

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR "ESCULAPIO"

I.S.T.E

REGISTRO SENECYT No. 17-061

ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES

2019

LA AURICULOTERAPIA COMO TRATAMIENTO PARA
COMBATIR EL SOBREPESO EN PERSONAS ENTRE LOS 18 Y
60 AÑOS DE EDAD EN DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO.

TRABAJO DE TITULACION PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE TECNÓLOGO EN NATUROPATÍA

LUIS ENRIQUE MANTILLA

DRA. REBECA PEÑA

RESUMEN

Este trabajo contiene la investigación sobre la aplicación de la auriculoterapia para tratar el sobrepeso de hombres y mujeres del Distrito Metropolitano de Quito. Colocando semillas de vaccaria semanalmente por 3 meses en puntos específicos relacionadas con la patología.

Se evidencia que el 96,3% disminuyó su peso y por ende su índice de masa corporal

Palabras claves: sobrepeso, auriculoterapia, semillas de vaccaria, puntos específicos, tratamiento.

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

CERTIFICO QUE ESTE TRABAJO: La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 60 años de edad en distrito metropolitano de quito fue realizado por: Luis Enrique Mantilla.

Quito, 6 de agosto del 2019

Dra. Rebeca Peña

Este trabajo se presenta como uno de los requisitos previos para la obtención del título de Tecnólogo en naturopatía por lo que autorizo al Instituto Superior Esculapio para que haga uso de este trabajo y su contenido, como un documento disponible para su lectura, según las normas de la institución.

Cedo al Instituto Tecnológico Superior Esculapio; los derechos de publicación de este trabajo o de sus partes, manteniendo mis derechos de autor hasta por un periodo de 3 años, contados desde la fecha de su aprobación

Luis Enrique Mantilla

DEDICATORIA

A mi nieta Ruth Mantilla Mendieta (†)

Con amor y memoria infinita.

Luis Enrique Mantilla

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, a mis hijos Antonio y Benjamín por su ayuda permanente.
A la Doctora Rebeca Peña por sus acertadas y positivas recomendaciones en la realización de esta investigación.

Luis Enrique Mantilla

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	2
Capítulo I:.....	7
Metodología.....	7
Capítulo II:.....	10
Sobrepeso	10
Capítulo III:.....	17
Auriculoterapia	17
Capítulo IV:	18
Puntos Auriculares para Combatir el Sobrepeso	18
Capítulo V:	24
Resultados	24
Conclusiones	34
Recomendaciones	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS	37

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1: Genero de participantes.....	24
Gráfico 2: Cantidad de alimentos consumidos	25
Gráfico 3: Alimentos que ingiere frecuentemente	26
Gráfico 4: Incorporación de fibra en la dieta	27
Gráfico 5: Necesidad de comer a pesar de estar satisfecho.....	28
Gráfico 6: Identificación emocional.....	29
Gráfico 7: El estrés le produce ganas de comer	30
Gráfico 8: Sobrepeso entre personas entre 18 y 60 años	31
Gráfico 9: Seguimiento del IMC durante tres meses.....	32
Gráfico 10: Seguimiento de tratamiento por género.....	33

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Valores del IMC (Índice de masa corporal en adultos).....	15
Tabla 2. Valores del perímetro de la circunferencia abdominal para hombres y mujeres.....	16
Tabla 3. Protocolo para el tratamiento de sobrepeso.....	21
Tabla 4. Protocolo para el tratamiento de sobrepeso en personas que consumen poca cantidad de agua	22
Tabla 5. Protocolo para el tratamiento de sobrepeso en personas con trastornos hormonales	23
Tabla 6. Género de los participantes	24
Tabla 7. Cantidad de alimentos consumidos	25
Tabla 8. Alimentos que ingería frecuentemente.....	26
Tabla 9. Incorporación de fibra en la dieta	27
Tabla 10. Necesidad de comer a pesar de estar satisfecho	27
Tabla 11. Identificación emocional	28
Tabla 12. El estrés le produce hambre	30
Tabla 13. Seguimiento del tratamiento	31
Tabla 14. IMC en pacientes de 18 a 60 años	32

