS

GRAFICO DE LA TABLA N° 3

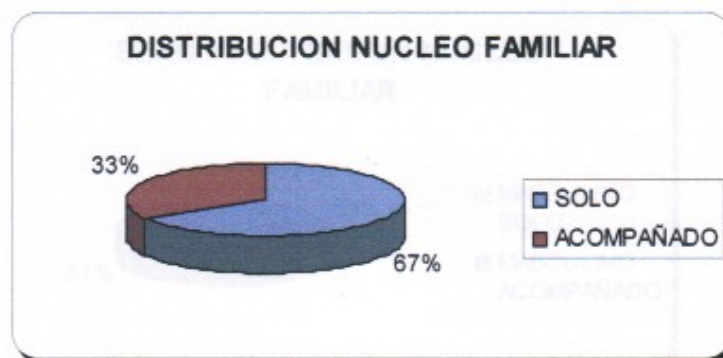


Tabla 4-Distribución de la población / Núcleo Familiar

Núcleo Familiar	FA	FR %
SOLO	46	67 %
ACOMPAÑADO	23	33 %
total	69	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado para f.c.v.m de a.m. que habitan complejos de viviendas del BPS

GRAFICO DE LA TABLA N° 4



De la variable sexo nos pareció valioso saber cuantos de cada uno vivían solos o acompañados. Esta claro ver en las tablas el porcentaje mas elevado de mujeres que viven solas que acompañadas, a diferencia del hombre que es mas elevado el porcentaje de los que viven acompañados.

Tabla 5-Distribución del Sexo Femenino / Núcleo Familiar

Núcleo Familiar	FA	FR %
FEMENINO SOLA	37	80 %
FEMENINO ACOMPAÑADA	9	20 %
total	46	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado para f.c.v.m de a.m. que habitan complejos de viviendas del BPS

GRAFICO DE LA TABLA N° 5

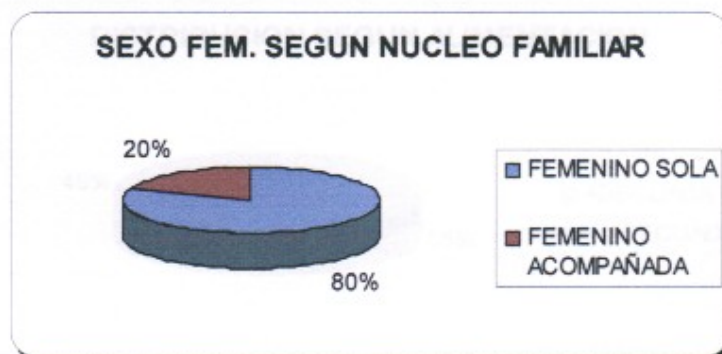
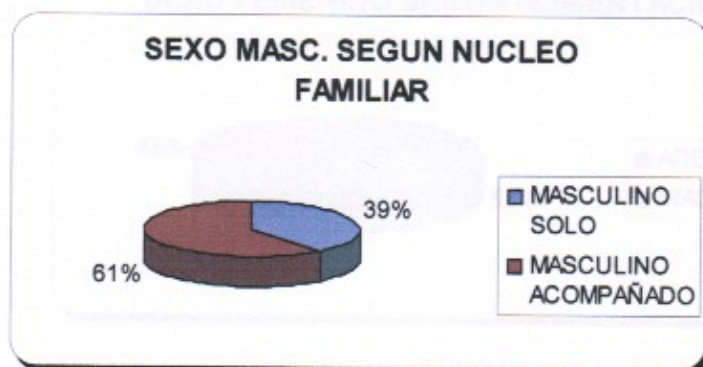


Tabla 6-Distribución del Sexo Masculino / Núcleo Familiar

Núcleo Familiar	FA	FR %
MASCULINO SOLO	9	39 %
MASCULINO ACOMPAÑADO	14	61 %
total	23	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado para f.c.v.m de a.m. que habitan complejos de viviendas del BPS

GRAFICO DE LA TABLA N° 6



También se realizó la caracterización por sexo y por el tipo de alimentación que llevaba cada uno de ellos; siempre basándonos en el score elaborado para tal fin (**pag. 19**). En la población global tanto mujeres como hombres en su mayoría se puede ver que tienen una alimentación adecuada.

Tabla 7-Distribución de la población / Alimentación

Alimentación	FA	FR %
ADECUADA	38	55 %
INADECUADA	31	45 %
total	69	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado para f.c.v.m de a.m. que habitan complejos de viviendas del BPS

GRAFICO DE LA TABLA N° 7

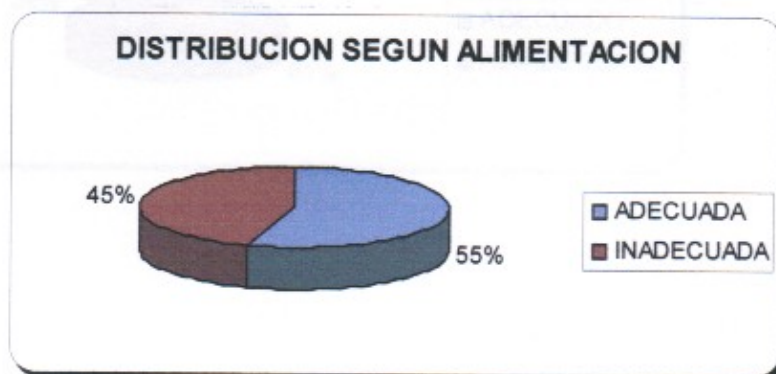


Tabla 8-Distribución de Sexo Femenino / Alimentación

Alimentación	FA	FR %
ADECUADA	24	52 %
INADECUADA	22	48 %
total	46	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado para f.c.v.m de a.m. que habitan complejos de viviendas del BPS

GRAFICO DE LA TABLA N° 8

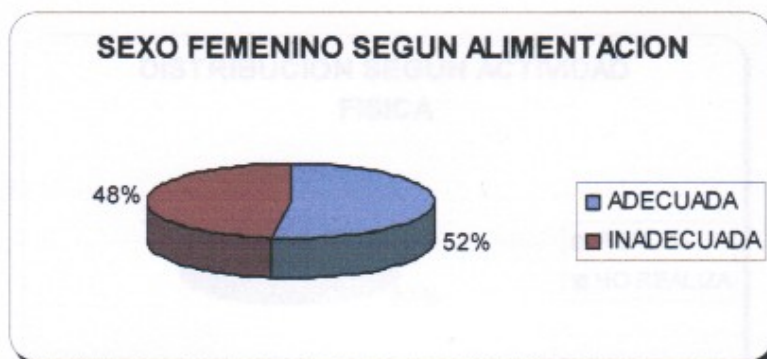


Tabla 9-Distribución de Sexo Masculino / Alimentación

Alimentación	FA	FR %
ADECUADA	14	61 %
INADECUADA	9	39 %
total	23	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado para f.c.v.m de a.m. que habitan complejos de viviendas del BPS

GRAFICO DE LA TABLA N° 9

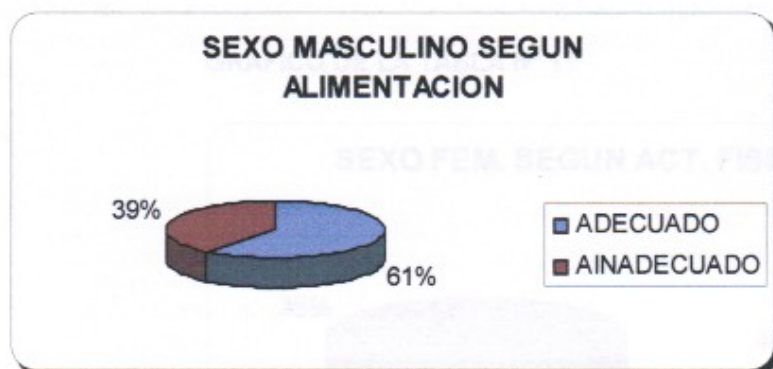


Tabla 10-Distribución de la población según Actividad Física

Actividad Física	FA	FR %
REALIZA	46	67 %
NO REALIZA	23	33 %
total	69	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado para f.c.v.m de a.m. que habitan complejos de viviendas del BPS

GRAFICO DE LA TABLA Nº 10

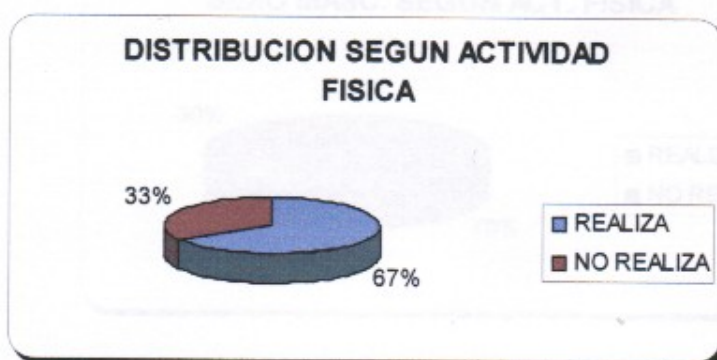


Tabla 11- Distribución del Sexo Femenino / Actividad Física

Actividad Física	FA	FR %
REALIZA	30	65 %
NO REALIZA	16	35 %
total	46	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado para f.c.v.m de a.m. que habitan complejos de viviendas del BPS

GRAFICO DE LA TABLA Nº 11

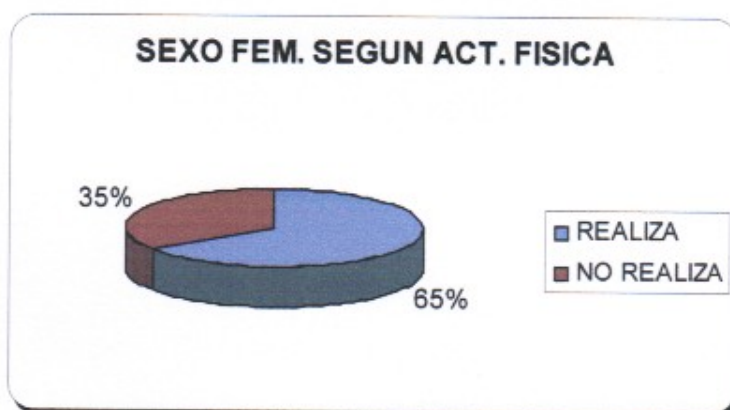
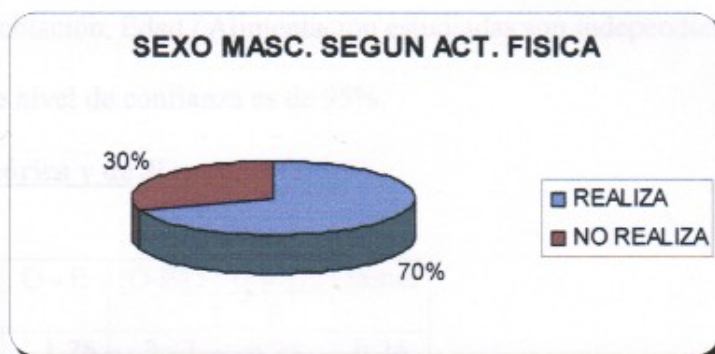


Tabla 12-Distribución del Sexo Masculino / Actividad Física

Actividad física	FA	FR %
REALIZA	16	70 %
NO REALIZA	7	30 %
total	23	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado para f.c.v.m de a.m. que habitan complejos de viviendas del BPS

GRAFICO DE LA TABLA N° 12



Se realizó el cruzamiento de variables de forma distributiva y en las siguientes páginas se muestran los resultados de las combinaciones que nos parecieron más apropiadas para el cálculo de Ji 2, para determinar algún grado de asociación de las mismas.

Los gráficos utilizados para las mismas fueron los de barra.

Otros cruzamientos se presentaran en tablas en el **Anexo N° 5**.

GRAFICO DE LA TABLA N° 13



TABLAS DE CONTINGENCIA, CÁLCULO DE Ji^2 Y GRAFICOS

Tabla 13 - Distribución de la población según Edad / Alimentación

Edad / Alimentación	ADECUADA	INADECUADA	total
65 a 74 años	15 (22 %)	9 (13 %)	24 (35 %)
75 a 84 años	16 (23 %)	16 (23 %)	32 (46 %)
85 años y mas	7 (10 %)	6 (9 %)	13 (19 %)
total	38 (55 %)	31 (45 %)	69 (100 %)

Ho: Las variables de la población, Edad / Alimentación estudiadas son independientes.

Nivel de confianza: Este nivel de confianza es de 95%.

Calculo de frecuencia teórica y de Ji^2 :

Observados	Esperados	O - E	(O-E) ²	$\frac{(O-E)^2}{E}$	Suma
15	13.22	1.78	3.17	0.24	0.24
16	17.62	- 1.62	2.62	0.15	0.15
7	7.16	0.16	0.03	0.004	0.004
9	10.78	- 1.78	3.17	0.29	0.29
16	14.38	1.62	2.62	0.18	0.18
6	5.84	- 0.16	0.03	0.005	0.005
Ji^2 calculado					0.869
Ji^2 tabla					5.99

Grado de libertad

$$(2-1) \cdot (3-1) = 2$$

Interpretación

Como el Ji^2 calculado es menor que el Ji^2 que encontramos en la tabla de referencia con un 95% de confianza, decimos que las variables son independientes, por lo tanto aceptamos la Ho.

GRAFICO DE LA TABLA N° 13

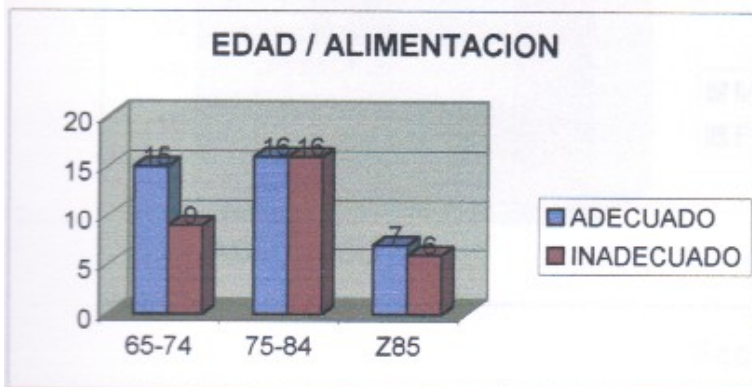


Tabla 14-Distribución de la población según Sexo / Alimentación.

Sexo / Alimentación	ADECUADO	INADECUADO	total
MASCULINO	14 (20 %)	9 (13 %)	23 (33 %)
FEMENINO	24 (35 %)	22 (32 %)	46 (67 %)
total	38 (55 %)	31 (45 %)	69 (100 %)

Ho: Las variables de Sexo / Alimentación estudiadas son independientes.

Nivel de confianza: Este nivel de confianza es de 95%.

Calculo de frecuencia teórica y de Ji 2 :

Observados	Esperados	(O-E) 2	$\frac{(O-E)^2}{E}$	Suma
14	12.67	1.77	0.14	0.14
24	25.33	1.77	0.07	0.07
9	10.33	1.77	0.17	0.17
22	20.67	1.77	0.09	0.09
Ji 2 calculado				0.47
Ji 2 tabla				3.84

Grado de libertad

$$(2-1) \cdot (2-1) = 1$$

Interpretación

Como el Ji 2 calculado es menor que el Ji 2 que encontramos en la tabla de referencia con un 95% de confianza, decimos que las variables son independientes, por lo tanto aceptamos la Ho.

GRAFICO DE LA TABLA Nº 14

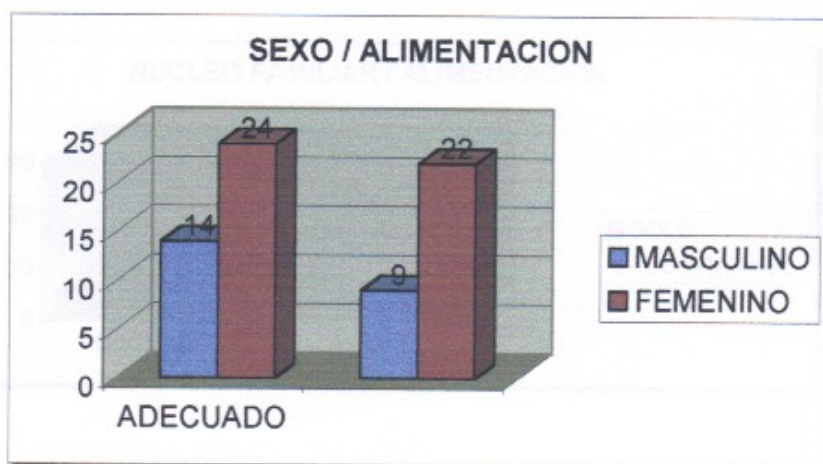


Tabla 15-Distribución de la población según Núcleo Familiar / Alimentación

Núcleo Familiar / Alimentación	ADECUADA	INADECUADA	total
SOLO	26 (38 %)	20 (29 %)	46 (67%)
ACOMPANADO	12 (17 %)	11 (16 %)	23 (33%)
total	38 (55 %)	31 (45 %)	69 (100%)

Ho: Las variables de Núcleo Familiar / Alimentación estudiadas son independientes.

Nivel de confianza: Este nivel de confianza es de 95%.

Calculo de frecuencia teórica y de Ji 2:

Observados	Esperados	(O-E) 2	$\frac{(O-E)^2}{E}$	Suma
26	25.33	0.45	0.02	0.02
12	12.67	0.45	0.04	0.04
20	20.67	0.45	0.02	0.02
11	10.33	0.45	0.05	0.04
Ji 2 calculado				0.12
Ji 2 tabla				3.84

(O-E) 2	$\frac{(O-E)^2}{E}$	Suma
0.45	0.02	0.02
0.45	0.04	0.04
0.45	0.02	0.02
0.45	0.05	0.04
		0.12
		3.84

Grado de libertad

$(2-1) \cdot (2-1) = 1$

Interpretación

Como el Ji 2 calculado es menor que el Ji 2 que encontramos en la tabla de referencia con un 95% de confianza, decimos que las variables son independientes, por lo tanto aceptamos la Ho.

GRAFICO DE LA TABLA N° 15

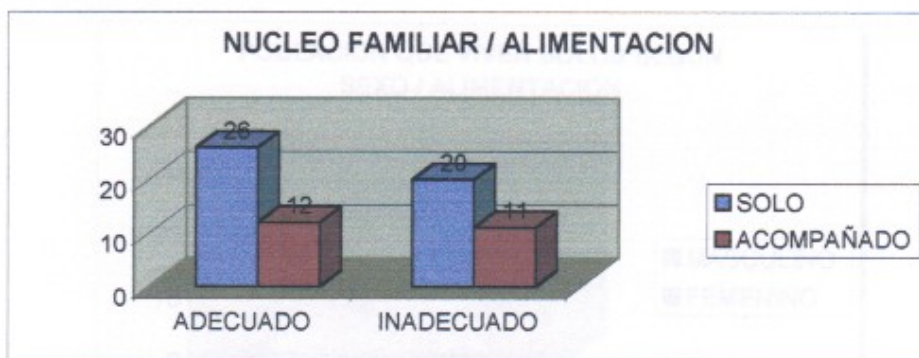


Tabla 16-Distribución de la población que viven solos en relación al Sexo / Alimentación

Sexo / Alimentación	ADECUADA	INADECUADA	total
MASCULINO SOLO	5 (11 %)	4 (9 %)	9 (20 %)
FEMENINO SOLO	21 (46 %)	16 (35 %)	37 (80 %)
total	26 (57 %)	20 (44 %)	46 (100 %)

Ho: Las variables de la población que viven solos, Sexo / Alimentación estudiadas son independientes.

Nivel de confianza: Este nivel de confianza es de 95%.

Calculo de frecuencia teórica y de Ji 2:

Observados	Esperados	(O-E) - 0.5	{(O-E)-0.5}²	{(O-E)-0.5}² / E	Suma
5	5.09	- 0.59	0.35	0.07	0.07
21	20.91	- 0.41	0.17	0.008	0.008
4	3.91	- 0.41	0.17	0.04	0.04
16	16.09	- 0.59	0.35	0.02	0.02
Ji 2 calculado					0.138
Ji 2 tabla					3.84

Grado de libertad

$$(2-1) \cdot (2-1) = 1$$

Interpretación

Como el Ji 2 calculado es menor que el Ji 2 que encontramos en la tabla de referencia con un 95% de confianza, decimos que las variables son independientes, por lo tanto aceptamos la Ho.

