

"Cómo traspasar datos del hemisferio dominante cuando se ha sufrido un ACV"

Trabajo de Investigación UTN - Facultad Regional Venado Tuerto UTN- Facultad Regional Rosario UNR - Facultad de Ciencias Médicas

Participantes de esta investigación:

Director: Ing. José Luis Albano

Investigadores:

Prof. Univ. Rosana Gasperi

Lic. Silvia Longoni

Lic. Mara Jaquelina Papa

Sr. Víctor Herrera – Alumno Becario

El siguiente trabajo muestra los resultados obtenidos de una encuesta/entrevista realizada a pacientes que han sufrido un ACV, en la localidad de Venado Tuerto, Santa Fe.

ÍNDICE

INFORME 2

ANEXO I :FORMULARIO DE ENCUESTA/ENTREVISTA

ANEXO II: TABLAS DE FRECUENCIAS 8

INFORME

Los siguientes resultados corresponden a una encuesta/entrevista que se realizó en la localidad de Venado Tuerto, sobre pacientes que se encuentran haciendo algún tipo de rehabilitación, y puedan haber sufrido un accidente cerebrovascular.

Características de la muestra

La muestra cuenta con 10 pacientes, de los cuales 7 han sufrido un accidente cerebrovascular, y 3 no. También se tiene que 7 son de sexo femenino y 3 masculinos. El promedio de edad de los mismos es de 54,5 años cumplidos, y el rango de variación para la edad es 27 años a 70 años. El peso promedio de los pacientes es de 73,3 kg, con un valor máximo registrado de 92 kg y un mínimo de 57 kg. Para la medida de la cintura se ha obtenido que el rango de variación va desde 70 cm a 110 cm, con un promedio de 91,95 cm.

En cuanto al **consumo de sustancias adictivas** tales como Cigarrillos, Alcohol y Drogas, se obtuvo lo siguiente, de los 10 pacientes encuestados:

En cuanto al consumo de **cigarrillos**:

- ✓ 4 pacientes manifiestan nunca haber fumado.
- ✓ 4 pacientes manifiestan no fumar actualmente, pero si haberlo hecho con anterioridad, hace aproximadamente 4 años atrás, y durante más de 4 años.
- ✓ 2 pacientes manifiestan fumar actualmente, uno de 10 a 20 cigarrillos por días, y el otro más de 20 cigarrillos diarios.
- ✓ De los pacientes que han sufrido un ACV, se tiene que 5 fuman o han fumado con anterioridad, mientras que 3 nunca han fumado.

En cuanto al consumo de **alcohol**:

- ✓ 4 pacientes manifiestan nunca haber bebido.
- ✓ 1 paciente manifiesta haber bebido con anterioridad.
- ✓ 5 pacientes manifiestan beber actualmente, uno de ellos 4 vasos diarios, y los otros cuatro sólo los fines de semana. En este grupo se observa que en promedio

hace 33,5 años que consumen bebidas alcohólicas, con un mínimo registrado de 20 años y un máximo de 52 años. El tipo de bebida que consumen más frecuente es Vino, con una proporción 3/5, y 2/5 bebidas fermentadas.

- ✓ De los pacientes que han sufrido un ACV, se tiene que 6 beben alcohol o han bebido con anterioridad, y 4 nunca han bebido.

En cuanto al consumo de **drogas**:

- ✓ De los 10 pacientes entrevistados, sólo 1 manifiesta consumir drogas, el tipo de sustancia es la marihuana, con una periodicidad de una vez al mes, y desde hace 20 años. Manifiesta también no perder la conciencia durante el efecto de esta droga. Este es el caso de un paciente que ha sufrido un ACV.

De acuerdo al **consumo de anticonceptivos** se obtuvieron los siguientes resultados:

- ✓ 4 paciente no han consumido anticonceptivos.
- ✓ Hay sólo uno de los pacientes que consume anticonceptivos actualmente.
- ✓ 3 pacientes han consumido anticonceptivos con anterioridad.
- ✓ De los pacientes que consumieron o consumen anticonceptivos, 2 han sufrido un ACV.
- ✓ De aquellas mujeres que han sufrido un ACV, 4 nunca han consumido anticonceptivos y 2 lo hacen o hacían anteriormente.