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A. Hoja informativa	37
Anexo B. Consentimiento informado	39
Anexo C. Encuesta inicial de Tratamiento de auriculoterapia para combatir el sobrepeso	40
Anexo D. Historia clínica.....	41
ANEXO E: Datos de índice de masa corporal durante el tratamiento	43
ANEXO F: Datos generales de hábitos alimenticios	45
ANEXO G: Matriz general de aspecto emocional	46

INTRODUCCIÓN

La situación epidemiológica de la obesidad y el sobrepeso está en continuo cambio, con una tendencia ascendente y por esta razón no se tiene porcentajes actuales de ésta. En el 2012 se “estimaba que la prevalencia de sobrepeso en el mundo era de 23,2% de los cuales el 24,0% se presentaba en hombres y el 22,4% en mujeres” (Bergman, Castillo, & Woolcott, 2012, pág. 1).

Fernández, A., et al. (2015) , acerca del sobrepeso dicen: “Con respecto a la mortalidad, el sobrepeso y la obesidad son el quinto factor de riesgo de mortalidad en el mundo. La OMS (2012) determinó que cada año mueren al menos 2,8 millones de adultos por esta patogenia.” (pp.23)

Como menciona Weineck (2001), el sobrepeso:

Por sí mismo no es una enfermedad, sino solamente un factor de riesgo que influye negativamente sobre una serie de enfermedades diferentes. Por ejemplo, el sobrepeso empeora el pronóstico de determinadas enfermedades metabólicas (metabolismo de los azúcares, las grasas y las proteínas) y la hipertensión, lo cual influye negativamente sobre las enfermedades cardiovasculares. (pág. 60)

El sobrepeso agrava las enfermedades óseas de tipo degenerativo ya que causa signos prematuros de desgaste en las articulaciones y la columna vertebral por lo que aparecen dolores de espalda y hernias (Weineck, 2001).

Actualmente el ritmo de vida agitado de las personas ha hecho que opten por ingerir comida chatarra, que contiene excesivas cantidades de grasa y nada de beneficio para el organismo. El sedentarismo prima en la mayoría, pues casi

nadie realiza actividad física y el estrés está presente en el grueso de la población; motivos por los cuales el sobrepeso se va haciendo cada vez más evidente, incluso a edades tempranas.

Esto no afecta únicamente a la parte estética, que sería algo secundario. El verdadero problema es que los kilos extras son un factor de riesgo que influyen de manera negativa, trayendo consigo consecuencias graves en la salud, inclusive problemas emocionales.

En términos generales este proyecto se circunscribe y responde a la línea de investigación de salud y bienestar humano, orientado a mejorar la calidad de vida de las personas.

En el Ecuador se describe en los objetivos nacionales de desarrollo para el buen vivir. Este proyecto se alinea con el eje 1: derechos para todos durante toda la vida; objetivo 1: garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas. Con el eje 3: mas sociedad, mejor estado. Objetivo 7: incentivar una sociedad participativa con un estado cercano a la ciudadanía.

Por otro lado, los proyectos de educación e investigación se enmarcan con la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE), en lo referente a los programas educativos y sus certificaciones. Este proyecto pertenece al campo de educación y capacitación CINE 2013 con el código 09: salud y bienestar y los subcódigos 091: salud y 092: bienestar.

En este marco este proyecto reviste importancia en el sentido de que se pretende combatir el sobrepeso mediante la auriculoterapia, una terapia natural que en este caso tiene como objetivo disminuir el apetito de los participantes y ayudar a controlar su ansiedad por la comida, para de esta manera influir en el

peso corporal. En la investigación se usará únicamente semillas de vaccaria como estímulo auricular.

Por ello la investigación se realizará con personas entre 18 y 60 años, con la finalidad de conocer la efectividad del tratamiento en los hombres y mujeres, dependiendo de la causa del exceso de peso y de los antecedentes patológicos de cada una de las personas.