GRAFICO DE LA TABLA N° 16

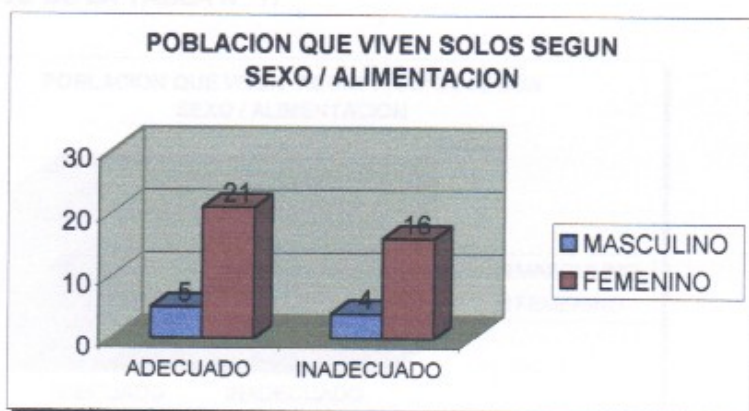


Tabla 17-Distribución de la población que viven acompañados según Sexo / Alimentación

Sexo / Alimentación	ADECUADA	INADECUADA	total
MASCULINO	9 (39 %)	5 (22 %)	14 (61 %)
FEMENINO	3 (13 %)	6 (26 %)	9 (39 %)
Total	12 (52 %)	11 (48 %)	23 (100 %)

H₀: Las variables de la población que viven acompañados, Sexo / Alimentación estudiadas son independientes.

Nivel de confianza: Este nivel de confianza es de 95%.

Calculo de frecuencia teórica y de Ji²:

Observados	Esperados	(O-E) - 0.5	{(O-E)-0.5} ²	$\frac{\{(O-E)-0.5\}^2}{E}$	Suma
9	7.30	1.20	1.44	0.20	0.20
3	4.70	- 2.20	4.84	1.03	1.03
5	6.70	- 2.20	4.84	0.72	0.72
6	4.30	1.20	1.44	0.33	0.33
Ji ² calculado					2.28
Ji ² tabla					3.84

Grado de libertad

$$(2-1) \cdot (2-1) = 1$$

Interpretación

Como el Ji² calculado es menor que el Ji² que encontramos en la tabla de referencia con un 95% de confianza, decimos que las variables son independientes, por lo tanto aceptamos la H₀.

GRAFICO DE LA TABLA N° 17

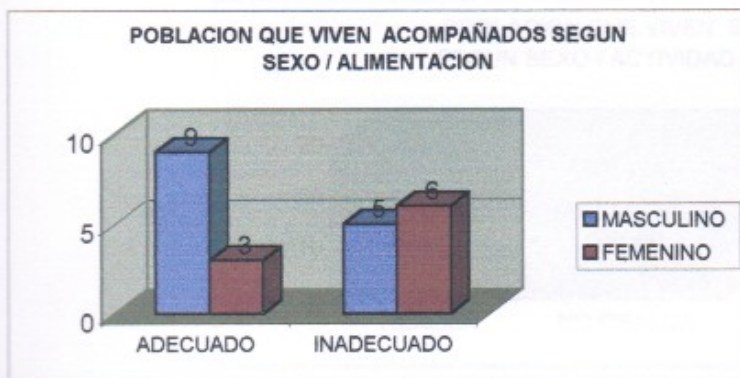


Tabla 18-Distribución de la población que viven solos en relación a Sexo / Actividad Física.

Sexo / Actividad Física	REALIZA	NO REALIZA	total
FEMENINO	27 (59 %)	10 (21 %)	37 (80%)
MASCULINO	6 (13 %)	3 (7 %)	9 (20%)
total	33 (72 %)	13 (28 %)	46 (100%)

Ho: Las variables de la población que viven solos, Sexo / Actividad Física estudiadas son independientes.

Nivel de confianza: Este nivel de confianza es de 95%.

Calculo de frecuencia teórica y de Ji 2:

Observados	Esperados	(O-E) - 0.5	$\{(O-E)-0.5\}^2$	$\frac{\{(O-E)-0.5\}^2}{E}$	Suma
27	26.54	- 0.04	0.002	0.00005	0.00005
6	6.46	- 0.96	0.92	0.14	0.14
10	10.46	- 0.96	0.92	0.09	0.09
3	2.54	- 0.04	0.002	0.0008	0.0008
Ji 2 calculado					0.23085
Ji 2 tabla					3.84

Grado de libertad

$$(2-1) \cdot (2-1) = 1$$

Interpretación

Como el Ji 2 calculado es menor que el Ji 2 que encontramos en la tabla de referencia con un 95% de confianza, decimos que las variables son independientes, por lo tanto aceptamos la Ho.

GRAFICO DE LA TABLA N° 18

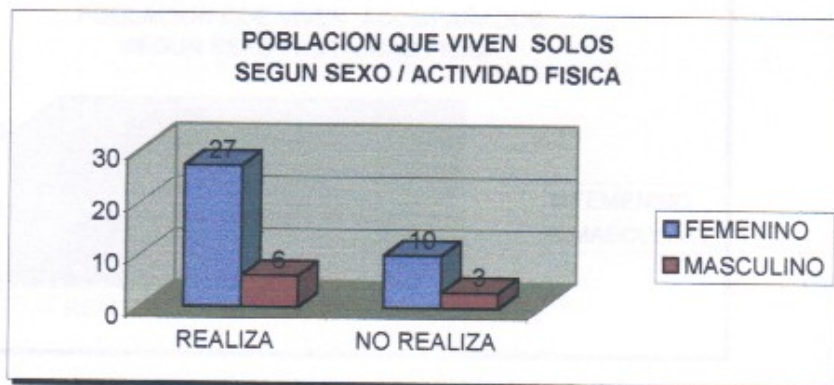


Tabla 19-Distribución de la población que viven acompañados en relación a Sexo / Actividad Física.

Sexo / Actividad Física	REALIZA	NO REALIZA	total
FEMENINO	3 (13 %)	6 (26 %)	9 (39 %)
MASCULINO	10 (44 %)	4 (17 %)	14 (61 %)
total	13 (57 %)	10 (43 %)	23 (100 %)

Ho: Las variables de la población que viven acompañados, Sexo / Actividad Física estudiadas son independientes.

Nivel de confianza: Este nivel de confianza es de 95%.

Calculo de frecuencia teórica y de Ji 2:

Observados	Esperados	(O-E) - 0.5	$\{(O-E)-0.5\}^2$	$\frac{\{(O-E)-0.5\}^2}{E}$	Suma
3	5.09	- 2.59	6.71	1.32	1.32
10	7.91	1.59	2.53	0.32	0.32
6	3.91	1.59	2.53	0.65	0.65
4	6.09	- 2.59	6.71	1.10	1.10
Ji 2 calculado					3.39
Ji 2 tabla					3.84

Grado de libertad

$$(2-1) \cdot (2-1) = 1$$

Interpretación

Como el Ji 2 calculado es menor que el Ji 2 que encontramos en la tabla de referencia con un 95% de confianza, decimos que las variables son independientes, por lo tanto aceptamos la Ho.

GRAFICO DE LA TABLA N° 19



Tabla 20-Distribución de la población en relación Núcleo Familiar / Actividad Física

Núcleo Familiar / Actividad Física	REALIZA	NO REALIZA	total
SOLO	33 (48%)	13 (19%)	46 (67%)
ACOMPañADO	13 (19%)	10 (14%)	23 (33%)
total	46 (67%)	23 (33%)	69 (100%)

Ho: Las variables de la población según Núcleo Familiar / Actividad Física estudiadas son independientes.

Nivel de confianza: Este nivel de confianza es de 95%.

Calculo de frecuencia teórica y de Ji 2:

Observados	Esperados	(O-E) 2	$\frac{(O-E)^2}{E}$	Suma
33	30.67	5.43	0.18	0.18
13	15.33	5.43	0.35	0.35
13	15.33	5.43	0.35	0.35
10	7.67	5.43	0.71	0.71
Ji 2 calculado				1.59
Ji 2 tabla				3.84

Grado de libertad

$(2-1) \cdot (2-1) = 1$

Interpretación

Como el Ji 2 calculado es menor que el Ji 2 que encontramos en la tabla de referencia con un 95% de confianza, decimos que las variables son independientes, por lo tanto aceptamos la Ho.

GRAFICO DE LA TABLA N° 20

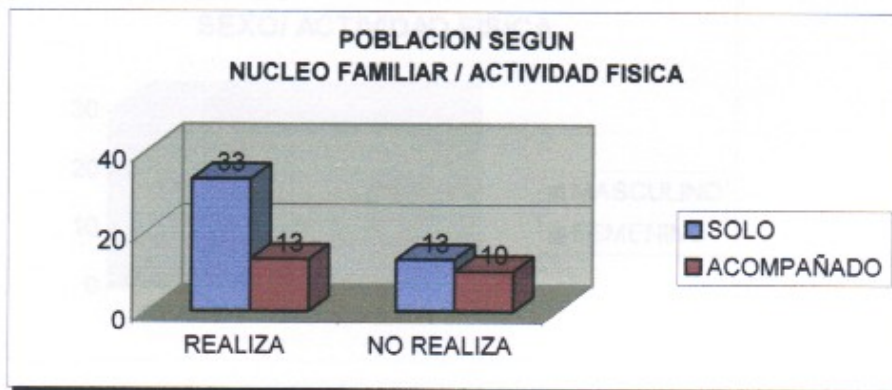


Tabla 21 – Distribución de la población según Sexo / Actividad Física

Sexo / Actividad Física	REALIZA	NO REALIZA	Total
MASCULINO	16 (23%)	7 (10%)	23 (33%)
FEMENINO	30 (44%)	16 (23%)	46 (67%)
total	46 (67%)	23 (33%)	69 (100%)

Ho: Las variables de Sexo/ Actividad Física estudiadas son independientes.

Nivel de confianza: Este nivel de confianza es de 95%.

Calculo de frecuencia teórica y de Ji 2:

Observados	Esperados	(O-E) ²	$\frac{(O-E)^2}{E}$	Suma
16	15.33	0.45	0.03	0.03
30	30.67	0.45	0.01	0.01
7	7.67	0.45	0.06	0.06
16	15.33	0.45	0.03	0.03
Ji 2 calculado				0.13
Ji 2 tabla				3.84

Grado de libertad

$$(2-1) \cdot (2-1) = 1$$

Interpretación

Como el Ji 2 calculado es menor que el Ji 2 que encontramos en la tabla de referencia con un 95% de confianza, decimos que las variables son independientes, por lo tanto aceptamos la Ho.

GRAFICO DE LA TABLA Nº 21



Tabla 22 – Distribución del Sexo Femenino relacionado a Núcleo Familiar / Actividad Física

Núcleo Familiar / Actividad Física	REALIZA	NO REALIZA	total
SOLO	27 (58 %)	10 (22 %)	37 (80 %)
ACOMPAÑADO	3 (7 %)	6 (13 %)	9 (20 %)
total	30 (65 %)	16 (35 %)	46 (100 %)

Ho: Las variables de la población femenina, Núcleo Familiar / Actividad Física estudiadas son independientes.

Nivel de confianza: Este nivel de confianza es de 95%.

Calculo de frecuencia teórica y de Ji 2:

Observados	Esperados	(O-E) - 0.5	$\{(O-E)-0.5\}^2$	$\frac{\{(O-E)-0.5\}^2}{E}$	Sumat.
27	24.13	2.37	5.62	0.23	0.23
3	5.87	- 3.37	11.36	1.94	0.96
10	12.87	- 2.57	6.60	0.51	0.88
6	3.13	2.37	5.62	1.80	0.60
Ji 2 calculado					2.67
Ji 2 tabla					3.84

Grado de libertad

$$(2-1) \cdot (2-1) = 1$$

Interpretación

Como el Ji 2 calculado es menor que el Ji 2 que encontramos en la tabla de referencia con un 95% de confianza, decimos que las variables son independientes, por lo tanto aceptamos la Ho.

GRAFICO DE TABLA N° 22

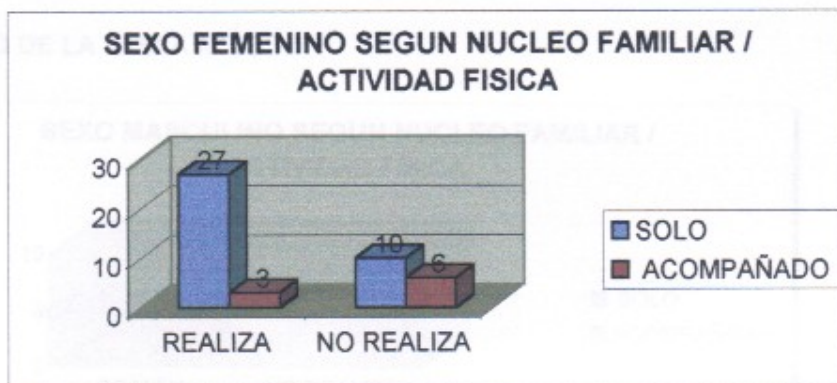


Tabla 23 – Distribución del Sexo Masculino relacionado a Núcleo familiar / Actividad Física

Núcleo Familiar / Actividad Física	REALIZA	NO REALIZA	total
SOLO	6 (26%)	3 (13%)	9 (39%)
ACOMPAÑADO	10 (44%)	4 (17%)	14 (61%)
total	16 (70%)	7 (30%)	23 (100%)

Ho: Las variables de la población masculina, Núcleo Familiar/ Actividad Física son independientes.

Nivel de confianza: Este nivel de confianza es de 95%.

Calculo de frecuencia teórica y de Ji 2:

Observados	Esperados	(O-E)-0.5	{(O-E)-0.5}²	$\frac{\{(O-E)-0.5\}^2}{E}$	Sumat.
6	6.26	- 0.76	0.58	0.09	0.09
10	9.74	- 0.24	0.06	0.006	0.006
3	2.74	- 0.24	0.06	0.05	0.05
4	4.26	- 0.76	0.58	0.002	0.002
Ji 2 calculado					0.148
Ji 2 tabla					3.84

Grado de libertad

$$(2-1) \cdot (2-1) = 1$$

Interpretación

Como el Ji 2 calculado es menor que el Ji 2 que encontramos en la tabla de referencia con un 95% de confianza, decimos que las variables son independientes, por lo tanto aceptamos la Ho.

GRAFICO DE LA TABLA N° 23



Tabla 24 - Distribución de la población en relación Edad / Actividad Física

Edad / Actividad Física	REALIZA	NO REALIZA	total
65 a 74 años	16 (23%)	8 (12%)	24 (35%)
75 a 84 años	19 (28%)	13 (18%)	32 (46%)
85 años y mas	11 (16%)	2 (3%)	13 (19%)
Total	46 (67%)	23 (33%)	69 (100%)

Ho: Las variables de la población, Edad/ Actividad Física estudiadas son independientes.

Nivel de confianza: Este nivel de confianza es de 95%.

Calculo de frecuencia teórica y de Ji 2:

Observados	Esperados	(O-E) - 0.5	{(O-E)-0.5}²	{(O-E)-0.5}² / E	Sumat.
16	16	0.5	0.25	0.02	0.02
19	21.33	- 2.83	8.01	0.38	0.38
11	8.67	1.83	3.35	0.38	0.38
8	8	0.5	0.25	0.03	0.03
13	10.67	1.83	3.35	0.31	0.31
2	4.33	- 2.83	8.01	1.85	1.85
Ji 2 calculado					2.97
Ji 2 tabla					5.99

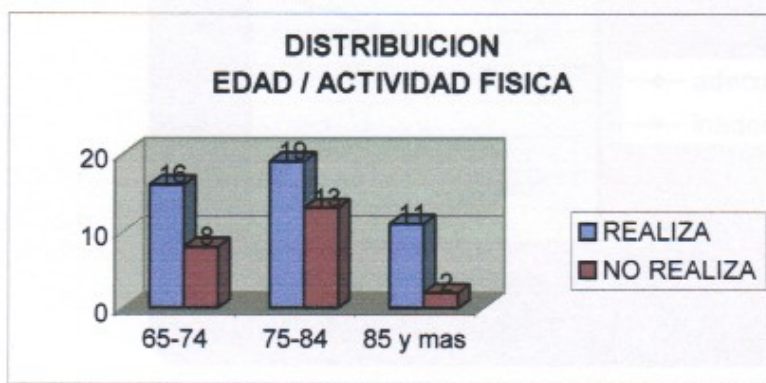
Grado de libertad

$$(2-1) \cdot (3-1) = 2$$

Interpretación

Como el Ji 2 calculado es menor que el Ji 2 que encontramos en la tabla de referencia con un 95% de confianza, decimos que las variables son independientes, por lo tanto aceptamos la Ho.

GRAFICO DE LA TABLA N° 24



Dentro de los resultados obtenidos entre la distribución de las variables, se destacó el cruzamiento por franja etarea de las poblaciones solos y acompañados separados por sexo según las variables alimentación y actividad física.

Para el sexo femenino obtuvimos los siguientes resultados por rango de edades según alimentación y actividad física.

En la tabla N° 25 se establecen los datos de las mujeres que viven solas según la alimentación. Se ha traducido de dicha tabla que la mujer sola se alimenta de forma adecuada en su mayoría, en un 57%.

Tabla 25 -Distribución de la Edad en el sexo Femenino que viven solas / Alimentación

Edad / Alimentación	Adecuada	Inadecuada	total
65 a 74 años	8 (22 %)	4 (11 %)	12 (33 %)
75 a 84 años	10 (27 %)	8 (22 %)	18 (49 %)
85 años y mas	3 (8 %)	4 (11 %)	7 (19 %)
total	21 (57 %)	16 (43 %)	37 (100 %)

Fuente: Base de datos de BPS proporcionado por la Cátedra de Enfermería Comunitaria

Considerando a las mujeres que viven solas según su Alimentación por rango de edades, tomando cada rango como el 100% de la muestra, analizamos que:

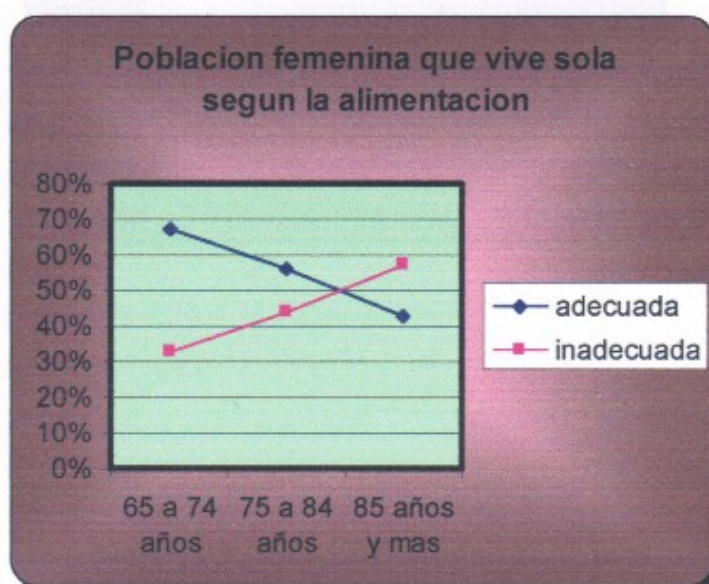
Entre los 65 y 74 años, el 66% se alimenta de forma adecuada y 34% lo hace de forma inadecuada.

Entre los 75 y 84 el 100% , el 55% se alimentan de forma adecuada y el 45% de forma inadecuada.

Y por ultimo las mujeres solas de 85 años y mas, que son un total de 7, el 42% se alimentan de forma adecuada y 58% de manera inadecuada.

Estos datos son los que representamos en el grafico N° 25.

GRAFICO N° 25



En la tabla N° 26 se establecen los datos de las mujeres que viven solas según la Actividad Física. Se ha traducido de dicha tabla que la mujer sola realiza alguna Actividad Física en su mayoría, en un 73%.

Tabla 26 -Distribución de la Edad en el sexo Femenino que viven solas / Actividad Física

Edad / Act. Física	Realiza	No realiza	total
65 a 74 años	9 (24 %)	3 (8 %)	12 (33 %)
75 a 84 años	12 (32 %)	6 (16 %)	18 (49 %)
85 años y mas	6 (16 %)	1 (3 %)	7 (19 %)
total	27 (73 %)	10 (27 %)	37 (100 %)

Fuente: Base de datos de BPS proporcionado por la Cátedra de Enfermería Comunitaria

Analizando las mujeres que viven solas según su Actividad Física por rango de edades, tomando cada rango como el 100% de la muestra, vemos que:

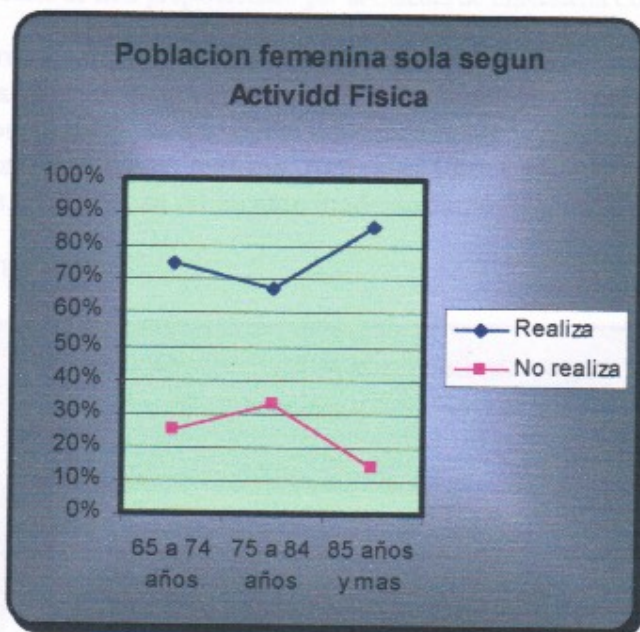
Entre los 65 y 74 años, el 75% realizan y el 25% no realizan.