De acuerdo a las **enfermedades** que tienen los 10 pacientes que formaron parte de la encuesta, se tiene que:

- ✓ 2 pacientes tienen **diabetes** en forma controlada.
- ✓ 6 pacientes tienen **presión arterial** en forma controlada.
- ✓ 7 pacientes tienen **colesterol** en forma controlada.
- ✓ 4 pacientes tienen **pulsación** en forma controlada.
- ✓ 1 paciente tiene **alteraciones en la sangre** en forma controlada.
- ✓ 1 paciente presenta enfermedad **carótida**.
- ✓ 5 pacientes tienen **problemas cardíacos** en forma controlada.

- ✓ 2 pacientes sufren de **migrañas**, en forma controlada
- ✓ 1 paciente sufre **obesidad**, en forma controlada.

En cuanto a los **síntomas** y **antecedentes** se obtuvo que 9 de los 10 entrevistados no tienen familiares que hayan sufrido ataques cerebrales. 5 de 9 pacientes con ACV, no han sufrido AC con anterioridad, mientras que 2/9 lo han tenido hace menos de un año, y 2/9 hace más de tres años. Tres de los encuestados dicen haber tenido Infartos Silentes. En cuanto a los síntomas se obtuvo que:

- ✓ 5/10 manifiesta haber tenido falta de Sensación, debilidad o parálisis repentina en rostro, brazo, o piernas, especialmente en un lado del cuerpo.
- ✓ 3/10 manifiesta haber tenido confusión súbita, problemas repentinos para hablar o entender.
- ✓ 1/10 dijo que tuvo problemas repentinos para ver de uno o de los dos ojos.
- ✓ 5/10 manifestó dificultad para caminar, mareo, vértigo, pérdida del equilibrio o falta de coordinación súbita.
- ✓ 1/10 manifestó que tuvo dolor de cabeza súbito, y de máxima intensidad, sin causa aparente.

En relación a al desarrollo de la vida cotidiana de los pacientes, se ha obtenido información en cuanto a las **actividades** que realizan en su **tiempo libre**, los **hábitos alimenticios** y la **destreza física** que pueden llevar a cabo.

En su tiempo libre los pacientes manifiestan que:

- ✓ Ninguno de ellos no mira **televisión**. 3/10 lo hacen de 1 a 2 horas semanales, 2/10 de 3 a 4 horas por semana y la mitad de ellos mira más de 4 horas semanales la TV.
- ✓ Todos los pacientes **visitan a su familia**, 2 de ellos de 1 a 2 horas semanales, 5 de ellos entre 3 y 4 horas por semana, y 2 de ellos 2 horas semanales.
- ✓ En cuanto a **visitar a sus amigos**, 2 de ellos dicen NO visitar a sus amigos, 3 que lo hacen de 1 a 2 horas por semana, 1 de 3 a 4 horas por semana y 2 más de 4 horas por semana.

- ✓ La mayoría de los pacientes encuestados dicen que realizan **gimnasia**, sólo 1 manifiesta no realizar. De aquellos que hacen actividad física, 1 utiliza de 1 a 2 horas semanales, 5 de 3 a 4 horas semanales, y 3 más de 4 horas semanales.
- ✓ 2 pacientes no leen **texto papel**, mientras que 4 pacientes leen entre 1 y 2 horas semanales, 1 paciente lee de 3 a 4 horas semanales, y 3 pacientes leen más de 4 horas semanales.
- ✓ 2 pacientes no utilizan la **computadora**, 2 pacientes dicen usarla de 1 a 2 horas semanales, 6 pacientes de 3 a 4 horas semanales.
- ✓ La mayoría de los pacientes encuestados no realiza **manualidades** del tipo tejer, bordar o pintar. Sólo tres pacientes realizan este tipo de actividad, uno de 3 a 4 horas por semana, los otros dos más de 4 horas por semana.
- ✓ La mayoría de los pacientes no juega a **juegos de mesa**, sólo 2 de ellos invierte de 1 a 2 horas semanales en jugar.
- ✓ 6 de los 10 pacientes encuestados no resuelven **crucigramas** ni sudoku, 3 utiliza de 1 a 2 horas por semana en esta actividad, y 1 de 3 a 4 horas semanales.