La motivación para realizar esta investigación es que el sobrepeso se está incrementando como si de una epidemia se tratara. Gran parte de la población lo presenta y tiene serias consecuencias en cuanto al estado de salud de estas personas. El objetivo es ayudar a contrarrestar esta problemática con un tratamiento totalmente natural, no invasivo y eficaz.

Hay varios métodos para bajar de peso. Pastillas que prometen ser milagrosas, jarabes, dietas o muchas veces optan por suprimir comidas. Esto resulta perjudicial para la salud de las personas y además entran en una crisis de ansiedad por la comida, cosa que no sucede al aplicar auriculoterapia.

La auriculoterapia ayudará a que la gente consuma menor cantidad de alimentos y como consecuencia se logrará influir en el peso corporal de ellos. El objetivo es que lleguen a su peso ideal. Incluso se ayudará a la parte emocional para contrarrestar la ansiedad que provoca un apetito excesivo.

Es un método seguro, accesible para todas las personas, que ayudará a combatir el sobrepeso, previniendo así muchas enfermedades. Con esto se buscará tener una población con un peso ideal y más saludable.

Por lo tanto, los objetivos de esta investigación son:

Comprobar si la auriculoterapia ayuda a combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 60 años de edad con el uso exclusivo de semillas de vaccario como estímulo auricular.

Determinar si el tratamiento funciona mejor en hombres o en mujeres.

Comprobar si en la eficacia del tratamiento influyen los antecedentes patológicos de los pacientes.

Verificar si se obtiene mejor resultado en el sobrepeso causado por: sedentarismo, desórdenes alimenticios o por motivos emocionales con el tratamiento de auriculoterapia.

¿La aplicación de la auriculoterapia ayuda a combatir el sobrepeso?

Capítulo I:

Metodología

Para la elaboración de esta investigación se utilizó tanto el método cualitativo, que recolecta datos que no son numéricos; así como el cuantitativo, que es aquel en el que se busca obtener resultados numéricos.

Primero se realizó una pre selección de los participantes de la investigación, en la cual se entrevistó a las personas, se pesó y calculó el IMC (índice de masa corporal) para saber si tenían sobrepeso y así se pudo seleccionar a los 30 pacientes requeridos para la investigación. Se realizó una reunión con ellos para informar acerca del tratamiento de auriculoterapia y así se pudo despejar sus dudas.

Adicionalmente se entregó por escrito información general acerca de: sobrepeso, índice de masa corporal, la necesidad del ejercicio diario y cambios alimenticios contemplados en el plato saludable en el número de comidas y la regularidad en las horas de comida¹. La información pretende aunque en rasgos generales, crear conciencia en los participantes en la necesidad de cambios de hábitos alimenticios que no solo aporten en la disminución del peso corporal, sino que además contribuyan a prevenir desordenes metabólicos, y por ende enfermedades.

Se pidió a todas las personas que firmen un "consentimiento informado"² en el que aprueban ser partícipes de la investigación, asumiendo que al ser este un

¹ Anexo A: Hoja adicional informativa 1 y 2

² Anexo B: consentimiento informativo

estudio no se asegura que vayan a bajar de peso, ya que eso depende también de factores como la alimentación y la constitución de cada individuo.

Antes de empezar la investigación con los pacientes, se les pidió que llenen una "encuesta inicial"³ para obtener datos importantes que deben ser tomados en cuenta, como son las patologías que padecen, hábitos alimenticios y demás aspectos relevantes.

El método cualitativo se usó cuando se procedió a llenar la "historia clínica"⁴ y la "Encuesta inicial" de cada uno de los participantes. Se indagó sobre hábitos alimenticios, medicamentos que consumen, y enfermedades que han tenido.

En lo cuantitativo, se procedió a medir a cada participante el peso, la talla, con lo que se calculó en IMC (Índice de masa corporal) para verificar el grado de sobrepeso. Además se midió la circunferencia abdominal de cada participante.