Entre los 75 y 84 años, el 66% realizan y el 34% no realizan.

Entre los 85 años y más, el 85% realizan y 15% no realizan.

Estos datos se representan en el grafico N° 26.

GRAFICO N° 26



En la tabla N° 27 y 28 se establecen los datos de las mujeres que viven acompañadas según la Alimentación y la Actividad Física, encontrando iguales cifras en ambas tablas. Las mujeres acompañadas, (de las cuales no existen registros individuales en el último grupo etario), muestran a diferencia de las solas, que en la alimentación en su mayoría lo hacen de forma inadecuada y con respecto a la actividad física la mayoría no realizan.

Tabla 27 -Distribución de la Edad en el sexo Femenino que viven acompañadas / Alimentación

Edad / Alimentación	Adecuada	Inadecuada	total
65 a 74 años	3 (33 %)	4 (44 %)	7 (78 %)
75 a 84 años	0 (0 %)	2 (23 %)	2 (22 %)
total	3 (33 %)	6 (67 %)	9 (100 %)

Fuente: Base de datos de BPS proporcionado por la Cátedra de Enfermería Comunitaria

Tabla 28 -Distribución de la Edad en el sexo Femenino que viven acompañadas / Actividad Física

Edad / Act. Física	Realiza	No realiza	total
65 a 74 años	3 (33 %)	4 (44 %)	7 (78 %)
75 a 84 años	0 (0 %)	2 (23 %)	2 (22 %)
total	3 (33 %)	6 (67 %)	9 (100 %)

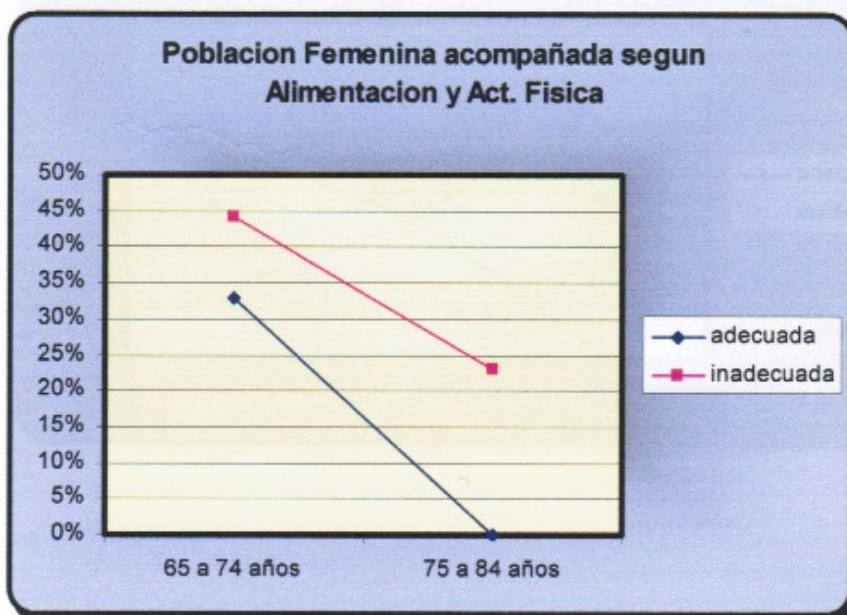
Fuente: Base de datos de BPS proporcionado por la Cátedra de Enfermería Comunitaria

Analizando las mujeres que viven acompañadas según su alimentación y su Actividad Física por rango de edades, tomando cada rango como el 100% de la muestra, vemos que:

Entre los 65 y 74 años, el 42% se alimentan adecuadamente y realizan Actividad Física y el 58% se Alimentan inadecuadamente y no realizan Actividad Física.

Entre los 75 y 84 años, el 100% se Alimentan inadecuadamente y no realizan Actividad Física.

GRAFICO N° 27



Para el sexo masculino obtuvimos los siguientes resultados por rango de edades según alimentación y actividad física.

En cuanto al sexo masculino si tomamos las mismas confrontaciones de variables, se puede establecer, que los hombres solos se alimentan de forma adecuada en su mayoría, aunque no hay una diferencia significativa de individuos, tan solo es de uno la diferencia.

Tabla 29 -Distribución de la Edad en el sexo Masculino que viven solos / Alimentación

Edad / Alimentación	Adecuada	Inadecuada	total
65 a 74 años	3 (33 %)	1 (11 %)	4 (44 %)
75 a 84 años	2 (22 %)	2 (22 %)	4 (44 %)
85 años y mas	0 (0 %)	1 (11 %)	1 (11 %)
total	5 (56 %)	4 (44 %)	9 (100 %)

Fuente: Base de datos de BPS proporcionado por la Cátedra de Enfermería Comunitaria

Al buscar el porcentaje de los hombres solos que se alimentaban de forma adecuada y los que se alimentaban de forma inadecuada por rango de edades, tomando cada rango como el 100% de la muestra nos da que:

entre 65 y 74 años, 75% lo hacen adecuadamente, 25% inadecuadamente.

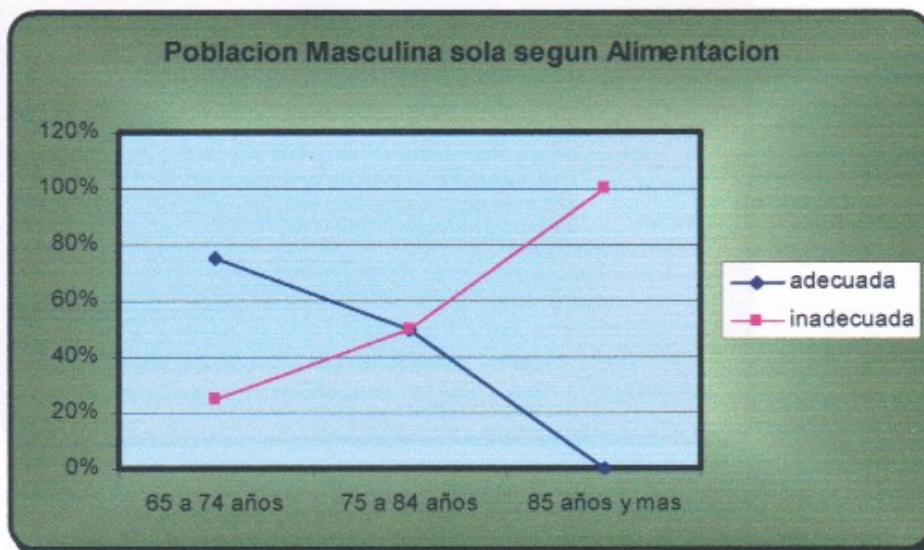
Entre 75 y 84 años, 50% lo hacen adecuadamente , 50% inadecuadamente .

De 85 años y mas, el 100% lo hace inadecuadamente .

Se representan los datos en el grafico N° 28

GRAFICO N° 28

GRAFICO N° 28



Para los hombres solos que realizan actividad física duplican a los que no realizan.

Tabla 30 -Distribución de la Edad en el sexo Masculino que viven solos / Actividad Física

Edad / Act. Física	Realiza	No Realiza	total
65 a 74 años	3 (33 %)	1 (11 %)	4 (44 %)
75 a 84 años	2 (22 %)	2 (22 %)	4 (44 %)
85 años y mas	1 (11 %)	0 (0 %)	1 (11 %)
total	6 (67 %)	3 (33 %)	9 (100 %)

Fuente: Base de datos de BPS proporcionado por la Cátedra de Enfermería Comunitaria

El porcentaje de los hombres solos que realizan ejercicio físico y los que no realizan por rango de edades, tomando cada rango como el 100% de la muestra nos da que:

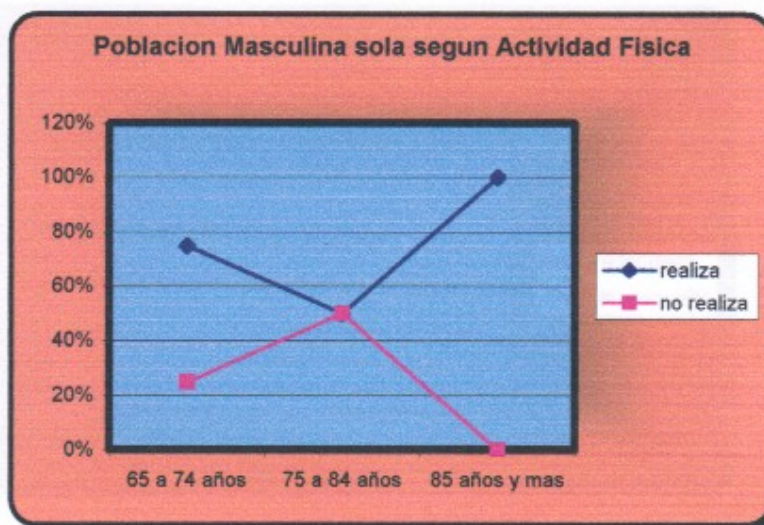
Entre 65 y 74 años, 75% realizan, 25% no realizan.

Entre 75 y 84 años, 50% realizan, 50% no realizan .

De 85 años y mas, 100% realizan actividad física .

Se representan los datos en el grafico N° 29

GRAFICO N° 29



Para los hombres acompañados se pudo ver que llevaban una alimentación adecuada en su mayoría, en un 79%.

Tabla 31 -Distribución de la Edad en el sexo Masculino que viven acompañados / Alimentación

Edad / Alimentación	Adecuada	Inadecuada	total
65 a 74 años	1 (7 %)	0 (0 %)	1 (7 %)
75 a 84 años	6 (43 %)	2 (14 %)	8 (57 %)
85 años y mas	4 (29 %)	1 (7 %)	5 (36 %)
total	11 (79 %)	3 (21 %)	14 (100 %)

Fuente: Base de datos de BPS proporcionado por la Cátedra de Enfermería Comunitaria

Tomando cada rango de edad como el 100% de la población con respecto a la alimentación los resultados fueron:

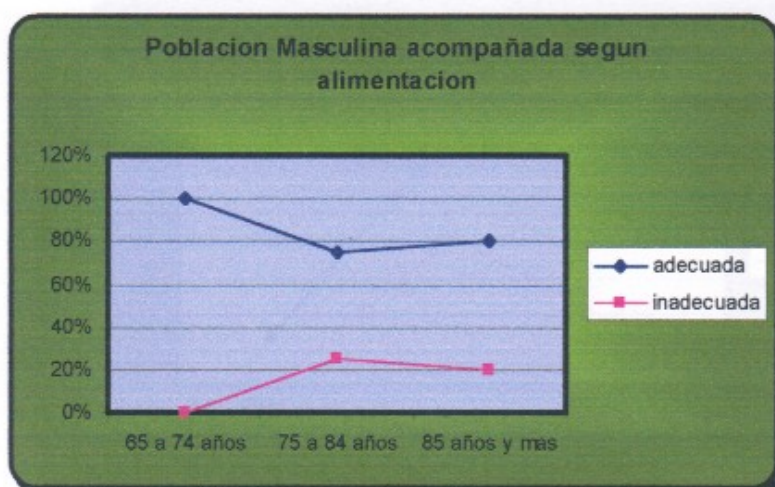
Entre 65 y 74 años, 100% lo hacen adecuadamente.

Entre 75 y 84 años, 75% lo hacen adecuadamente , 25% lo hacen inadecuadamente .

De 85 años y mas, 80% lo hacen adecuadamente , 20% lo hacen inadecuadamente

Se representa en el grafico N° 30

GRAFICO N° 30



Así mismo los hombres acompañados realizan actividad física en su mayoría.

Tabla 32 -Distribución de la Edad en el sexo Masculino que viven acompañados / Actividad Física

Edad / Act. Física	Realiza	No Realiza	total
65 a 74 años	1 (7 %)	0 (0 %)	1 (7 %)
75 a 84 años	5 (36 %)	3 (21 %)	8 (57 %)
85 años y mas	4 (29 %)	1 (7 %)	5 (36 %)
total	10 (71 %)	4 (29 %)	14 (100 %)

Fuente: Base de datos de BPS proporcionado por la Cátedra de Enfermería Comunitaria

Tomando cada rango de edad como el 100% de la población con respecto a la actividad física los resultados fueron:

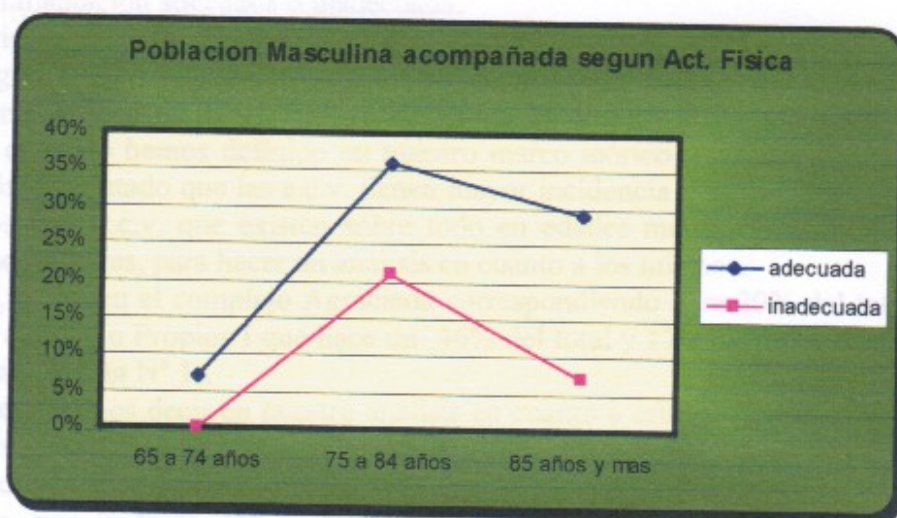
Entre 65 y 74 años, 100% realiza actividad física.

Entre 75 y 84 años, 63% realiza actividad física , 37% no realiza actividad física.

De 85 años y mas, 80% realiza actividad física , 20% no realiza actividad física.

Se representa en el grafico N° 31

GRAFICO N° 31



ANÁLISIS

Cuando fundamentamos realizar este trabajo de investigación, además de establecer datos estadísticos y epidemiológicos de las enfermedades cardiovasculares de nuestro país, argumentamos el trabajo de nuestra profesión en el mismo. Manifestando proporcionar un aporte, para la implementación de programas que contribuyan a mejorar la salud de los a.m. Por lo mismo no hemos descuidado en cada uno de los pasos realizados pensar en la participación del Profesional de Enfermería como efector de salud en el ofrecimiento de la información necesaria sobre estilos de vida en poblaciones, y que permitan a las mismas modificar sus hábitos de vida e implementar autocuidados necesarios.

Con nuestro lineamiento de las funciones de enfermería comunitaria en lo que respecta a la función de investigadora (según Enrique Ramos Calero en su libro "Enfermería Comunitaria métodos y técnicas") tenemos la necesidad de mencionar que nos orientamos en la teoría o modelo de enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem, trasladando el trabajo de investigación de forma imaginaria como si nosotros hubiéramos participado de la recolección de datos, por lo tanto como si hubiésemos tenido contacto con la población en cuestión.

Nos parece de orden realizar la aclaración entonces, previo al comienzo del análisis de datos, y es que si bien la metodología utilizada para la investigación, se realizó como en cualquier otro estudio, nosotros saltamos un paso que es tener como acceso directo la fuente primaria de información. Pensamos que este hecho pudo haber introducido un sesgo a este trabajo.

Si observamos la encuesta realizada por los estudiantes de primer año de Facultad de Enfermería del curso Diagnóstico de Salud Individual y Colectiva (Anexo N°3), se puede determinar con claridad, que de las variables planteadas en la fundamentación teórica para f.r.c.v.m, solo volcarían datos de dos de ellas, alimentación y actividad física. En la base de datos proporcionada (Anexo N°2), surge que para medir alimentación, tuvimos que elaborar un score y así categorizar en lo que establecimos alimentación adecuada o inadecuada.

Según el criterio de inclusión se pudieron tomar datos de tres complejos habitacionales, los mismos ubicados en Agraciada, Propios I y Propios II.

La muestra tomada corresponde a un total de 69 individuos, adultos mayores de ambos sexos, comprendidos como lo hemos definido en nuestro marco teórico personas igual o mayores de 65 años. Hemos fundamentado que las e.c.v. tienen mayor incidencia después de los 45 años, a lo cual sumamos todos los f.r.c.v. que existen sobre todo en edades más avanzadas, por lo que es una muestra de edades típicas, para hacer un análisis en cuanto a los mismos.

Un total de 20, viven en el complejo Agraciada correspondiendo a un 29% del total de la muestra, 32 viven en el complejo Propios I que hace un 46% del total y 17 en Propios II correspondiendo a un 25% del total (Tabla N° 1).

Lo primero que podemos decir en nuestro análisis en cuanto a esta población es que, si bien lo que medula la población, es el criterio definido de adultos mayores, el ideal sería analizar esta población por complejos separados, ¿Por qué?... por ser 3 complejos ubicados en diferentes zonas de Montevideo, por lo tanto con características diferentes, esto podría estar influyendo en el comportamiento de las variables que nos interesan de este trabajo que son los f.r.c.v.m. Lo estimamos así porque las enfermeras/os deben de tomar en consideración los elementos socioculturales y ambientales dentro de los cuales se desarrolla el individuo.

A su vez, vemos que sobre todo en dos complejos, la cantidad de los mismos es muy poca como para que sea una muestra representativa.

Desglosamos este total de individuos según las edades, para ello utilizamos los rangos de edades establecidos en el fundamento teórico según el archivo "el nuevo diario.com" en la web, entonces vimos que, 24 individuos que representan el 35 % del total, tienen entre 65 y 74 años, 32 tienen entre 75 y 84 años que corresponden al 46 % del total y 13 son de 85 años y más, que es el 19% del total de la muestra (Tabla N° 2). De estos datos se destaca el porcentaje de individuos que supera los 75 años, representando el 55%, la epidemiología uruguaya estima que la esperanza de vida al nacer es de 76 años, y en esta muestra más de la mitad superan ampliamente esa edad.

También se estimó cuantos eran de cada sexo, 23 del sexo masculino, representando el 33% de los mismos, y 46 del sexo femenino siendo el 67% (Tabla N° 3), de estas cifras pudimos establecer dos cosas que nos interesan: 1) La muestra condice con la pirámide poblacional uruguaya, en la cual el porcentaje de mujeres para esta franja etaria es mayor que el porcentaje de hombres.

2)- la mujer en esta etapa de la vida disminuye su factor protector de padecer e.c.v., que como vimos en la fundamentación teórica es la disminución de estrógenos (hormona protectora de e.c.v. luego de la menopausia. Como profesionales enfermeros/as comunitarios, si tuviéramos que elaborar un programa de e.c.v. para trabajar en esta población, una de las primeras cosas que deberíamos considerar es este f.r.c.v. agregado.

Antes de entrar a conocer cual es la frecuencia de la población en nuestras variables que involucran directamente el tema, los f.r.c.v.m., que son Alimentación y Actividad Física, debimos considerar otra variable influyente para las mismas, que es la conformación del Núcleo Familiar. Para sintetizar, porque es lo que nos interesa, consideramos solamente si este grupo de personas vive solo o acompañado. Recordando, que proponemos como enfermeros comunitarios, trabajar con un enfoque de auto cuidado, basándonos en las teorías de Dorothea E. Orem, que dice que entre los requisitos universales del auto cuidado está la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana, y ella misma define al "Agente de auto cuidado o Agente de asistencia dependiente el que se ocupa de la asistencia de niños o de adultos dependientes".

¿Y por que lo creemos así? Pues el enfermero/a comunitario "ayuda a las familias a asumir las responsabilidades de su propia salud" trabajar en promoción de salud y prevención de la enfermedad con el apoyo de la familia. La promoción de los hábitos de salud que por parte de la enfermera juega un papel determinante en el desarrollo de los programas sustentados en la educación para la salud, como lo habíamos mencionado en nuestra fundamentación.

De nuestros datos se establece que, 46 viven solos o sea el 67% y 23 están acompañados siendo el 33 % (Tabla N° 4). Del sexo femenino viven solas 37, es un 80% del total femenino, y 9 viven acompañadas, determinando el 20 % del mismo (Tabla N° 5). A diferencia del sexo masculino que en menor proporción están solos, 9, o sea el 39% del total del sexo y acompañados 1 correspondiendo un 61% (Tabla N° 6).