Las **pérdidas** que con más frecuencia son sentidas por los pacientes tienen que ver con una actividad física, 6/8 manifiestan que sienten mucho la pérdida de caminar/correr o realizar deportes, 2/8 sienten mucho la pérdida de la escritura.

En relación al **hábito de alimentarse**, la mitad de los pacientes encuestados manifiesta que no consume comida chatarra, mientras que en la otra mitad hay un paciente que come de 2 a 3 veces por semana este tipo de comida, y 4 pacientes sólo una vez por semana. Para este grupo se tiene también que 2/10 cocinan a veces, y 8/10 siempre. Además ninguno de los pacientes come con ayuda.

En cuanto a la **higiene y movilidad** se obtuvo que en esta muestra no hay pacientes que requieran ayuda para higienizarse y vestirse. Sólo un paciente utiliza un elemento corporal (prótesis) para caminar.

En cuanto al **habla** y la **visión** sólo un paciente tiene dificultad para hablar, 2/10 pacientes no utilizan lentes, 7/10 utiliza lentes de cerca y 1/10 lentes de lejos.

En relación a los **miedos**, dos de los encuestados/entrevistados manifiesta que siente aislamiento cuando carece de compañía o bien sufre aislamiento social. Además 4/10 a veces le teme a la soledad, y 1 paciente siempre le teme a la soledad. La mitad de los pacientes no tienen este temor.

Ninguno de los pacientes encuestados sufre maltrato físico, psíquico, psicológico ni verbal. Además ninguno de los pacientes forma parte de un programa de resocialización.

Para caracterizar el **hemisferio dominante** de los pacientes se realizó el test de Preferencia Hemisférica, donde los resultados fueron:

- ✓ 3 de los pacientes presentan balance bilateral
- ✓ 2 preferencia marcada hacia el hemisferio derecho
- ✓ 3 preferencia moderada hacia el hemisferio derecho
- ✓ 1 preferencia marcada hacia el hemisferio izquierdo

La siguiente información son comentarios textuales que han respondido los pacientes ante determinadas preguntas personales:

¿Cómo toma la vejez o su nuevo estado?

- ✓ Bien, con mucha expectativa de cómo será.
- ✓ Fue una sorpresa... Pero no dejé de tener buen ánimo, y poner ganas y hacer caso a los que llevan mi historia clínica. Me ayudó siempre a ver día a día mejorías muy buenas.
- ✓ Trato de llevarlo lo mejor posible.
- ✓ Bien, con precaución.
- ✓ No soy la misma, parcialmente discapacitada.
- ✓ Normal.
- ✓ Acepto la vejez; y mi nuevo estado con mucha paciencia.
- ✓ Con muy buen conectar y gran sentido del humor, no obstante las limitaciones.
- ✓ Relativamente bien.

Describe un proceso en:

Edad menor o igual a 12 años

- ✓ Buen alumno
- ✓ Ir a la escuela, club, amigos.
- ✓ Recuerdo que era empleada doméstica.

Mayor a 12 y menor o igual a 20 años

- ✓ El período de escuela secundaria lo recuerdo porque estuve en un internado religioso.
- ✓ Disfrutaba de la lectura y la música
- ✓ Empezar a trabajar.
- ✓ Conocí a mi marido.

Mayor a 20 y menor o igual a 59 años

- ✓ Noviazgo, casamiento, nacimiento de mis hijos, nacimiento de mis nietos.
- ✓ Me enriquece la lectura, la familia, amigos y la vida en sociedad. Participación política.
- ✓ Casamiento, familia (hijos, nietos).
- ✓ Nacimiento de mis hijos.

Mayor o igual a 60 años

- ✓ No llegué.
- ✓ Enfermedad. Superación.
- ✓ Entre los 60 años padezco de ACV.
- ✓ Accidente cerebro vascular (ACV).