Ya en el procedimiento de la aplicación de las semillas de vaccaria con adhesivos se adoptó el criterio académico. Oleson (2005) afirma que "no debería dejarse sobre el pabellón auricular por más de una semana" (pág. 165). En razón de la transpiración natural de la superficie auricular que después de ese período los adhesivos se desprenden interrumpiendo la acción mecánica y energética de las semillas aplicadas. En cada cambio de semillas se procede a la desinfección auricular.

Antes de proceder a realizar el tratamiento se preguntó a los participantes cuál era la mano que usan para escribir, con la finalidad de conocer la dominancia de las personas.

³ Anexo C: encuesta inicial del tratamiento de auriculoterapia para combatir el sobrepeso

⁴ Anexo D: Historia clínica

Las sesiones de auriculoterapia con los pacientes se realizaron los días lunes, martes y jueves de forma semanal. La investigación se empezó desde inicios de marzo y finalizó a fines de junio de 2019, se emplearon tres meses. Cada mes se pesó y midió la circunferencia abdominal de los participantes para controlar el progreso que tenían en el tratamiento.

Con todos los datos obtenidos a lo largo de la investigación de cada uno de los participantes se procedió a realizar un estudio estadístico para comprobar la eficacia del tratamiento de auriculoterapia para combatir el sobrepeso.

2.1 Limitaciones

Las limitaciones encontradas en esta investigación fueron:

La poca disponibilidad de tiempo por parte de los pacientes en la sesión semanal del tratamiento en la que se les cambiaba los estímulos auriculares.

En algunos pacientes no se pudo mantener los horarios fijados en días y en horas.

Capítulo II:

Marco teórico

Sobrepeso

3.1 Concepto

Weineck, J. (2001) señala que el sobrepeso es un aumento mayor de lo normal del peso corporal en relación con la estatura. Se considera sobrepeso cuando la persona tiene entre el 10 y 20% de peso adicional al normal.

3.2 Peso normal

“Se considera que una persona tiene su peso dentro de lo normal cuando su peso es el resultado de su talla menos cien”. (Weineck, 2001)

$$\text{Peso normal} = \text{Talla en cm} - 100$$

3.3 Peso ideal

Para calcular el peso ideal de una persona se debe emplear la siguiente fórmula:

$$\text{Peso ideal} = \text{Peso normal (Kg)} - 10\% \text{ Hombres}$$

$$\text{Peso ideal} = \text{Peso normal (Kg)} - 15\% \text{ Mujeres}$$

3.4 Causas del sobrepeso

El sobrepeso empieza a manifestarse cuando se produce un desequilibrio entre la cantidad de calorías que se adquiere al ingerir los alimentos y el consumo de estas mediante actividades físicas, como se explica en la ecuación de equilibrio calórico (Fuhrman, 2013).



- Excesivo consumo de alimentos de alta densidad de grasa y calorías.
- Preferencia de alimentos sabrosos, de fácil disponibilidad y bajo costo.
- Porciones grandes de alimentos.

Efuera

- Sedentarismo
- Actividades laborales en las que la movilidad está muy limitada

Por lo tanto existen las siguientes causas para que la persona tenga sobrepeso:

1) Por exceso de alimentos

Cuando se ingiere demasiada cantidad de alimentos de manera frecuente se provoca un incremento en el tamaño de las células adiposas y a la vez causa, que estas se multipliquen con facilidad para tener la capacidad de almacenar toda la grasa (Weineck, 2001).

Fuhrman (2013) plantea que la salud es el resultado de esta ecuación:

$$\text{Salud} = \frac{\text{Nutrientes}}{\text{Calorias}}$$

Es decir, la mayor cantidad y calidad de nutrientes por sobre las calorías responden a los requerimientos orgánicos para un sano desempeño, sino además para mantener un peso corporal adecuado. Lo contrario $\frac{\text{Calorias}}{\text{Nutrientes}}$ equivale a la prevalencia de peso (sobrepeso, obesidad) y de enfermedades (Fuhrman, 2013).