Una mayoría importante, el 67%, vive sola. Nuestra pregunta como profesionales enfermeros basados en la teoría de auto cuidado es: ¿será posible implementar programas de promoción y prevención que se lleven de forma adecuada en esta población, cuando uno de los pilares establecidos está faltando, que es la familia? Familia que como se considero en la teoría según De La Revilla no importan los lazos de consanguinidad o conyugales.

Entonces al caracterizar las variables que corresponden a f.r.c.v.m se vio que en la alimentación, 38 adultos mayores tenían una alimentación adecuada, y 31 tenían una alimentación inadecuada (Tablas N° 7, 8 y 9).

¿Que es lo que vemos entre lo teórico y lo empírico? Según Puppí en su Manual de Nutrición da a entender que, la mayoría de los adultos mayores presenta problemas en la alimentación, manifestando que "el grupo de población que peor come son los ancianos, la causa es atribuible a problemas sociales: pobreza, soledad, ignorancia, etc.; y a factores relacionados con enfermedad e invalidez.

Nuestro razonamiento en principio por lo que dice la bibliografía era que esta población en su mayoría se alimentaba inadecuadamente. Son dos las razones que hicieron plantearnos esta hipótesis primaria. Y es que, primero por lo que está establecido en el decreto al derecho de acceder a viviendas del BPS en el programa de viviendas y otras soluciones habitacionales para pensionistas y jubilados, es una población con pasividades menores a 12 UR. (1 UR equivale a \$ 362.47 a Abril de 2008). En la actualidad para el Uruguay los datos estadísticos socio demográficos dicen que la línea de pobreza está por debajo de \$5115.07 (datos del INE; febrero 2008 en la web), estas personas con un apercibimiento jubilatorio inferior a los \$ 4349.64, por lo que se puede establecer entonces, la consideramos una población pobre. El rol del enfermero comunitario es reconocer la causa de diversos procesos mórbidos en las diferentes comunidades, donde se relacionan indicadores demográficos, de morbimortalidad, etc con macro indicadores económicos.

Los indicadores económicos tienen la particularidad de brindar un panorama general indirecto y cuantativo, sobre el soporte material en el cual se desarrolla la actividad humana, es decir que permite identificar la situación de la organización económica política y social que influye en el proceso salud-enfermedad, como causa y consecuencia de las condiciones de vida de la población y sabemos que la línea de pobreza esta delimitada por el ingreso mínimo que permite a un hogar disponer de recursos suficientes para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros. Es esto lo que esta pasando con estos adultos mayores. Ahora bien, si estos individuos que están por debajo de la línea de pobreza, por lo establecido anteriormente, manifiestan según lo que se pudo recabar en la base de datos, alimentarse adecuadamente, nos surgen interrogantes, y nos preguntamos ¿Qué es lo que realmente esta pasando con esta población en cuanto a su adecuada alimentación y el ingreso económico en su hogar?

Segundo, que un porcentaje cercano al 70% de estos individuos viven solos. Aun más nos surge la duda en la pregunta que nos hacemos, sabiendo que la mayoría de los mismos vive solo y que según Puppi es una población que se alimenta mal.

Para la variable actividad física se establece que 46 realizaba algún tipo de actividad física mencionada en la definición operativa de la variable y 23 no practicaba ninguna Actividad Física (Tablas N° 10, 11 y 12).

Si recordamos nuestra fundamentación teórica según los datos del PRONAM en cuanto a los f.r.c.v.m., el estilo de vida no saludable constituye uno de los principales y de mayor prevalencia en el adulto mayor ya que se vuelcan datos como: 83% de los adultos mayores son sedentarios, y más de 50% padecen diversos grados de sobrepeso y obesidad. Es obvio que los datos que vuelcan nuestras tablas no concuerdan con los de PRONAM. De aquí surge la interrogante: ¿Será que en estos complejos de viviendas hay organizaciones que realicen grupos sociales, entre los que haya programación de alguna actividad física?, ¿O tal vez el estilo de vida de los adultos mayores este cambiando debido a la divulgación de información por profesionales de la salud?

Con todo esto planteado, y si bien hemos hecho un análisis más profundo en tablas y gráficos en nuestro trabajo, que aparece en los resultados y en los anexos, y siempre basándonos en nuestros objetivos de la investigación que es determinar la presencia de f.r.c.v.m. en una población de adultos mayores, que ahora enfrentada a la teoría, sin dejar de percibir el concepto de auto cuidado y núcleo familiar. Hemos tomado como centro del trabajo, tener la visión entonces, de cómo es la distribución de este grupo de personas cuando confrontamos la población por sexo y núcleo familiar en los 3 rangos de edades establecidos y las variables consideradas f.r.c.v.m., que según la fundamentación teórica, son Alimentación y Actividad Física.

Se realizó el cálculo de ji cuadrado para cada una de las tablas con cruce de variables

Pudiendo establecer que ninguno de los cruzamientos tiene algún grado de asociación. Por lo cual decimos que las variables estudiadas son independientes

Ahora bien, cuando analizamos entre si las tablas bivariadas, desglosando edades y confrontándolas con alimentación y la actividad física, identificamos otra tendencia diferente a la población global.

¿Que queremos decir con esto? Que a mayor edad aumentan también los f.r.c.v.m., esto se ve tanto para sexo femenino como para sexo masculino.

De el 100 % de las mujeres y los hombres que viven solos (Tablas N° 25, N° 27, y N° 29), con respecto al f.r.c.v.m. alimentación, la tendencia es que la alimentación es inadecuada a medida que aumentan los rangos de edades.

Para el f.r.c.v.m. actividad física, la tendencia negativa con respecto a la edad solo se ven en las mujeres acompañadas (Tabla N° 28).

Aquí establecemos que hay una tendencia negativa en los estilos de vida que influyen a los f.r.c.v.m. directamente proporcional a la edad y que se podrían establecer con más claridad en nuevos estudios de investigación propuestos en enfermería.

Conclusiones

La caracterización de esta muestra, de las personas con cuyos datos trabajamos, en su mayoría superaban la edad establecida en lo que respecta esperanza de vida al nacer en el Uruguay, atreviéndonos a decir que más bien es una población de longevos como lo dice el Dr. Bachmann en la entrevista.

Al identificar f.r.c.v.m. se trabajo con dos de ellos: alimentación y actividad física los cuales se encontraban en la base de datos proporcionada.

De estos dos f.r.c.v.m encontrados: 1) la población no condice con los datos del PRONAM en los que se establece que la mayoría de los adultos mayores son sedentarios; 2) ni con la fundamentación teórica con respecto a alimentación que establece que es un grupo de riesgo en cuanto a su alimentación (según Puppi) con dos condicionantes para la misma que de antemano se establecía como individuos en línea de pobreza, y luego se establece que en su mayoría es una población que vive sola.

No pudimos establecer ningún grado de asociación entre f.r.c.v, por lo que decimos que las variables de f.r.c.v. son independientes.

Entonces cabe esperar nuevos planteamientos en la orbita de la enfermería, para poder dilucidar porque esta población tiene este comportamiento que no se relaciona con la teoría.

Sugerencias

Esta investigación nos hace pensar que la población de adultos mayores se hace más vulnerable frente a f.r.c.v.m., a mayor edad.

Por ser enfermería un prestador de cuidados, y en el caso planteado, la influencia de la profesión en la promoción de la salud c.v. de a.m., es que sugerimos un estudio en el cual se randomize la misma, en franjas etareas, con muestras mas representativas y en donde se elabore una encuesta especifica para el mismo trabajo. Insertándose el profesional en la población, procesando información de una fuente primaria de datos. También pensando en el enfoque de déficit de auto cuidado de la Teoría de Orem, es que se hace necesario que la enfermera trabaje en la población y con la familia, para definir aspectos en cuanto a f.r.c.v., que nos ha parecido podrían fortalecer este tipo de estudio.

Referencias Bibliográficas

- ~ Anzola Pérez Elías. Enfermería Gerontológica OPS-OMS, Washington 1993
- ~ Caja, C. Enfermería Comunitaria III. Masson - Salvat - Barcelona, 1993
- ~ Canales H. Metodología de la Investigación, Manual para el Desarrollo del Personal de Salud, Washington D. C. 2ª edición 1994
- ~ Cao Torija Ma. José. "Enfermería Nutrición y Dietética" Masson - Salvat - Barcelona. Primera Edición 1992
- ~ Cervera. P. Alimentación y Dieta terapia. Interamericana - Mc Graw - Hill-Madrid 1993.
- ~ Colomer Revuelta C. Promoción de la Salud y Cambio Social - Editorial Masson Barcelona - Madrid
- ~ Curto Sergio. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Uruguay 2003/2004, "Incidencia de la certificación médica de la defunción en la estructura por causa de la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio". Comisión Honoraria de la Salud Cardiovascular. Área de epidemiología y estadística. Montevideo Uruguay
- ~ De Marco Eugenia Programa Nacional Del Adulto Mayor, MSP IMM 2005-2010
- ~ Diccionario de Medicina. Editorial Océano. Cuarta Edición. España 1995.
- ~ Etchebarne Liliana. Temas de Medicina Preventiva y Social, 3ª edición Oficina del libro FEFMUR, Montevideo mayo 2001
- ~ Miglionico Américo. 118 Años de Mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares en el Uruguay 1882-1999. 1ª edición, septiembre 2001 Montevideo, Uruguay
- ~ Pamela Babb Nley Manual de Enfermería Gerontológico 5ª edición, MC Graw. Hill. Interamericana
- ~ Pérez Robert. Gerontología en Uruguay. Editorial Narciso. Montevideo. Junio de 2004.
- ~ Puppi R. Manual de Nutrición. Primera Edición López Libreros Editores S.R.L. Argentina. 1988.
- ~ Rojas Villegas F. "Enfermedades del corazón y de los vasos" 2da Edición. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile 1993.
- ~ Vigilancia de los factores de Riesgos para las Enfermedades no transmisibles. OPS
- ~ Zurro A.M. Atención Primaria en Salud. 4ta Edición. Barcelona. Harcowr. 1999.
- ~ www.cardiosalud.org . Mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares en el Uruguay (1994-2000)- Área de Epidemiología.
- ~ www.gratisweb.com/cvallecor/FACTORES htm

~ "<http://www.bps.gub.uy/>" .

~ www.fiesterra.com/recursos-web/mbe/vancouver.htm.

~ <http://archivo.elnuevodiario.com.ni/2000/octubre>

Índice de anexos

	Pág.
Anexo N° 1 Instrumento elaborado para la recolección de datos	54
Anexo N° 2 Base de datos de Complejos de viviendas del BPS	55
Anexo N° 3 Encuesta realizada por estudiantes de D.S.I y Colectiva	110 A
Anexo N° 4 Cronograma	111
Anexo N° 5 Tablas de otros datos	112
Anexo N° 6 Encuesta al Dr. Bachmann	150

ANEXO N° 1

PLANILLA DE SISTEMATIZACION DE LOS DATOS

Barrio.....

1- Sexo: Masculino
Femenino

2- Edad:
Tipología: 65 a 74 años
75 a 84 años
> a 85 años

3-Núcleo familiar:
Solo sí no
Acompañado

4- Actividad física:
Si
No

5- Alimentos protectores consumidos en la última semana:

Carnes y / o huevos

Leche y / o derivados

Frutas y / o verduras

Cereales y / o leguminosas

6- Forma de preparación:
Hervido
Frito
Al horno

7- Numero de ingesta diarias:
Desayuno
Almuerzo
Merienda

ANEXO N° 2

Base de datos de Complejos de Viviendas del BPS

N°	Complejo Hab.	Block o Torre	N° caso	Piso	Apto	Nombre	Edad	Nacimiento	Sexo
1	ABAYUBA		1	5	506	Irta del Carmen Denton	64	18/02/1942	F
2	ABAYUBA		2	6	605	Olegario Prestes	85	08/03/1921	M
3	ABAYUBA		3	PB	1	Ilda Alicia Perez	73	01/05/1933	F
4	ABAYUBA		4	PB	2	Elsa Garcia Carrasco	77	17/01/1927	F
5	ABAYUBA		5	1	101	Fior De Liz Merichal	75	27/12/1931	F
6	ABAYUBA		6	1	103	Ena Mendez	87	27/05/1919	F
7	ABAYUBA		7	2	201	Alfonsina	74	22/03/1931	F
8	ABAYUBA		8	2	202	Artigas Abreu	72	19/06/1924	M
9	ABAYUBA		9	5	505	Mirya Mosteiro	73	16/09/1933	F
10	ABAYUBA		10	4	406	Milka Gonzalez	73	04/07/1933	F
11	ABAYUBA		11	4	405	Berlinda Baldez	75	03/04/1931	F
12	ABAYUBA		12	3	305	Rosa Helena Sarmiento	78	08/09/1928	F
13	ABAYUBA		13	3	304	Gladis Botaro	79	01/11/1927	F
14	ABAYUBA		14	2	205	Hilario Lopez	86	03/04/1920	M
15	ABAYUBA		15	2	206	Adela Jorge	81	08/10/1925	F
16	ABAYUBA		16	6	606	Angela Rodriguez	70	21/05/1996	F
17	ABAYUBA		17	7	704	Horacio Ipolito Sarista	79	1927	M
18	ABAYUBA		18	7	706	Erico Claudio Compallilla	80	20/03/1928	M

51	AGRACIADA	B	1	3	305	NELSA GONZALES	74	05/03/1932	F
52	AGRACIADA	B	2	6	604	LUIS MARMOL	63	01/11/1942	M
53	AGRACIADA	B	3	6	605	EVECILDA PERASA	82	03/05/1024	F
54	AGRACIADA	B	4	9	905	MAGELA HERNANDE	86	25/10/1020	F
55	AGRACIADA	B	5	7	705	FLORENCIO FRANCO	79	11/05/1027	M
56	AGRACIADA	B	6	10	1005	RUBEN FERRARI	82	06702/24	M
57	AGRACIADA	B	7	3	304	MIGUEL BONILLA	78	11/05/1028	M
58	AGRACIADA	B	8	8	804	LUIS REBOLLEDO	71	08/01/1935	M
59	AGRACIADA	B	9	10	1004	MOLLER CONRADO	84	23/06/1022	M
60	AGRACIADA	B	10	7	704	WILMANJORAJURIA	73	01/9/19033	F
61	AGRACIADA	A	11	7	701	ELSHITE CORRES	82	24/12/1924	F
62	AGRACIADA	A	12	10	1003	ENILDA SILVA	75	03/01/1931	F
63	AGRACIADA	A	13	10	1002	JUAN A CABALLERO	71	27/12/1934	M
64	AGRACIADA	A	14	6	602	ENRIQUE	77	28/01/2029	M
65	AGRACIADA	A	15	1	101	NUBIA MORENO	78	11/11/2027	F
66	AGRACIADA	A	16	3	303	IRMA	72	02/04/1933	F
67	AGRACIADA	A	17	2	203	MARIA TERESA	82	1924	F
68	AGRACIADA	A	18	9	902	BRENDA	74	31-mar	F
69	AGRACIADA	A	19	9	903	Mª ROSA CABRAL	67	20/09/1939	F
70	AGRACIADA	A	20	1	102	GLADIS SALA	81	07/09/1925	F
71	AGRACIADA	A	21	2	201	CESAR RODRIGUEZ	81	21/03/1925	M
72	AGRACIADA	A	22	3	301	SUSANA	78	1928	F
73	AGRACIADA	A	23	7	702	ANGELICA TECHER	73	01/02/1933	F

263	PROPIOS II		1	P.B	1	Nelida Coello	68	08/10/1938	F
264	PROPIOS II		2	1	101 A	H. Torres	70	30/08/1946	F
265	PROPIOS II		3	1	102 A	Irma Martinez	80	07/07/2026	F
266	PROPIOS II		4	2	201 A	Maria Rosa Angalo	73	30/08/1933	F
267	PROPIOS II		5	3	301	S/D	76	07/02/1930	M
268	PROPIOS II		6	4	401	MABEL SILVA	74	17/08/1930	F
269	PROPIOS II		7	5	502	ALICE TORRES	66	26/01/1940	F
270	PROPIOS II		8	4B	3	EVARISTO MELLO	65	21/03/1941	M
271	PROPIOS II		9	1	4	CLARA VITUREIRA	70	03/02/1936	F
272	PROPIOS II		10	3	303	AIDE PERIRA	75	18/05/1931	F
273	PROPIOS II		11	9	901	MIRTA GARRIDO	69	04/11/1937	F
274	PROPIOS II		12	10	1002	TELMO MART	85	20/08/2021	M
275	PROPIOS II		13	5	503	BLANCO SENARA	76	24/03/30	M
276	PROPIOS II		14	7	702	MARTA GONZALEZ	67	13/06/1939	F
277	PROPIOS II		15	8	802	OTILIA OLIVERA	81	03/01/1935	F
278	PROPIOS II		16	5	504	OSCAR SENA	65	07/06/1941	M
279	PROPIOS II		17	6	604	PEDRO MARTINEZ	74	16/09/1932	M
280	PROPIOS II		18	8	804	BEATRIZ CRUZ	71	06/11/1929	F

Estado civil	Lugar de nacimiento	Lugar de nacimiento	Barrio anterior	Vive solo?	Edad 1er.filar.	Sexo 1er.f.	Parent. 1er.f.
S	M	M	MS/E	S			
C	I	SO	IS/E	N	65	F	E
D	I	FL	MS/E	S			
D	I	TA	MS/E	S			
D	I	D	MS/E	S			
S	N/R	N/R	MS/E	S			
D	M	M	MS/E	S			
C	M	M	MS/E	S			
S	M	M	MS/E	S			
S	I	CO	MS/E	S			
D	I	C	MS/E	S			
V	M	M	MS/E	N		F	H
S	M	M	MS/E	N	60	M	N
C	I	R	MS/E	S	31		
S	I	D	MS/E	S			
D	I	FL	MS/E	S			
S	M	M	IS/E	N	45	M	H

D	I	R	BY	S				E
C	M	M	ARR	N	65	S/D		E
V	I	C	NO	S				
S	I	L	M	S				
C	I	F	AM	N	67	F		E
C	M	M	DC	S	62	F		E
C	I	RO	PE	N	75	F		E
C	M	M	PKS	N	65	F		E
C	M	M	GF	S				
V	I	CO	30	N	45	M		H
V	E	BR	RO	S				
V	I	TT	TT	S				
S	I	RO	COL	S				
C	M	M	L	N	70	F		E
V	I	MA	PR	N	18	F		N
S ₆	M	M	LE	S				
V	I	D	COL	S				
D	M	M	CM	S				
D	I	L	P	S				
V	M	M	R	S				
V	I	CL	M	N		F		H
V	E	AR	PR	S	54			
V	I	D	LT	S				

V	I	F	30	S			
V	I	TT	YSANDU CAL	S			
D	I	CL	EMBRINO PER	S			
D	I	TT	U	S			
V	M	M	PDA	N			
S	I	CL	PB	S	62	S/D	S/D
V	M	M	CL	N			
S	M	M	ED ACEVEDO	S	42	M	H
V	I	F	J. ISSA	S			
C	M	M	COROMBREY	N	63	F	E
C	M	M	PRO	N	74	F	E
V	M	M	PO	S			
S	M	M	S/D	N	27	S/D	S/D
D	I	FL	OTRO COM	N			
C	I	CL	CAMELONES	N	54	F	E
S	I	TT	30	S			
V	M	M	FRON QUINTA	S			
V	M	M	U	S			
D	I	TT	CT	S			
V	I	TT	U	S			
S	I	R	U	S			
C	M	M	ALFREDES	N	72	F	E
S	E	AR	S	S			
D	I	F	EN	S			
C	I	A	SA	N	60	F	E
D	M	M	GZ	S			
S	M	M	ASA DE SALU	N	62	M	So
V	E	CH	B	S			
C	M	M	STAN ,PROPI	N	76	F	E
V	I	FL	B	N	68	F	C
S	M	M	U	N	65	F	C
S	I	S	U	S			
V	I	D	MV	S			
V	M	M	N/R	S			
S	I	D	MG	N	22	M	H
S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D

C	I	A	S/D	N	69	M	E
Se	I	RN	S/D	N	60	M	A
V	I	L	S/D	S			
D	M	M	S/D	N	25	F	N
V	I	S	OBERTO BERTI	N	74	F	C
D	I	CO	CE	S			
D	I	S	PD	S			
D	I	R	PM	S			
D	M	M	MN	N	21	M	N
V	I	TT	BL	S			
V	M	M	COMI	S			
C	I	C	PRO	N	63	F	C
D	I	D	LT	S			
S	M	M	ASA	S			
V	I	FL	PD	S			
D	I	F	CV	S			
C	I	C	APU	N	67	S/D	
V	E	AR	FM	S			C