ANEXO I : FORMULARIO DE ENCUESTA/ENTREVISTA

Formulario online:

<https://docs.google.com/forms/d/1ydiUCPrrEWQDwMfYarHgwkbfl8ngV9QjmPNSbeoUBtE/viewform>

"Cómo traspasar datos del hemisferio dominante cuando se ha sufrido un ACV"

Trabajo de Investigación
UTN - Facultad Regional Venado Tuerto
UTN- Facultad Regional Rosario
UNR - Facultad de Ciencias Médicas

Edad

Sexo

- Femenino
- Masculino

Peso *

Medida de la cintura *

en centímetros

Cantidad de horas que duerme por día *

¿Ha sufrido un ACV?

- SI
- NO

¿Fuma actualmente?

- SI, de 1 a 3 cigarrillos diarios
- SI, de 4 a 9 cigarrillos diarios
- SI, de 10 a 20 cigarrillos diarios

- SI, más de 20 cigarrillos diarios
- NO, he fumado anteriormente de 1 a 3 cigarrillos diarios
- NO, he fumado anteriormente de 4 a 9 cigarrillos diarios
- NO, he fumado anteriormente de 10 a 20 cigarrillos diarios
- NO, he fumado anteriormente más de 20 cigarrillos diarios
- NO, nunca he fumado

Si actualmente no fuma, y lo ha hecho con anterioridad, ¿Cuánto hace que dejó de fumar?

- De 1 a 5 meses
- De 6 a 12 meses
- De 1 a 4 años
- Más de 4 años

Si actualmente no fuma, y lo ha hecho con anterioridad, ¿Durante cuánto tiempo fumó?

- De 1 a 5 meses
- De 6 a 12 meses
- De 1 a 4 años
- Más de 4 años

¿Consume alcohol?

- SI, 4 vasos diarios
- SI, más de 4 vasos diarios
- SI, sólo los fines de semana
- NO, he bebido anteriormente 4 vasos diarios
- NO, he bebido anteriormente más 4 vasos
- NO, nunca he bebido

Si bebe alcohol, ¿cuánto tiempo hace?

Conteste en años aproximados

Si bebe alcohol, ¿qué tipo de bebida consume?

Conteste en años aproximados

- Bebida blanca
- Fermentada
- Vino

Si no consumiò alcohol, pero lo hizo anteriormente, ¿cuànto tiempo hace que no bebe?

Conteste en años aproximados

Si no consumiò alcohol, pero lo hizo anteriormente, ¿durante cuànto tiempo bebiò?

Conteste en años aproximados

¿Consume alguna de las siguientes sustancias adictivas?

	SI	NO, nunca lo he hecho	NO actualmente, pero SI con anterioridad
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éxtasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicofàrmacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si consume drogas, ¿Cuànto tiempo hace?

Indicar en años

Si consume drogas, ¿Con què periodicidad?

- De 1 a 3 días a la semana
- De 4 a 7 días a la semana
- Una vez al mes
- Otro:

Si consume drogas, ¿Pierde la consciencia?

- SI
- NO

Si NO consume drogas, pero lo ha hecho con anterioridad ¿Durante cuànto tiempo consumiò?

Indicar en años

Si no consume drogas, pero lo ha hecho con anterioridad ¿Con que periodicidad lo hacia?

- De 1 a 3 días a la semana
- De 4 a 7 días a la semana
- Una vez al mes
- Otro:

¿Consume anticonceptivos orales?

- SI, consumo actualmente
- NO actualmente, pero SI con anterioridad
- NO, nunca he consumido

Si consume anticonceptivo, ¿Cuanto tiempo hace?

Si no consume, pero lo ha hecho con anterioridad, ¿Cuanto tiempo hace que los dejò?

Si no consume, pero lo ha hecho con anterioridad, ¿durante cuanto tiempo los ha consumido?

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?