Las calorías ingeridas provienen de las grasas y carbohidratos refinados, entre los carbohidratos refinados destacan el azúcar, la pasta y el pan blanco (Fuhrman, 2013).

Lo dulce se saborea en las fruta que asociado a innumerables elementos que contienen, presentan propiedades beneficiosas en relación al envejecimiento y al cáncer. El azúcar constituye un producto procesado y por lo mismo aislado de su origen natural, cumple con el papel de proporcionar energía (Turner, 2014).

Su acumulación como glucógeno es transformado en grasa (energía de reserva) que si no es utilizada; servirá para producir sobrepeso y obesidad así como un elemento causante o asociado a enfermedades (Bihlmaier, 2015).

Las harinas refinadas y sus productos como pan blanco, pasta, etc., carecen de fibra, Fito nutrientes, vitaminas y minerales, por lo que el metabolismo es rápido consiguiendo un estado hipercalórico con los resultados como el sobrepeso, obesidad, diabetes, patologías cardíacas, vasculares, y cáncer (Turner, 2014).

La grasa ingerida es asimilada rápidamente en grasa corporal si bien constituye energía de reserva, de no ser utilizada producirá sobrepeso y obesidad y las patologías coadyuvantes. Además es un poderoso estimulante del apetito, entonces la grasa afecta por partida doble completándose la ecuación: alimentos refinados + grasa= sobrepeso, obesidad. La presencia de grasa en el cuerpo interfiere en la absorción de insulina en los tejidos musculares (Turner, 2014).

Los lípidos o grasas son esenciales para el organismo. Sin embargo el problema radica en su clasificación que está basada en las diferentes estructuras atómicas y enlaces que presentan. Los saturados no son absolutamente necesarios en la alimentación. Los poliinsaturados pueden presentarse de dos formas: Forma cis, cuando dos enlaces están al mismo lado o trans, cuando se sitúan en lados opuestos. Las enzimas humanas están adoptadas a los cis y no a los trans, por lo que su ingesta es contraproducente (Fuhrman, 2013).

2) Trastornos hormonales

Pese a que la mayoría de las personas atribuyen su peso excesivo a desequilibrios hormonales se sabe que en menos de un 1% de los casos existe un trastorno funcional de tipo hormonal.

3) Causas emocionales

La comida emocional juega un papel importante en cuanto al problema del sobrepeso, pues hay personas que como respuesta a emociones o estrés comen en exceso, inclusive aunque ya estén satisfechas sienten la necesidad de seguir ingiriendo alimentos.

3.5 Efectos del sobrepeso en la salud

El peso excesivo hace que las personas sean propensas a determinadas enfermedades, así como también empeora el pronóstico de algunas. Las patologías más comunes son:

Enfermedades metabólicas: entre otras se puede hacer referencia a la resistencia de insulina. El tejido adiposo blanco es un depósito de energía, también es un órgano endócrino, entre otras funciones produce adipocitos,

citoquinas, encargadas de equilibrar la sensibilidad a la insulina. El sobrepeso y sobre todo la obesidad es el factor más importante para el desarrollo de resistencia a la insulina y a la diabetes tipo 2, más aún la obesidad se considera una inflamación que actúa sobre los tejidos y sistemas incidiendo en la oposición de la resistencia a la insulina. Además afecta a la respiración mitocondrial necesaria para un equilibrio energético (Weineck, 2001).

La resistencia a la insulina provoca alteraciones en las funciones fisiológicas, entre otras, el páncreas pierde su capacidad de secretar insulina; si no se controla las causas se terminará en dependencia de insulina.

La resistencia a la insulina perjudica el control de la glucosa y a la homeostasis de los lípidos. Otro fenómeno asociado a la resistencia a la insulina es el estrés oxidativo producido una disfunción mitocondrial que afecta a los músculos y por ende al corazón, por su altísimo contenido mitocondrial (Fuhrman, 2013).

Enfermedades óseas degenerativas: El cargar con peso extra en el cuerpo hace que se desgasten prematuramente las articulaciones y la columna vertebral, ocasionando malestares.