Instruc.tit.	Fecha.Ingreso	heladera	cocina a gas	cocina electrica	calefon	radio	TV	telefono	estufa gas
PC	2004	S	S	N	S	S	S	S	S
SC	2005	S	S	N	S	S	S	S	S
PI	2005	S	S	N	S	S	S	S	S
PC	2004	S	S	N	S	S	S	N	S
S/I	2003	S	S	N	S	N	S	S	S
S/I	2004	S	S	N	S	S	N	N	N
PC	2006	S	N	S	S	S	S	S	S
SI	2005	S	S	N	S	S	S	S	S
PI	2004	S	N	N	S	S	S	S	S
PC	2005	N	N	N	S	S	S	N	N
PI	2004	S	S	N	S	S	S	S	N
PC	2004	N	N	N	S	S	S	S	N
SI	2004	S	S	N	S	S	S	S	S
PI	2004	S	N	N	S	S	S	S	S
PC	2004	S	N	N	S	S	N	N	S
PI	2004	S	N	S	S	S	S	N	N
PC	2004	S	S	S	S	S	S	S	S
PC	2004	S	S	S	S	S	S	S	S
PI	2004	S	N	S	S	S	S	N	N
PC	2004	S	S	N	S	S	S	S	N

PI	2004	S	S/D	S	S	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
PI	2004	S	S/D	S	S	S/D	S	S/D	S	S/D
PI	2004	S	S	S/D	S	S	S	S	S	S
S/I	2004	S	N	N	S	S	S	N	S	S
TU	2004	S	S/D	S/D	S	S	S	S	S	S
PC	2004	S	N	S	S	S	S	S	S	S/D
PC	2004	S	S	S/D	S	S	S	S	S	N
SC	S/D	S	S	S/D	S	S	S	S	S	N
SC	2005	S	N	S	S	S	S	S	S	N
SC	2005	S	N	S	S	S	S	S	S	N
UT1	2004	S	N	S	S	S	S	S	S	N
PI	2004	S	S	N	S	S	S	S	S	S/D
S/I	2004	N	S	N	S	S	S	S	N	N
PC	S/D	S	S	N	S	S	S	S	S	S
PC	2005	S	S	N	S	S	S	S	S	S
PC	2005	S	S	N	S	S	S	S	S	N
PI	2005	S	S	S	S	S	S	S	S	S/D
PI	2005	S	S	S	S	S	S	S	S	N
S/I	2004	S	S	N	S	S	S	S	S	N
PI	2004	S	S	N	N	S	S	S	S	S
PI	2004	S	S	N	N	S	S	S	N	S
PI	2004	S	S	N	N	S	S	S	N	S
PC	2004	S	N	N	S	S	S	S	S	N
PI	2004	S	N	S	S	S	S	S	S	N
PC	S/D	N	S	N	S	S	S	S	S	N
SI	2005	S	S	N	S	S	S	S	S	S

PC	2004	S	S	N	S	S	S	S	N	N
PC	2005	S	S	N	S	S	S	S	S	N
S/D	S/D	S	S	N	S	S	S	S	S	N
PC	2004	S	N	S	S	S	S	S	S	N
PI	2005	S	S	N	S	S	S	S	S	N
SI	2006	S	S	N	S	S	S	S	S	N
PC	2005	S	N	N	S	S	S	S	S	N
PI	2005	S	S	N	S	S	S	S	S	N
PC	2004	S	S	N	S	S	S	S	S	N
PC	2004	S	S	N	S	S	S	S	S	N
PC	2004	S	S	S	S	S	S	S	S	N
PC	2006	S	S	N	S	S	S	S	S	N
PC	2006	S	S	N	S	S	S	S	S	N
PC	2004	S	S	S	S	S	S	S	S	N
PC	S/D	S	S	N	S	S	S	S	S	N
PC	2004	S	S	N	S	S	S	S	S	N
PC	2006	S	S	S	S	S	S	S	S	N
PI	2005	S	S	N	S	S	S	S	S	N
PI	S/D	S	S	S	S	S	S	S	S	N

S/D	S/D	S/D	S/D	S	S	S	S	C
S	S/D	MV	S	S	S	S	S	T
S/D	S/D	V	S	S	S	S	S	T'
S/D	S/D	S/D	S	S	S	S	S	T
S/D	S/D	BV	S	S	S	S	S	B
S	S/D	BL	S	S/D	S	S	S	S/D
S/D	S/D	BL	S	S/D	S	S	S	B
S	S/D	BL	S	S	S	S	S	B
N	N	S/D	S	S	S	S	S	T'
N	S/D	M	S	S	S	S	S	B
S/D	S	E	S	S	S	S	S	B
N	N	S/D	S	S	S	S	S	S/D
S	N	B	S	S	S	S	S	S/D
N	N	B	S	S	S	S	S	C
S	S	B	S	S	S	S	S	S/D
N	S	S/D	S	S	S	S	S	B
S/D	S/D	S/D	S	S	S	S	S	S/D
S	N	PL	S	S	S	S	S	BRV
N	N	L&L	S	S	S	S	S	S/D
S	N	E	S	S	S	S	S	S/D
S	N	M	S	S	S	S	S	B
N	N	VB	S	S	S	S	S	U
S	N	N	S	S	S	S	S	S/D
N	N	N	S	S	S	S	S	BRV
N	N	L	S	S	S	S	S	BRV

S	S/D	BL	S	S	S	S	Ag
S	S/D	M	S	S	S	S	T
N	S/D	N	N	S	S	S	T
N	S/D	S/D		S	S	I	T
N	S/D	Pr	S	S	S	I	B
N	S/D	N	N	S	S	S	T
N	S/D	La	S	S	S	S	T
N	S/D	La	S	S	S	S	B
N	S/D	Es	S	S	S	S	B
S	S/D	N	N	S	S	S	B
S	S/D	N	N	S	S	S	B
S	S/D	Va	S	S	S	S	B
N	S/D	N	N	S	S	S	B
N	S/D	N	N	S	S	S	B
N	S/D	M	S	S	S	S	B
N	S/D	N	N	S	S	S	B
S	S/D	N	N	S	S	S	B
N	S/D	N	N	S	S	S	B
S	S/D	N	N	S	S	S	B

Negativos	SatisfacNB	Compa Medic.	Cob.salud 1	Cob. Salud 2	C. de Salud	Aportes a Serv.	año vacunac.
S/D	N	S	M		MA	C	N/R
S/D	S	S	MU/E	S/D	P	C	2006
S/D	N	S	MU/E		ES	N/C	1999
S/D	S	N	MU		C	N/C	N/R
S/D	N	N	MU		CU	N/C	2005
S/D	N	N	MU		ES	C	N/R
S/D	S	S	MU/E		ES	N/C	N/R
S/D	N	N	M/E		MA	N/C	N/R
S/D	N	N	HMI		HMI	N/C	N/R
S/D	S	N	M/E		MA	C	2003
S/D	S	N	M/E		MA	C	2005
S/D	N	S	M/E	S/D	P	C	2005
S/D	S	S	M/E	S/D	P	C	2006
S/D	S	N	M/E		MA	C	N/R
S/D	S	N	MU		U	C	1976
S/D	N	S	MU		U	C	N/R
S/D	N	S	M/E	S/D	V	C	1996
S/D	N	N	MU/E		ES	C	N/R

N	N	N	S	M		M/PG	MA	3 AÑOS
N	S	N	M		F	MA	N/R	
V	N	S	M		PR	SM	N/R	
R	N	S	MU		CC	C	N/R	
REV	N	S	MU		C	C	A/D	
V	N	S/D	M		F/PG	C	A/D	
CC	N	N	M		HC	MCA	A/D	
CC	S	S	M		Pr	C	1980	
I	N	N	M		Pr	FM	S/D	
N	N	N	M		F	FM	S/D	
CC	S	S	M		Pr	FM	S/D	
CC	S/D	S	MU		C	C	7 AÑOS	
PLRE	N	N	M		F/PG	MM	2MESES	
CC	N	N	MU		S/D	CMA	1998	
CC	N	N	M		F/PG	MSF	2004	
V	N	N	M		F	MM	5AÑOS	
CC	N	N	MU		HP	RE	4 MESES	
S/D	N	S	M		S/D	C	7 AÑOS	
REV	N	S	M		F	C	5 AÑOS	
V	N	N	M		S/D	C	S/D	
V	S	S	MU		C	MA	N/R	
V	N	N	M		PG	C	1 MES	
V	S	N	M		PG	C	1 AÑO	
V	N	N	MU		C	CMA	S/D	
N	N	S	M		F	MCA	N/R	
REV	N	N	M		HC	S/D	3 MESES	
S/D	S	S	M		PSP	C	10 AÑOS	
N	S	N	M		PSP	S/D	20AÑOS	
N	N	N	MU		C	MA	2 AÑOS	
REV	N	N	MU		CG	S/D	4 AÑOS	
REV	N	S	MU		S/D	C	2 AÑOS	
N	S	S	MU		MY	C	N	
S/D	N	N	M		PG	S/D	N	
REV	N	S	M		PG	C	N	
S/D	N	N	M		S/D	C	N	
CC	S	N	M		PG	C	N	
REV	N	N	M		F/PG	S/D	N/R	
S/D	N	S/D	M		S/D	S/D	S/D	
S/D	S/D	S/D	S/D		S/D	S/D	S/D	
S/D	S/D	S/D	S/D		S/D	S/D	S/D	
S/D	S/D	S/D	S/D		S/D	S/D	S/D	
S/D	S/D	S/D	S/D		S/D	S/D	S/D	
S/D	S/D	S/D	S/D		S/D	S/D	S/D	
S/D	S/D	S/D	S/D		S/D	S/D	S/D	

N	N	N	N	MU	S/D	CG	MA	N/R
N	N	N	N	MU	S/D	C	MA	2002
N	N	N	S	M		F	C	1997
BR	N	N	N	MU	S/D	MY	MA	1999
S/D	BR	S	S	M	M	TR	C	3ANOS
REV	S/D	N	N	MU		C	C	1 AÑO
N	REV	N	N	MU		U	C	1997
N	N	N	N	MU		CC	C	1 AÑO
S/D	N	S	S	MU	M	C	C	S/D
H	S/D	N	N	M		PG	C	N/R
S/D	H	N	N	MU		CG	C	N/R
N	S/D	N	N	MU	MIU	ES	C	N/R
N	N	S	N	MU		C	C	N/R
N	N	N	N	MU		ES	C	N/R
N	N	S	N	M		MA	C	12 ANOS
P	N	S	N	M		F	C	1 AÑO
PLRE	P	N	S	M	M	PG	C	N/R
P	PLRE	N	S	MU		U	C	01/11/2006

año vacunac.	Vacuna	Odontólogo	Control médico	fecha P.A.	fecha P.A.	valor	Sistólica	Diastólica
N/R	VAT/AG	2006	2006	oct-06	oct-06	160/90	160	90
M	AG	1966	2003	n/c	n/c	120/80	120	80
7A	VAT	2005	2002	oct-06	oct-06	120/70	120	70
N/R	N/R	N/R	N/R	oct-06	oct-06	180/150	180	150
1A	AG	N	N	Jun-00	Jun-00	140/80	140	80
N/R	N/R	N	2006	oct-06	oct-06	no recuerda	N/R	N/R
N/R	VAT	N/R	2006	oct-06	oct-06	120/70	120	70
N/R	N/R	N/R	N/R	no recuerda	no recuerda	no recuerda	N/R	N/R
N/R	VAT	N/R	N/R	no recuerda	no recuerda	170/90	170	90
3A	VAT	2006	2006	oct-06	oct-06	140/70	140	70
1A	VAT	2006	2006	oct-06	oct-06	120/80	120	80
1A	VAT	1999	2006	oct-06	oct-06	140/90	140	90
M	AG	1996	2006	oct-06	oct-06	140/80	140	80
N/R	N/R	N/R	2006	Jun-06	Jun-06	no recuerda	N/R	N/R
30A	N/R	1976	2006	oct-06	oct-06	170/80	170	80
N/R	N/R	2001	2006	oct-06	oct-06	150/90	150	90
10A	N/R	2004	2006	n/c	n/c	n/c	N/R	N/R
N/R	N/R	N/R	2006	no recuerda	no recuerda	120/80	120	80

N/R	VAT	2 AÑOS	15DIAS	UNA SEMANA	UNA SEMANA	190/110	190	110
4A	N/R	5 AÑOS	7 DIAS	UNA SEMANA	UNA SEMANA	140/80	140	80
N	N/R	HM	7 DIAS	UNA SEMANA	UNA SEMANA	130/70	130	70
M	AG	HM	1 DIA	UN DIA	UN DIA	130/70	130	70
2A	AG	HM	7 DIAS	UNA SEMANA	UNA SEMANA	130/80	130	80
M	AG	4 AÑOS	1 MES	1 MES	1 MES	130/80	130	80
9A	VAT	5 MESES	3 MESES	1 MES	1 MES	130/70	130	70
2A	VAT	2 AÑOS	6 MESES	1 MES	1 MES	130/80	130	80
N/R	N/R	HM	15 DIAS	15 DIAS	15 DIAS	130/80	130	80
N	N	N	1 MES	1 MES	1 MES	S/D	S/D	S/D
N/R	VAT	4 AÑOS	1 SEMANA	1 SEMANA	1 SEMANA	NO SABE	N/R	N/R
N/R	N/R	N/R	2 MESES	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
2A	AG	N/R	1 MES	1 MES	1 MES	140/80	140	80
M	AG	5 MESES	1 AÑO	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
S/D	S/D	7 años	1 SEMANA	2 SEMANAS	2 SEMANAS	S/D	S/D	S/D
N/R	N/R	N/R	1 SEMANA	1 SEMANA	1 SEMANA	S/D	S/D	S/D
14A	VAT	N	1 AÑO	3 DIAS	3 DIAS	S/D	S/D	S/D
1A	S/D	S/D	1 AÑO	1 SEMANA	1 SEMANA	S/D	S/D	S/D
3A	AG	N	2 MESES	NO	NO	S/D	S/D	S/D
N/R	VAT	N	1 MES	1 MES	1 MES	150/110	150	110
N/R	N	N	15 DIAS	3DIAS	3DIAS	S/D	S/D	S/D
10A	S/D	N	N	N	N	S/D	S/D	S/D
9A	VAT	N	N	1 SEMANA	1 SEMANA	N	N	N

3A	VATI/AG	6 MESES	7 MESES	1 SEMANA	1 SEMANA	1 SEMANA	110/60	110	60
N/R	S/D	5 MESES	1 SEMANA	1 SEMANA	1 SEMANA	1 SEMANA	130/80	130	80
N/R	N/R	N/R	1 MES	1 MES	1 MES	1 MES	120/80	120	80
N/R	N/R	1995	06-ene	Jun-06	Jun-06	Jun-06	140/80	140	80
S/D	N/R	3 MESES	2005	1 MES	1 MES	1 MES	150/80	150	80
S/D	N/R	MAS DE 25 AÑOS	S3 AÑOS	10 MESES	10 MESES	10 MESES	140/80	140	80
S/D	N/R	2000	1 MES	12 /OCTUBRE	12 /OCTUBRE	12 /OCTUBRE	140/60	140	60
26A	VAT	2003	1 MES	1º MES	1º MES	1º MES	140/70	140	70
S/D	S/D	2 MESES	2 MESES	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
S/D	S/D	S/D	3 MESES	1 SEMANA	1 SEMANA	1 SEMANA	S/D	S/D	S/D
7A	AG	2 AÑOS	3 MESES	1 DIA	1 DIA	1 DIA	120/80	120	80
M	N/R	N/R	1 MES	1 MES	1 MES	1 MES	S/D	S/D	S/D
8A	VAT	10 AÑOS	1 AÑO	2 SEMANAS	2 SEMANAS	2 SEMANAS	150/100	150	100
2A	N/R	2005	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
5A	VAT	14 AÑOS	3 DIAS	1 MES	1 MES	1 MES	80/50	80	50
M	AG	2 AÑOS	1 SEMANA	2 MESES	2 MESES	2 MESES	120/60	120	60
7A	VAT	9 MESES	15 DIAS	1 SEMANA	1 SEMANA	1 SEMANA	S/D	S/D	S/D
5A	VAT	5 AÑOS	1 MES	1 MES	1 MES	1 MES	140/80	140	80
S/D	S/D	S/D	1 MES	1 MES	1 MES	1 MES	140/80	140	80
S/D	S/D	S/D	1 MES	1 MES	1 MES	1 MES	140/80	140	80
N/R	N/R	2 MESES	2 MESES	2 MESES	2 MESES	2 MESES	130....	130	S/D
M	AG	HM	HACE MUCHO	POCO	POCO	POCO	NORMAL	S/D	S/D
1A	VAT	N/R	1 MES	1 SEMANA	1 SEMANA	1 SEMANA	140/90	140	90
S/D	S/D	S/D	01/11/2006	1 SEMANA	1 SEMANA	1 SEMANA	S/D	S/D	S/D
N/R	VAT	HM	N	LUNES	LUNES	LUNES	S/D	S/D	S/D
M	VAT	MAS DE 10 AÑOS	DHACE POCO	2 MESES	2 MESES	2 MESES	140/70	140	70
10A	VAT	4 AÑOS	10 MESES	10 MESES	10 MESES	10 MESES	130/70	130	70
20A	VAT	S/D	1 MES	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
2A	VATI/AG	1 MES	1 AÑO	1 MES	1 MES	1 MES	80/50	80	50
4A	VAT	6 AÑOS	1 SEMANA	1 SEMANA	1 SEMANA	1 SEMANA	150/70	150	70
2A	VAT	S/D	1 MES	5 DIAS	5 DIAS	5 DIAS	180/90	180	90
N	N	N/R	N	N	N	N	S/D	S/D	S/D
N	N	N/R	N	1 MES	1 MES	1 MES	150/90	150	90
N	N	HM	2 MESES	2 MESES	2 MESES	2 MESES	130/90	130	90
N	N	N/R	N	2 AÑOS	2 AÑOS	2 AÑOS	NO SE	N/R	N/R
N/R	VATI/AG	4 MESES	3 MESES	N	N	N	130....	130	S/D
S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D

N/R	N/R	OCTUBRE	OCTUBRE	1 MES	1 MES	130/70	130	70
4A	VAT	2002	15 DIAS	SEGU7UIDO	SEGU7UIDO	130/70	130	70
9A	VAT	N/R	2 MESES	2 MESES	2 MESES	130/80	130	80
7A	VAT	1 MES	1 MES	1 MES	1 MES	160 /90	160	90
3A	AG	P	2MES	2 MESES	2 MESES	140/80	140	80
1A	N/R	P	2MESES	2MESES	2MESES	160/90	160	90
9A	VAT	1998	2000	1 MES	1 MES	140/80	140	80
1A	VAT	2 AÑOS	1 AÑO	1 AÑO	1 AÑO	110/80	110	80
S/D	VAT	P	1 MES	1 MES	1 MES	120/80	120	80
N/R	N/R	N/R	2 MESES	2 MESES	2 MESES	130780	130	80
N/R	N/R	2AÑOS	2 AÑOS	1 MES	1 MES	130/70	130	70
N/R	AG	1 AÑO	1 MES	1 MES	1 MES	180/90	180	90
N/R	N	N/R	P	1 AÑO	1 AÑO	140/80	140	80
N/R	AG	N/R	1MES	1MES	1MES	140/70	140	70
12A	VAT	P	1 AÑO	1 AÑO	1 AÑO	S/D	S/D	S/D
1A	VAT	N/R	1 AÑO	1 AÑO	1 AÑO	120/80	120	80
N/R	N	N/R	3MESES	1 SEMANA	1 SEMANA	160/80	160	80
M	VAT	11/01/2007	011/01/2007	2 SEMANAS	2 SEMANAS	130/90	130	90

N	N	N	N														N	N
N	N	N	N														2004	2A
N	N	N	N														8 AÑOS	8A
N	N	N	N														2 AÑOS	2A
N	N	N	N				6 MESES										N	N
10 AÑOS	N	N	N						6M								N	N
N	N	10 AÑOS	N														5 AÑOS	5A
N	N	10A	10A														5 AÑOS	5A
N	N	N	N														4 AÑOS	4A
NUNCA	N	N	N														N	N
1 AÑO	N	NUNCA	NUNCA														5 AÑOS	5A
		1A	1A														1 AÑO	1A
																	N	N
AÑOS	A	AÑOS	AÑOS														N	N
AÑOS	A	AÑOS	A														12 AÑOS	12A
																	4 MESES	4M
																	N	N
																	N	N

N	S	S	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
N	S	S	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
N	S	N	N	N	S	N	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	N
N	N	N	S	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	N	N
N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	N
N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
N	S	S	S	N	S	S	S	N	N	N	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N
N	N	N	S	N	N	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
N	N	N	N	N	N	S	S	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S
N	N	N	S	S	N	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S
N	N	N	S	N	N	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N

		Limitación	límit. activ.		Percepción	actividades en el hogar	
		activ.física	Intelectual	otros	de Salud	Que haceres cotidianos	ver TV
BRONCOESP	REUMA						
N	N	N	N		M	S	S
S	N	N	N		B	S	S
N	S	N	N		n/c	S	S
N	S	S	N		MB	S	S
N	N	N	N		B	S	S
N	S	S	N		B	S	N
S	S	N	N		B	S	S
S	N	N	N		B	S	S
N	S	S	N		R	S	N
N	S	N	N		R	S	S
N	N	S	N		B	S	S
N	N	S	N		B	S	S
N	N	N	N		B	S	S
S	S	S	N		R	S	S
N	N	S	N		B	S	S
N	S	N	N		B	S	N
N	N	N	N		R	N	S
N	N	N	N		B	S	S
N	N	N	N		B	S	S
N	N	S	N		B	S	S