Fibrilación auricular: Enfermedad que se caracteriza por latidos auriculares incoordinados y desorganizados, produciendo un ritmo cardíaco rápido e irregular, es decir, latidos cardíacos irregulares. Enfermedad Carótida: enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos que conducen a la cabeza y el cerebro (enfermedad cerebrovascular)

	Si, en forma controlada	Si, pero sin controlar	No
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulsación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Si, en forma controlada	Si, pero sin controlar	No
Alteraciones de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrilaciòn auricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Caròtida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas cardiacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obsesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentadura en mal estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procesos infecciosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tiene familiares con ataque cerebrales?

- SI
- NO

¿Ha tenido ataques cerebral en el pasado?

- SI, hace menos de 1 año
- SI, hace entre 1 y 3 años
- SI, hace màs de 3 años
- NO

¿Se le han detectado infartos silentes?

- SI
- NO

Indique si ha padecido o no los sìnromas que se detallan a continuaciòn:

SI

NO

	SI	NO
Falta de Sensaciòn, debilidad o paràlisis repentinas en la cara, el brazo o la pierna, especialmente en un sòlo lado del cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confusiòn sùbita, problemas repentinos para hablar o entender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas repentinos para ver con uno o los dos ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para caminar, mareo, vèrtigo, pèrdida del equilibrio o falta de coordinaciòn sùbitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza sùbito y màxima intensidad, sin causa aparente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿En qué invierte su tiempo?

	NO	SI, 1 a 2 horas por semana	SI, de 3 a 4 horas por semana	SI, más de 4 horas por semana
Mirar TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visitar a la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visitar a los amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar Gimnasia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leer texto papel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizar la computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NO	SI, 1 a 2 horas por semana	SI, de 3 a 4 horas por semana	SI, más de 4 horas por semana
(chat, leer el diario, búsqueda)				
Realizar Manualidades (Tejer, Bordar, Pintar, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugar con juegos de Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resolver de Sudoku, Crucigramas, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuáles son las pérdidas que más siente?

- Leer
- Estudiar
- Escribir
- Caminar/Correr
- Hacer deportes
- Otro:

¿Come comidas chatarras?

Hamburguesas, panchos

- Si, una vez por semana
- Si, de 2 a 3 veces por semana
- Más de 3 veces por semana
- NO

¿Ud. se cocina?

- Siempre
- A veces
- Nunca

¿Ud. se come con ayuda?

- Siempre
- A veces
- Nunca

¿Ud. se higieniza con ayuda?

- SI
- NO
- Parcialmente

¿Ud. se viste solo?

- SI
- NO
- Parcialmente

¿Usted habla correctamente? *

- SI
- NO

¿Usted lee? *

- SI
- NO

¿Usa Lentes para ver... *

- de cerca
- de lejos
- No uso lentes

¿Usa elementos de ayuda corporal? *

- NO
- SI, ¿Cuál?

¿Usa prótesis y/o ortesis? *

- NO
- SI, ¿Cuál?

¿Cómo toma la vejez o su nuevo estado?

¿Sufre aislamiento?

- Familiar
- Social
- Otro:

¿Le teme a la soledad?

- SI
- NO
- A VECES

¿Sufre maltrato...?

	SI	NO
Físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psíquico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Está en algún programa de resocialización?

- NO
- SI

SI realizar algún programa de resocialización, indique cuál

Determinar el hemisferio dominante

Resultado del test PREFERENCIA HEMISFÉRICA

- Preferencia marcada del hemisferio izquierdo
- Preferencia moderada del hemisferio izquierdo
- Balance Bilateral
- Preferencia moderada del hemisferio derecho
- Preferencia marcada del hemisferio derecho

Describe un proceso que recuerde entre los...

Edad menor o igual a 12 años

Mayor a 12 y menor o igual a 20 años

Mayor a 20 y menor o igual a 59 años

Mayor o igual a 60 años

¿Tiene deformaciones corporales del tren superior?

- SI
- NO

Si tiene deformaciones corporales del tren superior indique cuál/cuáles..

¿Tiene deformaciones corporales del tren inferior?


- SI
- NO

Si tiene deformaciones corporales del tren inferior indique cuál/cuáles..