Hipertensión arterial: Lo cual influye de forma negativa a las enfermedades cardiovasculares.

Relación con el cáncer: El sobrepeso se relaciona con la cantidad de alimentos ingeridos, pero también con la clase de alimentos. Como lo menciona Fuhrman (2013) "una dieta de alto contenido graso causa cáncer" (pág. 129).

En referencia al consumo frecuente de carnes roja, estudios determinan el 300% de probabilidades de padecer cáncer de colon. La reducción del consumo de grasa disminuye el riesgo a sufrir cáncer de mama.

3.6 IMC (Índice de masa corporal)

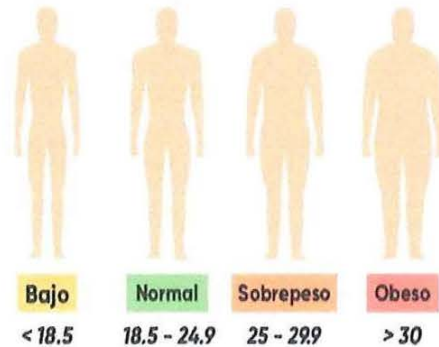
El índice de masa corporal es la correlación entre el peso y la altura, se calcula con la fórmula: $IMC = \text{Peso} / (\text{Altura})^2$. Se considera que es insuficiente cuando el valor obtenido al realizar el cálculo es menor a 18,5; normal cuando el valor está entre 18,5 y 24,9; sobrepeso si va de 25 a 29,9 y de 30 en adelante ya se cataloga como obesidad. (Mora, R. y Heredia, J., et).

Tabla 1. Valores del IMC (Índice de masa corporal en adultos)

IMC (Índice de masa corporal) en adultos	
Peso insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5-24,9
Sobrepeso grado I	25 – 26,9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27,0 - 29,9
Obesidad de tipo I	30,0 - 34,9
Obesidad de tipo II	35,0 –39,9
Obesidad tipo III (mórbida)	40,0 –49,9
Obesidad de tipo IV (extrema)	50

Luis Mantilla (2019). Valores del IMC (Índice de masa corporal)

Figura 1. IMC (Índice de masa corporal)



Recuperado de "TuaSaúde Calcule su IMC", de Zanin, T., (mayo 2019). Recuperado de: <https://www.tuasaude.com/es/imc/>

3.7 Medida de la circunferencia abdominal

Con respecto a la circunferencia abdominal, el riesgo de padecer alteraciones metabólicas y problemas cardiovasculares se relaciona con la acumulación de grasa alrededor de la circunferencia abdominal y con mayor prominencia en la parte anterior. La academia establece valores de la circunferencia abdominal para hombres y mujeres adultos. Se presenta en el siguiente cuadro:

Tabla 2. Valores del perímetro de la circunferencia abdominal para hombres y mujeres.

Perímetro de la cintura	
Mujeres	≥ 88cm
Hombres	≥ 102 cm

Luis Mantilla (2019). Valores del perímetro de la cintura que pone en riesgo la salud.

Capítulo III:

Auriculoterapia

4.1 Concepto

El pabellón auricular constituye un microsistema el mismo que si es cartografiado se puede determinar órganos y sistemas en los que se puede aplicar estímulos: agujas, balines magnetizados, semillas, barras energéticas, chinchetas e inclusive los pupejos de los dedos. En este microsistema se utilizan puntos reflexológicos que se aplican a trastornos del organismo que se reflejan en ella a manera de hiper sensibilidad en esas zona (Bihlmaier, 2015).

La auriculoterapia es una aplicación natural eficaz no invasiva y con resultados comprobados (Oleson, 2005).

Capítulo IV:

Puntos Auriculares para Combatir el Sobrepeso

Con la finalidad de combatir el sobrepeso se ha creado un protocolo con 6 puntos auriculares, los mismos que se detallan a continuación:

1. Puntos orgánicos:

- Estómago

Localización: En la cresta de la concha medial.