N	S	N	S	SR	AB	S	S
S	N	N	N	N	B	S	S
S	N	N	N	N	R	S	S
N	N	N	N	O	R	S	S
N	N	N	N	N	B	S	S
N	N	N	N	N	B	S	S
N	N	N	N	N	B	S	S
N	N	N	N	V	B	S	S
N	S	S	N	HE	B	S	S
N	S	S	N	PC	B	S	S
N	N	N	N	N	S/D	S	S
S	S	S	S	N	B	S	S
S	S	S	S	PVA	M	N	S
S	S	N	N	N	B	S	S
N	N	N	N	G	B	S	S
N	N	S	N	N	B	S	S
N	N	N	N	AS	B	S	N
N	N	N	N	PT	B	S	S
N	N	N	N	N	B	S	S

S	S	N	S	S	N	N	N	S	S	N	N	S	N	S	S	S	S	S	S	N	N	
S	S	N	N	S	S	N	S	S	S	N	N	N	S	N	N	S	N	N	S	S	N	N
S	S	S	N	S	N	S	S	S	S	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	N	N
S	N	N	S	S	N	N	S	S	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	S	N	N
S	S	S	S	N	N	S	S	S	S	N	S	S	S	N	S	S	S	N	S	S	N	N
S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	S	S	S	S	S	
S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	N	S	N	S	N	N	N	
N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	N	
N	S	S	N	N	S	S	S	S	N	N	N	S	S	S	S	N	S	S	S	S	N	

S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	N
S	S	N	S	N		S	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	N	S
S	N	S	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	N	N	N	S	S	S	S
S	S	N	S	N		S	S	S	N	S	S	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	N
S	N	S	S	N		S	N	S	S	N	S	S	N	S	S	S	N	S	N	N	N	S
S	S	S	S	S		S	N	N	S	S	S	S	S	N	S		S	N	S	S	S	S
S	S	S	N	S		S	N	N	S	S	S	S	N	N	S	N	S	S	N	N	S	S
N	S	S	N	S		S	N	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
N	N	N	N	N	S	S	N	N	N	N	N	S	S	S	S	N	S	N	S	S	N	N
S	S	S	S	S	N	N	S	N		P/S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
S	N	S	N	S	N	N	N			D/S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S

Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	S	Z		
Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	S	Z	Z	Z	Z	Z	S	Z	Z
S	Z	Z	S	Z	S	S	Z	S	Z	Z	S	S	Z	Z	Z	Z	Z	S	Z	S	Z	Z	
Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	
Z	Z	Z	Z	Z	S	S	Z	Z	Z	S	S	S	S	S	Z	S	S	S	S	S	Z	Z	
Z	Z	S	Z	Z	Z	Z	S	Z	Z	Z	S	S	S	S	Z	Z	Z	Z	S	Z	Z		
Z	Z	Z	Z	Z	Z	S	Z	Z	Z	S	S	Z	S	S	Z	Z	Z	Z	S	Z	Z		
Z	Z	Z		Z	Z	S	S	Z	Z	Z	S	S	Z	S	S	Z	S	S	S	S	S		
Z	Z	Z		Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z		Z	Z	Z	Z		Z		
Z	Z	Z		Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z		Z	Z	Z	Z		Z		
Z	Z	Z		Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z		Z	Z	Z	Z		Z		

S	P	S	S	S	S	N	S	S	N	S	1750	S
S	S	S	S	S	S	P	S	S	S	S	2,250	S
S	S	S	S	S	S	P	S	S	S	S	2000	S
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	4,200	S
S	S	S	S	S	S	P	S	S	S	S	2000	S
S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	3000	S
S	S	P	S	S	S	P	S	S	S	S	2,500	N
S	S	S	S	S	S	P	S	S	S	S	1,500	S
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	3000	S
S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	1000	S
S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	1,500	S
S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S/D	S
S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	2025	S
S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	N	S	S	S	S	1250	S
S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	1500	N
N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	2000	S
N	S	S	S	S	S	S	S/D	S	S/D	S	1000	S
N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S/D	S
N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	1750	S
N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	2250	S
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S/D	S
S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S/D	S

S	S	N	N	S	S	S	S	N	N	2750	N
S	S	N	S	S	N	S	S	N	S	2000	S
S	S	S	S	N	N	S	S	S	N	1500	S
S	S	S	S	S	N	S	S	N	S	2250	S
S	S	S	S	S	S	N	S	N	S	2000	S
S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	1950	S
S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	4500	S
S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	2000	S
S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	2000	N
S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	1000	S
S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	3000	S
S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	1000	S
S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	2750	S
S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	2000	S
S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	2000	S
S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	3000	S
S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	3000	S
S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	1000	S

N	N	N	SILLA RUEDAS						
S	N	N	BANCOS EN PLAZA						
POCO	N	N	PORTERO						
S	N	N	N						
N	N	N	COMEDOR EN EL BARRIO						
N	N	N	N						
N	N	N	VIDADES DE RECREACION						
N	N	N	N						
N	N	TAXI	N						
S	N	N	N						
N	N	N	LEER						
N	N	N	GIMNASIA						
S	N	N	N						
N	N	N	N						
N	N	N	N						
S	N	N	N						
S	N	N	N						
N	N	N	N						
N	N	N	N						

ANEXO N° 3

Encuesta realizada por estudiantes de Dx. de S. I. y C.

Universidad de la República - Facultad de Enfermería - Departamento de Enfermería Comunitaria

Formulario de recolección de datos
Complejos Habitacionales del Banco de Previsión Social
Montevideo, Octubre - noviembre 2006.

Fecha: _____ Complejo Hab: _____ Piso: _____ Apto: _____

Nombre del entrevistado _____

1. Edad: _____ años 2. Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ 3. Sexo: F M

4. Estado civil: _____

5. Lugar de nacimiento: _____

6. Dirección anterior: _____

7. ¿Vive solo? Si No

8. Grupo familiar

8.1 Edad y parentesco de las personas con quienes vive

	Edad	Sexo	Parentesco con el titular de la vivienda
1			TITULAR
2			
3			
4			

8.2. Nivel de instrucción

Integr.	Sin Instrucc	Prim. Incompl	Prim. Compl	Secund. incompl	Secund compl.	Terciari a /Univ.		
1.								
2.								
3.								
4.								

9. Vivienda.

9.1. Fecha de ingreso _____

9.2. Posee: heladera cocina a gas cocina eléctrica calefón radio TV
teléfono estufa a gas estufa eléctrica estufa a queroseno
otros electrodomésticos, cual? _____

9.3 ¿Cómo valora la seguridad en el edificio? Seguro Inseguro

9.4 ¿Y la seguridad en el barrio? Seguro Inseguro

9.5 ¿Qué aspectos positivos o negativos ve del Complejo Hab.?

Positivo _____

Negativo _____

9.6 Qué es lo que le parece más urgente solucionar? _____

10. Ingresos

10.1. Sus ingresos le permiten satisfacer sus necesidades básicas? Si No
 10.2. Le alcanza para comprar los medicamentos? Si No

11. Cobertura de Salud (marque la opción con una X según corresponda)

Integrante	M.S.P.	Mutualista	Emerg. Móvil	Otro (especificar)
1.				
2.				
3.				
4.				

Cuál es el Centro de Salud o Policlínica dónde se asiste? _____
 Qué sugerencias o aportes le realizaría a ese servicio de Salud? _____

12. Control de salud

- 12.0. Fecha de última vacunación _____ Qué vacuna?
 12.1. Fecha de última visita al odontólogo _____
 12.2. Fecha de último control médico _____
 12.3. Fecha de último control de presión arterial _____ Qué valor tenía? _____ mmHg
 12.4. Si es mujer, Fecha de último PAP (papanicolaou) _____
 12.5. Si es mujer, Fecha de última mamografía _____
 12.6. Si es varón, fecha de antígeno prostático específico (PSA) _____
 12.7. Si es varón, se ha realizado alguna vez estudio de próstata Si No
 12.8. Ha consultado con Oftalmólogo? Si No Cuándo? _____
 Usa lentes? Si No para cerca para lejos
 12.9. Tiene problemas para escuchar? Si No Usa audífonos? Si No

13. Problemas de Salud de los integrantes de la vivienda (marcar con una X lo que corresponda)

Algún integrante de la casa tiene:
 hipertensión arterial _____ infarto de corazón _____ infarto o derrame cerebral _____
 diabetes _____ asma _____ broncoespasmo _____ reuma _____
 limitación de la actividad física _____ limitación de la actividad intelectual _____
 otros, cuál? _____

14. Percepción de Salud. Como se siente respecto a su Salud? _____

15. Actividades desarrolladas en el hogar (marcar con una cruz)
 quehaceres cotidianos (cocinar, limpiar, etc.) _____ ver TV _____ leer
 periódico/revistas/libros _____ tejer, coser, pintar, etc. _____ escuchar radio _____
 trabajar en el jardín _____ dormir la siesta _____
 hacer las compras diarias solo/a _____ acompañada/o _____

16. Actividades de participación social

Actividades: ¿Concurre a?	Si				No
		Semanal	Mensual	Anual	
Club social o Adultos mayores					
Espectáculos deportivos					
Visitas a familiares o amigos					
Cine o teatro					
Bailes					
Eventos religiosos					
Cursos					
Parque o plaza					
Comisión del Complejo Hab.					
Actividades realizada por esta comisión					

17. Realiza alguna actividad física? Caminar gimnasia yoga bicicleta otra _____

18. Alimentación. (marcar con una X si corresponde)

18.1 En la última semana ¿en el desayuno tomó leche o derivado? Pan? Mate o té?

18.2. Y las meriendas, tomó leche o derivado? Pan? Mate o té?

18.3. En los almuerzos de la última semana, comió carne roja? blanca(pescado/pollo)

polenta verduras verdes legumbres (arvejas, porotos)

tubérculos(papas, boniatos) arroz lácteos huevos frutas

18.4 Le agrega sal a las comidas? Si No

18.5 Casi siempre prepara el alimento en forma hervida ___ saltado en el sartén ___ al
horno ___?

18.6. Cantidad de vasos (200 cc) de agua o jugo o líquido por día _____

+ termos de mate por día (750 cc c/u) _____

+ tazas de té o café (250 cc grande, 150 cc pequeña) _____

+ tazas de leche y/o caldo _____

(cantidad de líquido estimado por día) _____

19. Transporte

¿Qué utiliza más frecuentemente? Omnibus caminar bicicleta auto/moto

20. Algo que quisiera agregar? _____

Muchas gracias!!

ANEXO Nº 4

Cronograma de Gantt

AÑO 2007-08

	ene	febr	mar	abr	may	jun	jul	agos	set	oct	nov.	dic.	ene.	feb.	mar	Abril
Elaboración del protocolo																
Presentación Del protocolo																
Base de datos																
Tabulacion de los datos																
Análisis																
Informe final																
Defensa																

ANEXO N° 5

TABLAS CON CRUZAMIENTO DE VARIABLES

De nuestra población total que son 69, decimos que:

1 - Frecuencia según Complejo Habitacional

Complejo Habitacional	F. A.	F. R. %
Agraciada	20	29 %
Propios I	32	46 %
Propios II	17	25 %
total	69	100 %

2 - Frecuencia según Edad

Edad	F. A.	F. R. %
65 a 74 años	24	35 %
75 a 84 años	32	46 %
85 años y mas	13	19 %
total	69	100 %

2 a Edad / Complejo Habitacional

Edad / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
65 a 74 años	7 (10 %)	6 (7 %)	11 (16 %)	24 (35 %)
75 a 84 años	12 (17 %)	15 (22 %)	5 (7 %)	32 (46 %)
85 años y mas	1 (2 %)	11 (16 %)	1 (2 %)	13 (19 %)
total	20 (29 %)	32 (46 %)	17 (25 %)	69 (100 %)

3 - Frecuencia según Sexo

Sexo	F. A.	F. R. %
Femenino	46	67 %
Masculino	23	33 %
total	69	100 %

3 a - Sexo / Complejo Habitacional

Sexo / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Femenino	12 (17 %)	22 (32 %)	12 (17 %)	46 (67 %)
Masculino	8 (12 %)	10 (15 %)	5 (7 %)	23 (33 %)
total	20 (29 %)	32 (47 %)	17 (25 %)	69 (100 %)

4 – Frecuencia según Núcleo Familiar

Núcleo Familiar	F. A.	F. R. %
Sola	46	67 %
Acompañada	23	33 %
total	69	100 %

4 a – Núcleo Familiar / Complejo Habitacional

Sexo / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Sola	13 (19 %)	22 (32 %)	11 (16 %)	46 (67 %)
Acompañada	7 (10 %)	10 (15 %)	6 (9 %)	23 (33 %)
total	20 (29 %)	32 (47 %)	17 (25 %)	69 (100 %)

5 Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	38	55 %
Inadecuada	31	45 %
total	69	100 %

5 a – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	9 (13 %)	17 (25 %)	12 (17 %)	38 (55 %)
Inadecuada	11 (16 %)	15 (22 %)	5 (7 %)	31 (45 %)
total	20 (29 %)	32 (47 %)	17 (25 %)	69 (100 %)

6 - Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	46	67 %
No realiza	23	33 %
total	69	100 %

6 a – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	10 (15 %)	22 (32 %)	14 (20 %)	46 (67 %)
No realiza	10 (15 %)	10 (15 %)	3 (4 %)	23 (33 %)
total	20 (30 %)	32 (47 %)	17 (25 %)	69 (100 %)

De nuestra población femenina que son 46, decimos que:

7 – Frecuencia según Edad

Edad	F. A.	F. R. %
65 a 74 años	19	41 %
75 a 84 años	20	44 %
85 años y mas	7	15 %
total	69	100 %

7 a – Edad / Complejo Habitacional

Edad / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
65 a 74 años	5 (11 %)	5 (11 %)	9 (20 %)	19 (41 %)
75 a 84 años	6 (13 %)	11 (24 %)	3 (7 %)	20 (44 %)
85 años y mas	1 (2 %)	6 (13 %)	0 (0 %)	7 (15 %)
total	12 (26 %)	22 (48 %)	12 (27 %)	46 (100 %)

8 – Frecuencia según Núcleo Familiar

Núcleo Familiar	F. A.	F. R. %
Sola	37	80 %
Acompañada	9	20 %
total	46	100 %

8 a – Núcleo Familiar / Complejo Habitacional

Sexo / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Sola	10 (22 %)	19 (41 %)	8 (17 %)	37 (80 %)
Acompañada	2 (4 %)	3 (7 %)	4 (9 %)	9 (20 %)
total	12 (26 %)	22 (48 %)	12 (26 %)	46 (100 %)

9 – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	24	52 %
Inadecuada	22	48 %
total	46	100 %

9 a – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	6 (13 %)	11 (24 %)	7 (15 %)	24 (52 %)
Inadecuada	6 (13 %)	11 (24 %)	5 (11 %)	22 (48 %)
total	12 (26 %)	22 (48 %)	12 (26 %)	46 (100 %)

10 – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	30	65 %
No realiza	16	35 %
total	46	100 %

10 a – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	7 (15 %)	14 (30 %)	9 (20 %)	30 (65 %)
No realiza	5 (11 %)	8 (17 %)	3 (7 %)	16 (35 %)
total	12 (26 %)	22 (47 %)	12 (27 %)	46 (100 %)

De nuestra población femenina que vive sola, que son 37, decimos que:

11 – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	21	57 %
Inadecuada	16	43 %
total	37	100 %

11 a – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	6 (16 %)	11 (30 %)	4 (11 %)	21 (57 %)
Inadecuada	4 (11 %)	8 (22 %)	4 (11 %)	16 (43 %)
total	10 (27 %)	19 (52 %)	8 (22 %)	37 (100 %)

12 – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	27	73 %
No realiza	10	27 %
total	37	100 %

12 a – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	6 (16 %)	14 (38 %)	7 (19 %)	27 (73 %)
No realiza	4 (11 %)	5 (14 %)	1 (3 %)	10 (27 %)
total	10 (27 %)	19 (52 %)	8 (22 %)	37 (100 %)

De nuestra población femenina que vive acompañada, que son 9, decimos que:

13 – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	3	33 %
Inadecuada	6	67 %
total	9	100 %

13 a – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (33 %)	3 (33 %)
Inadecuada	2 (22 %)	3 (33 %)	1 (11 %)	6 (67 %)
total	2 (22 %)	3 (33 %)	4 (44 %)	9 (100 %)

14 – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	3	33 %
No realiza	6	67 %
total	9	100 %

14 a – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	1 (11 %)	0 (0 %)	2 (22 %)	3 (33 %)
No realiza	1 (11 %)	3 (33 %)	2 (22 %)	6 (67 %)
total	2 (22 %)	3 (33 %)	4 (44 %)	9 (100 %)

De nuestra población femenina que se alimenta adecuadamente, que son 24, decimos que:

15 – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	19	79 %
No realiza	5	21 %
total	24	100 %

15 a – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	5 (21 %)	8 (33%)	6 (25 %)	19 (79 %)
No realiza	1 (4 %)	3 (13 %)	1 (4 %)	5 (21 %)
total	6 (25 %)	11 (46 %)	7 (29 %)	24 (100 %)

De nuestra población femenina que se alimenta inadecuadamente, que son 22, decimos que:

16 – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	11	50 %
No realiza	11	50 %
total	22	100 %

16 a – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	2 (9 %)	6 (27%)	3 (14 %)	11 (50 %)
No realiza	4 (18 %)	5 (23 %)	2 (9 %)	11 (50 %)
total	6 (27 %)	11 (50 %)	5 (23 %)	22 (100 %)

De nuestra población masculina que son 23, decimos que:

17 – Frecuencia según Edad

Edad	F. A.	F. R. %
65 a 74 años	5	22 %
75 a 84 años	12	52 %
85 años y mas	6	26 %
total	23	100 %

17 a – Edad / Complejo Habitacional

Edad / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
65 a 74 años	2 (9 %)	1 (4 %)	2 (9 %)	5 (22 %)
75 a 84 años	6 (26 %)	4 (17 %)	2 (9 %)	12 (52 %)
85 años y mas	0 (0 %)	5 (22 %)	1 (4 %)	6 (26 %)
total	8 (35 %)	10 (43 %)	5 (22 %)	23 (100 %)

18 – Frecuencia según Núcleo Familiar

Núcleo Familiar	F. A.	F. R. %
Sola	9	39 %
Acompañada	14	61 %
total	23	100 %

18 a – Núcleo Familiar / Complejo Habitacional

Sexo / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Sola	3 (13 %)	3 (13 %)	3 (13 %)	9 (39 %)
Acompañada	5 (22 %)	7 (30 %)	2 (9 %)	14 (61 %)
total	8 (35 %)	10 (43 %)	5 (22 %)	23 (100 %)

19 – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	14	61 %
Inadecuada	9	39 %
total	23	100 %

19 a – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	3 (13 %)	6 (24 %)	5 (22 %)	14 (61 %)
Inadecuada	5 (22 %)	4 (17 %)	0 (0 %)	9 (39 %)
total	8 (35 %)	10 (41 %)	5 (22 %)	23 (100 %)

20 – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	16	70 %
No realiza	7	30 %
total	23	100 %

20 a – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	3 (13 %)	8 (35 %)	5 (22 %)	16 (70 %)
No realiza	5 (22 %)	2 (9 %)	0 (0 %)	7 (30 %)
total	8 (35 %)	10 (44 %)	5 (22 %)	23 (100 %)

De nuestra población masculina que vive sola, que son, 9, decimos que:

21 – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	5	56 %
Inadecuada	4	44 %
total	9	100 %

21 a – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	1 (11 %)	1 (11 %)	3 (34 %)	5 (56 %)
Inadecuada	2 (22 %)	2 (22 %)	0 (0 %)	4 (44 %)
total	3 (33 %)	3 (33 %)	3 (34 %)	9 (100 %)

22 – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	6	67 %
No realiza	3	33 %
total	9	100 %

22 a – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	0 (0 %)	3 (33 %)	3 (34 %)	6 (67 %)
No realiza	3 (33 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (33 %)
total	3 (33 %)	3 (33 %)	3 (34 %)	9 (100 %)

De nuestra población masculina que vive acompañada, que son 14, decimos que:

23 – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	9	64 %
Inadecuada	5	36 %
total	14	100 %

23 a – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	2 (14 %)	5 (36 %)	2 (14 %)	9 (64 %)
Inadecuada	3 (21 %)	2 (14 %)	0 (0 %)	5 (36 %)
total	5 (36 %)	7 (50 %)	2 (14 %)	14 (100 %)

24 – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	10	71 %
No realiza	4	29 %
total	14	100 %