- Opción 1

Enviar

Nunca envíe contraseñas a través de Formularios de Google.

Con la tecnología de 

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

ANEXO II : TABLAS DE FRECUENCIAS**Tabla de Frecuencia para ¿Ha sufrido un ACV?**

			<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuenci</i> <i>a</i>	<i>Frecuenci</i> <i>a</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuenci</i> <i>a</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulad</i> <i>a</i>	<i>Rel.</i> <i>acum.</i>
1	NO	3	0,3000	3	0,3000
2	SI	7	0,7000	10	1,0000

Tabla de Frecuencia para Sexo

			<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuenci</i> <i>a</i>	<i>Frecuenci</i> <i>a</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuenci</i> <i>a</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulad</i> <i>a</i>	<i>Rel.</i> <i>acum.</i>
1	Femenin o	7	0,7000	7	0,7000
2	Masculin o	3	0,3000	10	1,0000

Resumen Estadístico para Edad

Recuento	10
Promedio	54,5
Mediana	57,5
Desviación Estándar	15,2989
Mínimo	27,0
Máximo	70,0
Rango	43,0

Resumen Estadístico para Peso

Recuento	10
Promedio	73,3
Mediana	76,5
Desviación Estándar	12,1568
Mínimo	57,0
Máximo	92,0
Rango	35,0

Resumen Estadístico para Cintura

Recuento	7
Promedio	91,8571
Mediana	93,0

Desviación Estándar	16,4866
Mínimo	70,0
Máximo	110,0
Rango	40,0

Tabla de Frecuencia para ¿Fuma Actualmente?

			<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulada</i>	<i>Rel. acum.</i>
1	NO, he fumado anterioridad	4	0,4000	4	0,4000
2	NO, nunca he fumado	4	0,4000	8	0,8000
3	SI, de 10 a 20 cigarrillos	1	0,1000	9	0,9000
4	SI, más de 20 cigarrillos	1	0,1000	10	1,0000

Tabla de Frecuencia para Consumo de Alcohol

			<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulada</i>	<i>Rel. acum.</i>
1	NO, he bebido anterioridad	1	0,1000	1	0,1000
2	NO, nunca he bebido	4	0,4000	5	0,5000
3	SI, 4 vasos diarios	1	0,1000	6	0,6000
4	SI, sólo los fines de semana	4	0,4000	10	1,0000

Resumen Estadístico para A ¿Cuánto hace que bebe alcohol?

Recuento	4
Promedio	33,5
Desviación Estándar	15,2643
Mínimo	20,0
Máximo	52,0
Rango	32,0

Tabla de Frecuencia para ¿Qué tipo de bebida alcohólica consume?

			<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulada</i>	<i>Rel. acum.</i>
1	Fermentada	2	0,40	2	0,40
2	Vino	3	0,60	5	1,0000

Resumen Estadístico para Cantidad de Horas que Duerme

Recuento	10
Promedio	7,6
Desviación Estándar	1,57762
Mínimo	6,0
Máximo	10,0

Rango	4,0
-------	-----

Tabla de Frecuencias para ACV por Anticonceptivos

	NO actualmente, pero SI con anterioridad	NO, nunca he consumido	SI, consumo actualmente
NO	2	0	0
	25,00%	0,00%	0,00%
SI	1	4	1
	12,50%	50,00%	12,50%
Total por Columna	3	4	1
	37,50%	50,00%	12,50%

Tabla de Frecuencias para ACV por Fuma

	NO, he fumado anteri	NO, nunca he fumado	SI, de 10 a 20 cigar	SI, más de 20 cigarr	Total por Fila
NO	2	1	0	0	3
	20,00%	10,00%	0,00%	0,00%	30,00%
SI	2	3	1	1	7
	20,00%	30,00%	10,00%	10,00%	70,00%
Total por Columna	4	4	1	1	10
	40,00%	40,00%	10,00%	10,00%	100,00%

Tabla de Frecuencias para ACV por Alcohol

	NO, he bebido anteri	NO, nunca he bebido	SI, 4 vasos diarios	SI, sólo los fines d	Total por Fila
NO	0	2	0	1	3
	0,00%	20,00%	0,00%	10,00%	30,00%
SI	1	2	1	3	7
	10,00%	20,00%	10,00%	30,00%	70,00%
Total por Columna	1	4	1	4	10
	10,00%	40,00%	10,00%	40,00%	100,00%

		Recuent o
Diabetes	No	7
	SI, en forma controlada	2

PRESION ARTERIAL	No		3
	SI, en forma controlada		6
Colesterol	No		2
	SI, en forma controlada		7
Pulsación	No		5
	SI, en forma controlada		4
ALTERACIONES DE LA SANGRE	No		8
	SI, en forma controlada		1
FIBRILACIÓN AURICULAR	No		8
	SI, en forma controlada		0
ENFERMEDAD CARÓTIDA	No		7
	SI, en forma controlada		1
OTROS PROBLEMAS CARDIACOS	No		3
	SI, en forma controlada		5
Migrañas	No		6
	SI, en forma controlada		2
Obesidad	No		8
	SI, en forma controlada		1
DENTADURA EN MAL ESTADO	No		9
	SI, en forma controlada		0
PROCESOS INFECCIOSOS	No		8
	SI, en forma controlada		0

Tabla de Frecuencia para Familiar ataque cerebral

			<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuenci</i>	<i>Frecuenci</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuenci</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulad</i>	<i>Rel.</i>
		<i>a</i>		<i>a</i>	<i>acum.</i>
1	NO	9	0,9000	9	0,9000
2	SI	1	0,1000	10	1,0000

Tabla de Frecuencia para tuvo antes AC

			Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
1	NO	5	0,5556	5	0,5556
2	SI, hace menos de 1 año	2	0,2222	7	0,7778
3	SI, hace más de 3 años	2	0,2222	9	1,0000

Tabla de Frecuencia para Infartos silentes

			Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
1	NO	7	0,7000	7	0,7000
2	SI	3	0,3000	10	1,0000

Tabla de frecuencias para Síntomas

			Recuento
Falta de sensación	NO		5
	SI		5
Confusión Súbita	NO		7
	SI		3
Problemas para ver	NO		7
	SI		1
Mareos	NO		5
	SI		5
Dolor de cabeza	NO		8
	SI		1

Tabla de Frecuencias para ¿En qué invierte su tiempo?

		Recuento
Mirar TV	No	0
	De 1 a 2 horas por semana	3
	De 3 a 4 horas por semana	2

	Más de 4 horas por semana	5
Visitar a la Familia	No	0
	De 1 a 2 horas por semana	2
	De 3 a 4 horas por semana	5
	Más de 4 horas por semana	2
Visitar a Amigos	No	2
	De 1 a 2 horas por semana	3
	De 3 a 4 horas por semana	1
	Más de 4 horas por semana	2
Realizar Gimnasia	No	1
	De 1 a 2 horas por semana	1
	De 3 a 4 horas por semana	5
	Más de 4 horas por semana	3
Leer texto papel	No	2
	De 1 a 2 horas por semana	4
	De 3 a 4 horas por semana	1
	Más de 4 horas por semana	3
Utilizar la computadora	No	2
	De 1 a 2 horas por semana	2
	De 3 a 4 horas por semana	6
	Más de 4 horas por semana	0
Manualidades como tejer, bordar, pintar	No	7
	De 1 a 2 horas por semana	0
	De 3 a 4 horas por semana	1
	Más de 4 horas por semana	2
Jugar a juegos de mesa	No	7
	De 1 a 2 horas por semana	2
	De 3 a 4 horas por semana	0

Resolver crucigramas, Sudoku	Más de 4 horas por semana	0
	No	6
	De 1 a 2 horas por semana	3
	De 3 a 4 horas por semana	1
	Más de 4 horas por semana	0

Tabla de Frecuencia para Pérdidas que siente

			<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulada</i>	<i>Rel. acum.</i>
1	Caminar/Correr	3	0,3750	3	0,3750
2	Escribir	1	0,1250	4	0,5000
3	Escribir, Caminar/Correr	1	0,1250	5	0,6250
4	Hacer deportes	2	0,2500	7	0,8750
5	Ninguna	1	0,1250	8	1,0000

Tabla de Frecuencia para ¿Come comida chatarra?