24 a – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	3 (21 %)	5 (36 %)	2 (14 %)	10 (71 %)
No realiza	2 (14 %)	2 (14 %)	0 (0 %)	4 (29 %)
total	5 (36 %)	7 (50 %)	2 (14 %)	14 (100 %)

De nuestra población masculina, que se alimenta adecuadamente, que son 14, decimos que:

25 – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	11	79 %
No realiza	3	21 %
total	14	100 %

25 a – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	2 (14 %)	4 (29 %)	5 (36 %)	11 (79 %)
No realiza	1 (7 %)	2 (14 %)	0 (0 %)	3 (21 %)
total	3 (21 %)	6 (43 %)	5 (36 %)	14 (100 %)

De nuestra población masculina, que se alimenta inadecuadamente, que son 9, decimos que:

26 – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	5	56 %
No realiza	4	44 %
total	9	100 %

26 a – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	1 (11 %)	4 (44 %)	0 (0 %)	5 (56 %)
No realiza	4 (44 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (44 %)
total	5 (56 %)	4 (44 %)	0 (0 %)	9 (100 %)

De nuestra población que vive sola, que son 46, decimos que:

27 – Frecuencia según Edad

Edad	F. A.	F. R. %
65 a 74 años	16	35 %
75 a 84 años	22	48 %
85 años y mas	8	17 %
total	46	100 %

27 a – Edad / Complejo Habitacional

Edad / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
65 a 74 años	5 (11 %)	4 (9 %)	7 (15 %)	16 (35 %)
75 a 84 años	7 (15 %)	11 (24 %)	4 (9 %)	22 (48 %)
85 años y mas	1 (2 %)	7 (15 %)	0 (0 %)	8 (17 %)
total	13 (28 %)	22 (43 %)	11 (19 %)	46 (100 %)

28 – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	26	56 %
Inadecuada	20	44 %
total	46	100 %

28 a – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	7 (15 %)	12 (26 %)	7 (15 %)	26 (56 %)
Inadecuada	6 (13 %)	10 (22 %)	4 (9 %)	20 (44 %)
total	13 (28 %)	22 (48 %)	11 (24 %)	46 (100 %)

29 -- Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	33	72 %
No realiza	13	28 %
total	46	100 %

29 a – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	6 (13 %)	17 (37 %)	10 (22 %)	33 (72 %)
No realiza	7 (15 %)	5 (11 %)	1 (2 %)	13 (28 %)
total	13 (28 %)	22 (48 %)	11 (24 %)	46 (100 %)

De nuestra población que vive sola y se alimenta adecuadamente, que son 26, decimos que:

30 – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	21	81 %
No realiza	5	19 %
total	26	100 %

30 a – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	5 (19 %)	9 (35 %)	7 (27 %)	21 (81 %)
No realiza	2 (7 %)	3 (12 %)	0 (0 %)	5 (19 %)
total	7 (26 %)	12 (47 %)	7 (27 %)	26 (100 %)

De nuestra población que vive sola y se alimenta inadecuadamente, que son 20, decimos que:

31 – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	12	60 %
No realiza	8	40 %
total	20	100 %

31 a – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	1 (5 %)	8 (40 %)	3 (15 %)	12 (60 %)
No realiza	5 (25 %)	2 (10 %)	1 (5 %)	8 (40 %)
total	6 (30 %)	10 (50 %)	4 (20 %)	20 (100 %)

De nuestra población que vive acompañada, que son 23, decimos que:

32 – Frecuencia según Edad

Edad	F. A.	F. R. %
65 a 74 años	8	35 %
75 a 84 años	10	43 %
85 años y mas	5	22 %
total	23	100 %

32 a – Edad / Complejo Habitacional

Edad / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	Total
65 a 74 años	2 (9 %)	2 (9 %)	4 (17 %)	8 (35 %)
75 a 84 años	5 (22 %)	4 (17 %)	1 (4 %)	10 (43 %)
85 años y mas	0 (0 %)	4 (17 %)	1 (4 %)	5 (22 %)
total	7 (31 %)	10 (43 %)	6 (25 %)	23 (100 %)

33 – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	12	52 %
Inadecuada	11	48 %
total	23	100 %

33 a – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	2 (9 %)	5 (22 %)	5 (22 %)	12 (52 %)
Inadecuada	5 (22 %)	5 (22 %)	1 (4 %)	11 (48 %)
total	7 (31 %)	10 (44 %)	6 (26 %)	23 (100 %)

34 – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	13	57 %
No realiza	10	43 %
total	23	100 %

34 a – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	4 (17 %)	5 (22 %)	4 (17 %)	13 (57 %)
No realiza	3 (13 %)	5 (22 %)	2 (9 %)	10 (43 %)
total	7 (30 %)	10 (44 %)	6 (26 %)	23 (100 %)

De nuestra población que vive acompañada y se alimenta adecuadamente, que son 12, decimos que:

35 – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	9	75 %
No realiza	3	25 %
total	12	100 %

35 a – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	2 (17 %)	3 (25 %)	4 (33 %)	9 (75 %)
No realiza	0 (0 %)	2 (17 %)	1 (8 %)	3 (25 %)
total	2 (17 %)	5 (42 %)	5 (41 %)	12 (100 %)

De nuestra población que vive acompañada y se alimenta inadecuadamente, que son 11, decimos que:

36 – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	4	36 %
No realiza	7	64 %
total	11	100 %

36 a – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	2 (18 %)	2 (18 %)	0 (0 %)	4 (36 %)
No realiza	3 (27 %)	3 (27 %)	1 (10 %)	7 (64 %)
total	5 (45 %)	5 (45 %)	1 (10 %)	11 (100 %)

De nuestra población que se alimenta adecuadamente, que son 38, decimos que:

37 – Frecuencia según Edad

Edad	F. A.	F. R. %
65 a 74 años	15	40 %
75 a 84 años	16	42 %
85 años y mas	7	18 %
total	38	100 %

37 a – Edad / Complejo Habitacional

Edad / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	Total
65 a 74 años	3 (8 %)	4 (11 %)	8 (21 %)	15 (40 %)
75 a 84 años	5 (13 %)	8 (21 %)	3 (8 %)	16 (42 %)
85 años y mas	1 (3 %)	5 (13 %)	1 (2 %)	7 (18 %)
Total	9 (24 %)	17 (45 %)	12 (31 %)	38 (100 %)

38 – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	30	79 %
No realiza	8	21 %
total	38	100 %

38 a – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	7 (18 %)	12 (32 %)	11 (29 %)	30 (79 %)
No realiza	2 (5 %)	5 (13 %)	1 (3 %)	8 (21 %)
total	9 (24 %)	17 (45 %)	12 (31 %)	38 (100 %)

De nuestra población que se alimenta inadecuadamente, que son 31, decimos que:

39 – Frecuencia según Edad

Edad	F. A.	F. R. %
65 a 74 años	9	29 %
75 a 84 años	16	52 %
85 años y mas	6	19 %
total	31	100 %

39 a – Edad / Complejo Habitacional

Edad / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	Total
65 a 74 años	4 (13 %)	2 (7 %)	3 (10 %)	9 (29 %)
75 a 84 años	7 (23 %)	7 (23 %)	2 (7 %)	16 (52 %)
85 años y mas	0 (0 %)	6 (19 %)	0 (0 %)	6 (19 %)
Total	11 (36 %)	15 (48 %)	5 (17 %)	31 (100 %)

40 – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	16	52 %
No realiza	15	48 %
total	31	100 %

40 a – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	3 (10 %)	10 (32 %)	3 (10 %)	16 (52 %)
No realiza	8 (26%)	5 (16 %)	2 (7 %)	15 (48 %)
total	11 (36 %)	15 (48 %)	5 (17 %)	31 (100 %)

De nuestra población de 65 a 74 años, que son 24, decimos que:

a) -- Frecuencia según Complejo Habitacional

Complejo Habitacional	F. A.	F. R. %
Agraciada	7	29 %
Propios I	6	25 %
Propios II	11	46 %
total	24	100 %

b) -- Frecuencia según Sexo

Sexo	F. A.	F. R. %
Femenino	19	79 %
Masculino	5	21 %
total	24	100 %

b - 1) -- Sexo / Complejo Habitacional

Sexo / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Femenino	5 (21 %)	5 (21 %)	9 (38 %)	19 (79 %)
Masculino	2 (8 %)	1 (4 %)	2 (8 %)	5 (21 %)
total	7 (29 %)	6 (25 %)	11 (46 %)	24 (100 %)

c) -- Frecuencia según Núcleo Familiar

Núcleo Familiar	F. A.	F. R. %
Sola	16	67 %
Acompañada	8	33 %
total	24	100 %

c - 1) -- Núcleo Familiar / Complejo Habitacional

Sexo / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Sola	5 (21 %)	4 (17 %)	7 (29 %)	16 (67 %)
Acompañada	2 (8 %)	2 (8 %)	4 (17 %)	8 (33 %)
total	7 (29 %)	6 (25 %)	11 (46 %)	24 (100 %)

d) -- Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	15	63 %
Inadecuada	9	37 %
total	24	100 %

d - 1) -- Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	3 (13 %)	4 (17 %)	8 (33 %)	15 (63 %)
Inadecuada	4 (17 %)	2 (8 %)	3 (13 %)	9 (37 %)
total	7 (29 %)	6 (25 %)	11 (46 %)	24 (100 %)

e – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	16	67 %
No realiza	8	33 %
total	24	100 %

e – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	4 (17 %)	4 (17 %)	8 (33 %)	16 (67 %)
No realiza	3 (13 %)	2 (8 %)	3 (13 %)	8 (33 %)
total	7 (29 %)	6 (25 %)	11 (46 %)	24 (100 %)

De nuestra población de 65 a 74 años del sexo femenino, que son 19, decimos que:

f – Frecuencia según Núcleo Familiar

Núcleo Familiar	F. A.	F. R. %
Sola	12	63 %
Acompañada	7	37 %
total	19	100 %

f – 1) – Núcleo Familiar / Complejo Habitacional

Sexo / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Sola	4 (21 %)	3 (16 %)	5 (26 %)	12 (63 %)
Acompañada	1 (5 %)	2 (10 %)	4 (21 %)	7 (37 %)
total	5 (26 %)	5 (26 %)	9 (47 %)	19 (100 %)

g – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	11	58 %
Inadecuada	8	42 %
total	19	100 %

g – 1) – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	2 (10 %)	3 (16 %)	6 (32 %)	11 (58 %)
Inadecuada	3 (16 %)	2 (10 %)	3 (16 %)	8 (42 %)
total	5 (26 %)	5 (26 %)	9 (48 %)	19 (100 %)

h – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	12	63 %
No realiza	7	37 %
total	19	100 %

h – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	3 (16 %)	3 (16 %)	6 (32 %)	12 (63 %)
No realiza	2 (10 %)	2 (10 %)	3 (16 %)	7 (37 %)
total	5 (26 %)	5 (26 %)	9 (48 %)	19 (100 %)

De nuestra población de 65 a 74 años del sexo femenino del sexo femenino, que declaran vivir solas, que son 12, decimos que:

i – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	8	67 %
Inadecuada	4	33 %
total	12	100 %

i – 1) – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	2 (17 %)	3 (25 %)	3 (25 %)	8 (67 %)
Inadecuada	2 (17 %)	0 (0 %)	2 (16 %)	4 (33 %)
total	4 (34 %)	3 (25 %)	5 (41 %)	12 (100 %)

j – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	9	75 %
No realiza	3	25 %
total	12	100 %

j – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	2 (17 %)	3 (25 %)	4 (34 %)	9 (75 %)
No realiza	2 (17 %)	0 (0 %)	1 (8 %)	3 (25 %)
Total	4 (34 %)	3 (25 %)	5 (42 %)	12 (100 %)

De nuestra población de 65 a 74 años del sexo femenino, que declaran vivir acompañadas, que son 7, decimos que:

k – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	3	43 %
Inadecuada	4	57 %
total	7	100 %

k- 1) – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (43 %)	3 (43 %)
Inadecuada	1 (14 %)	2 (29 %)	1 (14 %)	4 (57 %)
total	1 (14 %)	2 (29 %)	4 (57 %)	7 (100 %)

l – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	3	43 %
No realiza	4	57 %
total	7	100 %

l – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	1 (14 %)	0 (0 %)	2 (29 %)	3 (43 %)
No realiza	0 (0 %)	2 (29 %)	2 (29 %)	4 (57 %)
Total	1 (14 %)	2 (29 %)	4 (58 %)	7 (100 %)

De nuestra población femenina de 65 a 74 años del sexo femenino, que declaran alimentarse adecuadamente, que son 11, decimos que:

m – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	9	82 %
No realiza	2	18 %
total	11	100 %

m – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	1 (9 %)	3 (27%)	5 (46 %)	9 (82 %)
No realiza	1 (9 %)	0 (0 %)	1 (9 %)	2 (18 %)
Total	2 (18 %)	3 (27 %)	6 (55 %)	11 (100 %)

De nuestra población de 65 a 74 años del sexo femenino que declara alimentarse inadecuadamente, que son 8, decimos que:

n – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	3	38 %
No realiza	5	62 %
total	8	100 %

n – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	2 (25 %)	0 (0%)	1 (13 %)	3 (38 %)
No realiza	1 (13 %)	2 (24 %)	2 (25 %)	5 (62 %)
Total	3 (38 %)	2 (24 %)	3 (38 %)	8 (100 %)

De nuestra población de 65 a 74 años del sexo masculino, que son 5, decimos que:

o – Frecuencia según Núcleo Familiar

Núcleo Familiar	F. A.	F. R. %
Sola	4	80 %
Acompañada	1	20 %
total	5	100 %

o – 1) – Núcleo Familiar / Complejo Habitacional

Sexo / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Sola	1 (20 %)	1 (20 %)	2 (40 %)	4 (80 %)
Acompañada	1 (20 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (20 %)
total	2 (40 %)	1 (20 %)	2 (40 %)	5 (100 %)

p – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	4	80 %
Inadecuada	1	20 %
total	5	100 %

p – 1) – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	1 (20 %)	1 (20 %)	2 (40 %)	4 (80 %)
Inadecuada	1 (20 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (20 %)
total	2 (40 %)	1 (20 %)	2 (40 %)	5 (100 %)

q – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	4	80 %
No realiza	1	20 %
total	5	100 %

q – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	1 (20 %)	1 (20 %)	2 (40 %)	4 (80 %)
No realiza	1 (20 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (20 %)
Total	2 (40 %)	1 (20 %)	2 (40 %)	5 (100 %)

De nuestra población de 65 a 74 años del sexo masculino, que declaran vivir solos, que son 4, decimos que:

r – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	3	75 %
Inadecuada	1	25 %
total	4	100 %

r – 1) – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	0 (0 %)	1 (25 %)	2 (50 %)	3 (75 %)
Inadecuada	1 (25 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (25 %)
total	1 (25 %)	1 (25 %)	2 (50 %)	4 (100 %)

s – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	3	75 %
No realiza	1	25 %
total	4	100 %

s – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	0 (0 %)	1 (25 %)	2 (50 %)	3 (75 %)
No realiza	1 (25 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (25 %)
Total	1 (25 %)	1 (25 %)	2 (50 %)	5 (100 %)

De nuestra población de 65 a 74 años del sexo masculino, que declaran vivir acompañados, que es 1, decimos que:

t – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	1	100 %
Inadecuada	0	0 %
total	1	100 %

t – 1) – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	1 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (100 %)
Inadecuada	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
total	1 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (100 %)

u – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	1	100 %
No realiza	0	0 %
total	1	100 %

u – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	1 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (100 %)
No realiza	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Total	1 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (100 %)

De nuestra población de 65 a 74 años del sexo masculino, que declaran alimentarse adecuadamente, que son 4, decimos que:

v – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	4	100 %
No realiza	0	0 %
total	4	100 %

v – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	1 (25 %)	1 (25 %)	2 (50 %)	4 (100 %)
No realiza	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Total	1 (25 %)	1 (25 %)	2 (50 %)	4 (100 %)

De nuestra población de 65 a 74 años del sexo masculino, que declara alimentarse inadecuadamente, que son 1, decimos que:

w – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	0	0 %
No realiza	1	100 %
total	1	100 %

w – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
No realiza	1 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (100 %)
Total	1 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (100 %)

De nuestra población de 75 a 84 años, que son 32, decimos que:

A) – Frecuencia según Complejo Habitacional

Complejo Habitacional	F. A.	F. R. %
Agraciada	12	38 %
Propios I	15	47 %
Propios II	5	15 %
total	32	100 %

B) – Frecuencia según Sexo

Sexo	F. A.	F. R. %
Femenino	20	63 %
Masculino	12	37 %
total	32	100 %

B – 1) – Sexo / Complejo Habitacional

Sexo / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Femenino	6 (19 %)	11 (34 %)	3 (9 %)	20 (63 %)
Masculino	6 (19 %)	4 (13 %)	2 (6 %)	12 (37 %)
total	12 (38 %)	15 (47 %)	5 (15 %)	32 (100 %)

C) – Frecuencia según Núcleo Familiar

Núcleo Familiar	F. A.	F. R. %
Sola	22	69 %
Acompañada	10	31 %
total	32	100 %

C – 1) – Núcleo Familiar / Complejo Habitacional

Sexo / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Sola	5 (15 %)	4 (13 %)	7 (22 %)	22 (69 %)
Acompañada	2 (6 %)	2 (6 %)	4 (13 %)	10 (31 %)
total	7 (22 %)	6 (19 %)	11 (34 %)	32 (100 %)

D – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	16	50 %
Inadecuada	16	50 %
total	32	100 %

D – 1) – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	5 (16 %)	8 (25 %)	3 (9 %)	16 (50 %)
Inadecuada	7 (22 %)	7 (22 %)	2 (6 %)	16 (50 %)
total	12 (38 %)	15 (47 %)	5 (15 %)	32 (100 %)

E – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	19	59 %
No realiza	13	41 %
total	32	100 %

E – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	5 (16 %)	9 (28 %)	5 (15 %)	19 (59 %)
No realiza	7 (22%)	6 (19 %)	0 (0 %)	13 (41 %)
Total	12 (38 %)	15 (47 %)	5 (15 %)	32 (100 %)

De nuestra población de 75 a 84 años del sexo femenino, que son 20, decimos que:

F) – Frecuencia según Núcleo Familiar

Núcleo Familiar	F. A.	F. R. %
Sola	18	90 %
Acompañada	2	10 %
total	20	100 %

F – 1) – Núcleo Familiar / Complejo Habitacional

Sexo / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Sola	5 (25 %)	10 (50 %)	3 (15 %)	18 (90 %)
Acompañada	1 (5 %)	1 (5 %)	0 (0 %)	2 (10 %)
total	6 (30 %)	11 (55 %)	3 (15 %)	20 (100 %)

G – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	10	50 %
Inadecuada	10	50 %
total	20	100 %

G – 1) – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	3 (15 %)	6 (30 %)	1 (5 %)	10 (50 %)
Inadecuada	3 (15 %)	5 (25 %)	2 (10 %)	10 (50 %)
total	6 (30 %)	11 (55 %)	3 (15 %)	20 (100 %)

H – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	12	60 %
No realiza	8	40 %
total	20	100 %

H – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	3 (15 %)	6 (30 %)	3 (15 %)	12 (60 %)
No realiza	3 (15%)	5 (25 %)	0 (0 %)	8 (40 %)
Total	6 (30 %)	11 (55 %)	3 (15 %)	20 (100 %)

De nuestra población de 75 a 84 años del sexo femenino que declaran vivir solas, que son 18, decimos que:

I – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	10	56 %
Inadecuada	8	44 %
total	18	100 %

I – 1) – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	3 (17 %)	6 (33 %)	1 (6 %)	10 (56 %)
Inadecuada	2 (11 %)	4 (22 %)	2 (11 %)	8 (44 %)
total	5 (28 %)	10 (55 %)	3 (17 %)	18 (100 %)

J – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	12	67 %
No realiza	6	33 %
total	18	100 %

J – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	3 (17 %)	6 (33 %)	3 (17 %)	12 (67 %)
No realiza	2 (11%)	4 (22 %)	0 (0 %)	6 (33 %)
Total	5 (28 %)	10 (55 %)	3 (17 %)	18 (100 %)

De nuestra población de 75 a 84 años del sexo femenino que declaran vivir acompañadas, que son 2, decimos que:

K – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	0	0 %
Inadecuada	2	100 %
total	2	100 %

K – 1) – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (50%)
Inadecuada	1 (50 %)	1 (50 %)	0 (0 %)	2 (100 %)
Total	1 (50 %)	1 (50 %)	0 (0 %)	2 (100 %)

L – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	0	0 %
No realiza	2	100 %
total	2	100 %

L – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
No realiza	1 (50 %)	1 (50 %)	0 (0 %)	2 (100 %)
Total	1 (50 %)	1 (50 %)	0 (0 %)	2 (100 %)

De nuestra población de 75 a 84 años, del sexo femenino, que declaran alimentarse adecuadamente, que son 10, decimos que:

M – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	8	80 %
No realiza	2	20 %
total	10	100 %

M – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	3 (30 %)	4 (40 %)	1 (10 %)	8 (80 %)
No realiza	0 (0 %)	2 (20 %)	0 (0 %)	2 (20 %)
Total	3 (30 %)	6 (60 %)	1 (10 %)	10 (100 %)

De nuestra población de 75 a 84 años del sexo femenino, que declaran alimentarse inadecuadamente, que son 10, decimos que:

N – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	4	40 %
No realiza	6	60 %
total	10	100 %

N – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	0 (0 %)	2 (20 %)	2 (20 %)	4 (40 %)
No realiza	3 (30 %)	3 (30 %)	0 (0 %)	6 (60 %)
Total	0 (30 %)	5 (50 %)	2 (20 %)	10 (100 %)

De nuestra población de 75 a 84 años del sexo masculino, que son 12, decimos que:

O) – Frecuencia según Núcleo Familiar

Núcleo Familiar	F. A.	F. R. %
Sola	4	33 %
Acompañada	8	67 %
total	12	100 %

O – 1) – Núcleo Familiar / Complejo Habitacional

Sexo / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Sola	2 (17 %)	1 (8 %)	1 (8 %)	4 (33 %)
Acompañada	4 (33 %)	3 (25%)	1 (9 %)	8 (67 %)
total	6 (50 %)	4 (33 %)	2 (17 %)	12 (100 %)

P – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	6	50 %
Inadecuada	6	50 %
total	12	100 %

P – 1) – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	2 (17 %)	2 (17 %)	2 (16 %)	6 (50 %)
Inadecuada	4 (33 %)	2 (17 %)	0 (0 %)	6 (50 %)
Total	6 (50 %)	4 (34 %)	2 (16 %)	12 (100 %)

Q – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	7	58 %
No realiza	5	42 %
total	12	100 %

Q – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	2 (17 %)	3 (25 %)	2 (17 %)	7 (58 %)
No realiza	4 (33 %)	1 (8 %)	0 (0 %)	5 (42 %)
Total	6 (50 %)	4 (33 %)	2 (17 %)	12 (100 %)

De nuestra población de 75 a 84 años del sexo masculino, que declaran vivir solos, que son 4, decimos que:

R – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	2	50 %
Inadecuada	2	50 %
total	4	100 %

R – 1) – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	1 (25 %)	0 (0 %)	1 (25 %)	2 (50 %)
Inadecuada	1 (25 %)	1 (25 %)	0 (0 %)	2 (50 %)
Total	2 (50 %)	1 (25 %)	1 (25 %)	4 (100 %)

S – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	2	50 %
No realiza	2	50 %
total	4	100 %

S – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	0 (0 %)	1 (25 %)	1 (25 %)	2 (50 %)
No realiza	2 (50 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (50 %)
Total	2 (50 %)	1 (25 %)	1 (25 %)	4 (100 %)

De nuestra población de 75 a 84 años del sexo masculino, que declaran vivir acompañados, que son 8, decimos que:

T – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	4	50 %
Inadecuada	4	50 %
total	8	100 %

T – 1) – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	1 (13 %)	2 (25 %)	1 (12 %)	4 (50 %)
Inadecuada	3 (37 %)	1 (13 %)	0 (0 %)	4 (50 %)
Total	4 (50 %)	3 (38 %)	1 (12 %)	8 (100 %)

U – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	5	63 %
No realiza	3	37 %
total	8	100 %

U – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	2 (25 %)	2 (25 %)	1 (13 %)	5 (63 %)
No realiza	2 (25 %)	1 (12 %)	0 (0 %)	3 (37 %)
Total	4 (50 %)	3 (37 %)	1 (13 %)	8 (100 %)

De nuestra población de 75 a 84 años del sexo masculino, que declaran alimentarse adecuadamente, que son 6, decimos que:

V – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	4	67 %
No realiza	2	33 %
total	6	100 %

V – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	1 (17 %)	1 (17 %)	2 (33 %)	4 (67 %)
No realiza	1 (17 %)	1 (17 %)	0 (0 %)	2 (33 %)
Total	2 (34 %)	2 (34 %)	2 (33 %)	6 (100 %)

De nuestra población de 75 a 84 años del sexo masculino, que declaran alimentarse inadecuadamente, que son 6, decimos que:

W – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	3	50 %
No realiza	3	50 %
total	6	100 %

W – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	1 (17 %)	2 (33 %)	0 (0 %)	3 (50 %)
No realiza	3 (50 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (50 %)
Total	4 (67 %)	2 (33 %)	0 (0 %)	6 (100 %)

De nuestra población de 85 años y mas, que son 13, decimos que:

A) – Frecuencia según Complejo Habitacional

Complejo Habitacional	F. A.	F. R. %
Agraciada	1	8 %
Propios I	11	84 %
Propios II	1	8 %
total	13	100 %

B) – Frecuencia según Sexo

Sexo	F. A.	F. R. %
Femenino	7	54 %
Masculino	6	46 %
total	13	100 %

B – 1) – Sexo / Complejo Habitacional

Sexo / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Femenino	1 (8 %)	6 (46 %)	0 (0 %)	7 (54 %)
Masculino	0 (0 %)	5 (38 %)	1 (8 %)	6 (46 %)
Total	1 (8 %)	11 (84 %)	1 (8 %)	13 (100 %)

C) – Frecuencia según Núcleo Familiar

Núcleo Familiar	F. A.	F. R. %
Sola	8	62 %
Acompañada	5	38 %
total	13	100 %

C – 1) – Núcleo Familiar / Complejo Habitacional

Sexo / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Sola	1 (8 %)	7 (54 %)	0 (0 %)	8 (62 %)
Acompañada	0 (0 %)	4 (31 %)	1 (7 %)	5 (38 %)
total	1 (8 %)	11 (85 %)	1 (7 %)	13 (100 %)

D – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	7	54 %
Inadecuada	6	46 %
total	13	100 %

D – 1) – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	1 (8 %)	5 (39 %)	1 (7 %)	7 (54 %)
Inadecuada	0 (0 %)	6 (46 %)	0 (0 %)	6 (46 %)
total	1 (8 %)	11 (85 %)	1 (7 %)	13 (100 %)

E – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	11	85 %
No realiza	2	15 %
total	13	100 %

E – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	1 (8 %)	9 (69 %)	1 (8 %)	11 (85 %)
No realiza	0 (0 %)	2 (15 %)	0 (0 %)	2 (15 %)
Total	1 (8 %)	11 (84 %)	1 (8 %)	13 (100 %)

De nuestra población de 85 años y mas del sexo femenino, que son 7, decimos que:

F) – Frecuencia según Núcleo Familiar

Núcleo Familiar	F. A.	F. R. %
Sola	7	100 %
Acompañada	0	0 %
total	7	100 %

F – 1) – Núcleo Familiar / Complejo Habitacional

Sexo / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Sola	1 (14 %)	6 (86 %)	0 (0 %)	7 (100 %)
Acompañada	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
total	1 (14 %)	6 (86 %)	0 (0 %)	7 (100 %)

G – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	3	43 %
Inadecuada	4	57 %
total	7	100 %

G – 1) – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	1 (14 %)	2 (29 %)	0 (0 %)	3 (43 %)
Inadecuada	0 (0 %)	4 (57 %)	0 (0 %)	4 (57 %)
total	1 (14 %)	6 (86 %)	0 (0 %)	7 (100 %)

H – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	6	86 %
No realiza	1	14 %
total	7	100 %

H -- 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	1 (14 %)	5 (72 %)	0 (0 %)	6 (86 %)
No realiza	0 (0 %)	1 (14 %)	0 (0 %)	1 (14 %)
Total	1 (14 %)	6 (86 %)	0 (0 %)	7 (100 %)

De nuestra población de 85 años y mas del sexo femenino, que declaran vivir solas, que son 7, decimos que:

I – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	3	43 %
Inadecuada	4	57 %
total	7	100 %

I - 1) – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	1 (14 %)	2 (29 %)	0 (0 %)	3 (43 %)
Inadecuada	0 (0 %)	4 (57 %)	0 (0 %)	4 (57 %)
total	1 (14 %)	6 (86 %)	0 (0 %)	7 (100 %)

J – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	6	86 %
No realiza	1	14 %
total	7	100 %

J - 1) -- Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	1 (14 %)	5 (72 %)	0 (0 %)	6 (86 %)
No realiza	0 (0 %)	1 (14 %)	0 (0 %)	1 (14 %)
Total	1 (14 %)	6 (86 %)	0 (0 %)	7 (100 %)

De nuestra población de 85 años y mas del sexo femenino, que declaran vivir acompañadas, que son 0, decimos que:

K – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	0	0 %
Inadecuada	0	0 %
total	0	0 %

K - 1) -- Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Inadecuada	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Total	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

L – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	0	0 %
No realiza	0	0 %
total	0	0 %

L – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
No realiza	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Total	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

De nuestra población de 85 años y mas del sexo femenino que declaran alimentarse adecuadamente, que son 3, decimos que:

M – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	2	67 %
No realiza	1	33 %
total	3	100 %

M – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	1 (33 %)	1 (34 %)	0 (0 %)	2 (67 %)
No realiza	0 (0 %)	1 (33 %)	0 (0 %)	1 (33 %)
Total	1 (33 %)	2 (67 %)	0 (0 %)	3 (100 %)

De nuestra población de 85 años y mas del sexo femenino, que declaran alimentarse inadecuadamente, que son 4, decimos que:

N – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	4	100 %
No realiza	0	0 %
total	4	100 %

N – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	0 (0 %)	4 (100 %)	0 (0 %)	4 (100 %)
No realiza	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Total	0 (0 %)	4 (100 %)	0 (0 %)	4 (100 %)

De nuestra población de 85 años y mas del sexo masculino, que son 6, decimos que:

O) – Frecuencia según Núcleo Familiar

Núcleo Familiar	F. A.	F. R. %
Sola	1	17 %
Acompañada	5	83 %
total	6	100 %

O – 1) – Núcleo Familiar / Complejo Habitacional

Sexo / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Sola	0 (0 %)	1 (17 %)	0 (0 %)	1 (17 %)
Acompañada	0 (0 %)	4 (66 %)	1 (17 %)	5 (83 %)
total	0 (0 %)	5 (83 %)	1 (17 %)	6 (100 %)

P – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	4	67 %
Inadecuada	2	33 %
total	6	100 %

P – 1) – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	0 (0 %)	3 (50 %)	1 (17 %)	4 (67 %)
Inadecuada	0 (0 %)	2 (33 %)	0 (0 %)	2 (33 %)
total	0 (0 %)	5 (83 %)	1 (17 %)	6 (100 %)

Q – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	5	83 %
No realiza	1	17 %
total	6	100 %

Q – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	0 (0 %)	4 (66 %)	1 (17 %)	5 (83 %)
No realiza	0 (0 %)	1 (17 %)	0 (0 %)	1 (17 %)
Total	0 (0 %)	5 (83 %)	1 (17 %)	6 (100 %)

De nuestra población de 85 años y mas del sexo masculino, que declaran vivir solos , que son 1, decimo que:

R – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	0	0 %
Inadecuada	1	100 %
total	1	100 %

R – 1) – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Inadecuada	0 (0 %)	1 (100 %)	0 (0 %)	1 (100 %)
total	0 (0 %)	1 (100 %)	0 (0 %)	1 (100 %)

S – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Rcaliza	1	100 %
No realiza	0	0 %
total	1	100 %

S – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	0 (0 %)	1 (100 %)	0 (0 %)	1 (100 %)
No realiza	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Total	0 (0 %)	1 (100 %)	0 (0 %)	1 (100 %)

De nuestra población de 85 años y mas del sexo masculino, que declaran vivir acompañados, que son 5, decimos que:

T – Frecuencia según Alimentación

Alimentación	F. A.	F. R. %
Adecuada	4	80 %
Inadecuada	1	20 %
total	5	100 %

T – 1) – Alimentación / Complejo Habitacional

Alimentación / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Adecuada	0 (0 %)	3 (60%)	1 (20 %)	4 (80 %)
Inadecuada	0 (0 %)	1 (20 %)	0 (0 %)	1 (20 %)
total	0 (0 %)	4 (80 %)	1 (20 %)	5 (100 %)

U – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	4	80 %
No realiza	1	20 %
total	5	100 %

U – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	0 (0 %)	3 (100 %)	1 (0 %)	4 (80 %)
No realiza	0 (0 %)	1 (0 %)	0 (0 %)	1 (20 %)
Total	0 (0 %)	4 (100 %)	1 (0 %)	5 (100 %)

De nuestra población de 85 años y mas del sexo masculino, que declaran alimentarse adecuadamente, que son 4, decimos que:

V – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	3	75 %
No realiza	1	25 %
total	4	100 %

V – 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	0 (0 %)	2 (50 %)	1 (25 %)	3 (75 %)
No realiza	0 (0 %)	1 (25 %)	0 (0 %)	1 (25 %)
Total	0 (0 %)	3 (75 %)	1 (25 %)	4 (100 %)

De nuestra población de 85 años y mas del sexo masculino, que declaran alimentarse inadecuadamente, que son 2, decimos que:

V – Frecuencia según Actividad Física

Actividad Física	F. A.	F. R. %
Realiza	2	100 %
No realiza	0	0 %
total	2	100 %

V - 1) – Actividad Física / Complejo Habitacional

Actividad Física / Complejo Habitacional	Agraciada	Propios I	Propios II	total
Realiza	0 (0 %)	2 (100 %)	0 (0 %)	2 (100 %)
No realiza	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Total	0 (0 %)	2 (100 %)	0 (0 %)	2 (100 %)

ANEXO N° 6

Entrevista a Dr. Bachmann

Estudios sobre la relación de enfermedades cardiovasculares y la etapa de vida que cursa el individuo, en este caso los adultos mayores y más específico que estos los longevos, (para Dr. Bachman se consideran longevos los adultos mayores con más de 90 años), muestran que de 322 longevos, el 47% tenía familiares longevos, la mayoría consumía frutas, lácteos y verduras con regularidad y aproximadamente la mitad bebía vino tinto, predominó un índice de masa corporal normal, y realizaban actividad física con regularidad, la diabetes mellitus se asociaba con la obesidad, la hipertensión arterial observó a una edad de comienzo muy avanzada, a partir de los 62 años. Se halló un escaso número de fumadores, la agregación de dos factores de riesgo fue poco frecuente, y aún menor cuando se asociaban tres de ellos. En conclusión la población de edad muy avanzada en nuestro medio, presentaban características que indican que hay a la vez un componente genético y factores ambientales favorecedores de la longevidad. Aquello que decimos que los ancianos hagan cosas para una mejor calidad de vida también se suma agentes favorecedores como agentes genéticos.

Otros estudios hablan de aspectos geriátricos de los análisis de económicos en salud, eficacia y efectividad de la prevención, evidencia de la eficacia en la prevención cardiovascular en los ancianos, en cuanto a la hipertensión, eficacia en la prevención de las enfermedades coronarias, eficacia en la prevención secundaria, eficacia en la prevención primaria, recomendaciones, eficacia del uso de estatinas en accidentes cerebro vasculares, evidencia del costo-efectividad de la prevención cardiovascular, costo efectividad de los costos del tratamiento de la hipertensión arterial, drogas hipolipemiantes, costo efectividad de la prevención secundaria, costo efectividad de pacientes diabéticos, hospitalización, total día cama, costo efectividad en la prevención primaria, etc, etc.....

Hay que ver si las actividades preventivas son costo eficaces o no y si las acciones tienen un impacto o no... Siempre hay que trabajar desde la niñez o la infancia.

En uno de los estudio se pudo demostrar que el impacto de las actividades de promoción y prevención en la ancianidad tiene resultados inmediatos en uno o dos años porque están en una edad muy prevalente donde la enfermedad donde los estilos de vida y la prevención secundaria con medicación tienen un impacto inmediato, le baja la presión, le corrige las alteraciones lipídicas, el flujo coronario, en fin y tira...se ve ya, e impide que no se produzca el infarto, que no se produzca, el accidente vascular encefálico, que no se produzca la insuficiencia renal y halla diálisis. En cambio en los más jóvenes son intervenciones que se tienen que mantener muchos años, para que llegue la enfermedad o si llega atenerse a todo lo demás, entonces vemos que el impacto es más largo. También sabemos que son de menor costo ya que en los ancianos las intervenciones tienen mayor costo.

O sea los factores de riesgo cardiovascular para los adultos mayores son igual, que para los individuos de temprana o mediana edad, lo que varía son los parámetros para considerarlos. Por ej en el anciano se consideran otros valores para la hipertensión, para la presión de pulso, esto debido al endurecimiento de las arterias. Esto lleva a tener más intervención a la hora de actuar con el adulto mayor que con la población más joven, ya que aparte de la promoción de estilos de vida saludable, hay que ver como esta la glicemia, hay que hacer un perfil lipídico, hay que tomar la presión, también es importante, el peso, talla, realizar IMC, tomar la cintura. Si bien el nivel de los lípidos en el consenso de aterosclerosis, se determinó que a partir de los 20 años hay que hacer, un perfil lipídico, considerando que a esta edad ya están instalados todos los errores genéticos, etc., por eso la importancia del costo efectividad del uso de las estatinas, y además el comentario, de si vale la pena usarlo o no usarlo, si lo usas si ayuda o no ayuda. Porque todas esas cosas pueden ser cuestionadas, vale la pena hacer todos esos gastos tiene algún impacto, le mejora la calidad de vida le va a prolongar la vida, eso es lo que vale para la salud y en el Uruguay importa mucho porque la población de mayores de 65 años es bastante frecuente. La prevalencia de la hipertensión arterial es de un 60 % en personas mayores de 59 años, ahí entra una masa típica importante.

A partir de los 55 años en la mujer y 45 años en el hombre la mortalidad se incrementa muchísimo después predomina la de la mujer sobre la del hombre, pero igual se hace una curva exponencial en estas edades. Entonces actuar en mayores de 65 años estamos atacando en población de mayor prevalencia, de la muerte. Es trabajar en todos los terrenos, detección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno. Cuanto antes se anticipe a los eventos y se actué de forma rápida y adecuada mejor va a ser para esta población. Menos gastos para todos y mejor situación para el anciano quien entonces debe por lo general mantenerse en contacto con su entorno. Eso le da mejor calidad de vida tiene efectos psicológicos, y también en los aspectos económicos, porque la familia vigila controla, y se anticipa antes que otros., que a veces no se le da corte y cuando la enfermedad ya está instalada, o se produjo la lesión y después hay que trabajar sobre la discapacidad. La discapacidad es un tema crucial en el anciano, de altísimo costo y que revolucionó toda la familia costo sanitario a nivel nacional.

Lo bueno entonces es anticiparse a todo esto, detectar aquellos que son más predispuestos, porque y sabemos que en la familia hay eventos precoces, componentes que predisponen y que podemos decir que si ese individuo sigue por ese camino seguro le vaya a pasar, no necesariamente llegar a ser anciano por que estas cosas ocurran.

En el Uruguay con una expectativa de vida al nacer de 70 años, podemos encontrar a la mayoría que llegue a esta franja a la que vamos a trabajar. Por eso hay que ocuparse y preocuparse a tiempo, el tema es como, ... que es lo que hay que hacer... también es bueno hacer una reseña de cómo se debería trabajar, la tarea de equipo es importante.

A destacar podemos apreciar que los longevos llegan a esa edad no solo por los antecedentes genéticos sino también por los estilos de vida saludables.

Lo que hay que ver es el costo eficacia cuando se trabaja en salud cardiovascular. Lo que estimula a seguir trabajando en promoción y prevención es ver los resultados, el impacto que ello provoca, no nos olvidemos que los administradores de salud nunca faltan para evaluar el costo beneficio cuando se trabaja en algún aspecto de la salud, y que ocuparse de los adultos mayores genera un gasto cuantioso, que vamos a pagar todos.....

.....En cuanto a los hipertensos adultos la mitad sabe, la otra mitad no saben que son hipertensos, siempre están "que estoy bien, me siento bárbaro, estoy saludable", cuando se detecta la hipertensión hay una excusa para la misma, por parte del usuario.

El tema de la hipertensión es muy prevalente, ya lo digo el 33% de la población mayor de 28 años es hipertensa, la mitad de ellos no saben que lo son, los que lo saben solo la mitad está en tratamiento, y de los que están en tratamiento solo el 11% tienen las cifras controladas. Es un problema que se refleja a nivel mundial, las mismas cifras se cantan a nivel de todos los países, en Europa hay cifras que muestran cifras menores a 11% de los tratados y con cifras controladas, menos que en Estados Unidos. En el mundo hay 1500 millones de hipertensos, después agreguémosle que el 2% de los niños son hipertensos... en los niños se ve cada vez más obesidad, diabetes mellitas tipo II, y esto trae aparejado la hipertensión. Por eso como buena medida del hogar es medir la cintura con un centímetro.

La medida de la cintura está en correlación con el síndrome metabólico.

En la consulta médica hay que hablar poco, escuchar mucho, y usar palabras, concretas, claras y claves....