			<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulada</i>	<i>Rel. acum.</i>
1	NO	5	0,5000	5	0,5000
2	Si, de 2 a 3 veces por semana	1	0,1000	6	0,6000
3	Si, una vez por semana	4	0,4000	10	1,0000

Tabla de Frecuencia para ¿Ud. Cocina?

			<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulada</i>	<i>Rel. acum.</i>
1	A veces	2	0,2000	2	0,2000
2	Siempre	8	0,8000	10	1,0000

Tabla de Frecuencia para ¿Come con ayuda?

			Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
1	Nunca	10	1,0000	10	1,0000

Tabla de Frecuencia para ¿Ud. se higieniza con ayuda?

			Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
1	NO	10	1,0000	10	1,0000

Tabla de Frecuencia para ¿Ud. se viste solo?

			Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
1	SI	10	1,0000	10	1,0000

Tabla de Frecuencia para ¿Habla Ud. correctamente?

			Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
1	NO	1	0,1000	1	0,1000
2	SI	9	0,9000	10	1,0000

Tabla de Frecuencia para ¿usa lentes?

			Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
1	No uso lentes	2	0,2000	2	0,2000
2	de cerca	7	0,7000	9	0,9000
3	de lejos	1	0,1000	10	1,0000

Tabla de Frecuencia para ¿usa elemento corporal?

			Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
--	--	--	------------	------------	------------

				<i>a</i>	<i>a</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuenci</i> <i>a</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulad</i> <i>a</i>	<i>Rel.</i> <i>acum.</i>
1	NO	9	0,9000	9	0,9000
2	SI, ¿Cuál?	1	0,1000	10	1,0000

Tabla de Frecuencia para ¿usa prótesis?

			<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuenci</i> <i>a</i>	<i>Frecuenci</i> <i>a</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuenci</i> <i>a</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulad</i> <i>a</i>	<i>Rel.</i> <i>acum.</i>
1	NO	9	0,9000	9	0,9000
2	SI, ¿Cuál?	1	0,1000	10	1,0000

Tabla de Frecuencia para ¿Ud. Lee?

			<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuenci</i> <i>a</i>	<i>Frecuenci</i> <i>a</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuenci</i> <i>a</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulad</i> <i>a</i>	<i>Rel.</i> <i>acum.</i>
1	NO	1	0,1000	1	0,1000
2	SI	9	0,9000	10	1,0000

Tabla de Frecuencia para ¿sufre aislamiento?

			<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuenci</i> <i>a</i>	<i>Frecuenci</i> <i>a</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuenci</i> <i>a</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulad</i> <i>a</i>	<i>Rel.</i> <i>acum.</i>
1	Ninguno	1	0,3333	1	0,3333
2	No, sólo estar sin compañía.	1	0,3333	2	0,6667
3	Social	1	0,3333	3	1,0000

Tabla de Frecuencia para ¿teme a la soledad?

			<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuenci</i> <i>a</i>	<i>Frecuenci</i> <i>a</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuenci</i> <i>a</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulad</i> <i>a</i>	<i>Rel.</i> <i>acum.</i>

		<i>a</i>		<i>a</i>	<i>acum.</i>
1	A VECES	4	0,4000	4	0,4000
2	NO	5	0,5000	9	0,9000
3	SI	1	0,1000	10	1,0000

Tabla de Frecuencia para Hemisferio dominante

			<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuenci</i>	<i>Frecuenci</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuenci</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulad</i>	<i>Rel.</i>
		<i>a</i>		<i>a</i>	<i>acum.</i>
1	Balance Bilateral	3	0,3333	3	0,3333
2	Preferencia marcada del hemisferio derec	2	0,2222	5	0,5556
3	Preferencia moderada del hemisferio dere	3	0,3333	8	0,8889
4	Preferencia moderada del hemisferio izqu	1	0,1111	9	1,0000