Función: Trata trastornos de la alimentación, sobre ingesta de alimentos, disminución del apetito, entre otras. Es el punto auricular más comúnmente utilizado para el control del apetito y reducción de peso (Oleson, 2005).

- Boca

Localización: Se halla en la concha inferior, por debajo de la raíz del hélix cerca del canal auditivo.

Función: Está indicado en trastornos de la alimentación.

Figura 2. Localización de los puntos maestros



Mantilla, L., (2019). Localización de los puntos maestros para el tratamiento de sobrepeso,

2. Puntos maestros:

- Shen Men

Localización: En la parte superior y central al vértice de la fosa triangular, entre la raíz superior y la raíz inferior del antihélix, en el sitio de unión. Levemente hacia adentro y arriba del vértice de la fosa triangular (Oleson, 2005).

Función: Tranquiliza la mente, trata la ansiedad y depresión. Promueve la homeostasis emocional.

- Punto cero

Localización: En la raíz del hélix, en una pequeña depresión que se forma en la unión de la concha medial y el hélix.

Función: Lleva a todo el cuerpo a la homeostasis debido a que produce un equilibrio de la energía, hormonas y actividad cerebral. Respalda las acciones de otros puntos auriculares (Oleson, 2005).

- Punto maestro tranquilizador

Localización: En la parte inferior del trago, próximo a donde la oreja se une a la cara.

Función: Causa un efecto de sedación general, por lo que baja la ansiedad y facilita la relajación general.

- Punto maestro endócrino

Localización: En la cisura intertragiana o puente intertragiano.

Función: Contribuye a la homeostasis de las hormonas endocrinas, ya sea elevándolas o disminuyéndolas. Activa la glándula pituitaria que se ubica debajo del cerebro que es la que controla a las demás glándulas endócrinas (Oleson, 2005).

Figura 3. Localización de los puntos maestros



Mantilla, L., (2019). Localización de los puntos maestros para el tratamiento de sobrepeso.

3. Punto funcional:

- Control del apetito

Localización: Se halla en la mitad del trago.

Función: Disminuye el apetito, la sobre ingesta nerviosa, trastornos por sobrepeso, hipertiroidismo e hipertensión. Sin embargo depende mucho de la voluntad de la persona (Oleson, 2005).

- Punto de la sed

Localización: Medial e inferior a la protrusión superior del trago.

Función: Ayuda a promover el consumo de líquidos en personas que no tienen sed.

Figura 4. Localización del punto funcional



Mantilla, L., (2019). Localización de los puntos maestros para el tratamiento de sobrepeso.

Así pues, el protocolo a usarse durante los tres meses que dura la investigación es el siguiente:

Tabla 3. Protocolo para el tratamiento de sobrepeso

Protocolo para el tratamiento de sobrepeso	
Puntos orgánicos	Estómago, boca
Puntos maestros	Shen Men, punto cero, maestro tranquilizador
Puntos funcionales	Control del apetito

Mantilla, L. (2019). Protocolo para el tratamiento de sobrepeso.

Figura 5. Localización de puntos maestros



Mantilla, L., (2019). Localización de los puntos maestros para el tratamiento de sobrepeso,

Tabla 4. Protocolo para el tratamiento de sobrepeso en personas que consumen poca cantidad de agua

Protocolo para el tratamiento de sobrepeso en personas que consumen poca cantidad de agua	
Puntos orgánicos	Estómago, boca
Puntos maestros	Shen Men, punto cero, maestro tranquilizador
Puntos funcionales	Control del apetito, punto de la sed

Mantilla, L. (2019). Protocolo para el tratamiento de sobrepeso en personas que consumen poca cantidad de agua.

Figura 6. Localización de puntos maestros



Localización de los puntos maestros para el tratamiento de sobrepeso, Mantilla, L., (2019).

Tabla 5. Protocolo para el tratamiento de sobrepeso en personas con trastornos hormonales

Protocolo para el tratamiento de sobrepeso en personas con trastornos hormonales	
Puntos orgánicos	Estómago, boca
Puntos maestros	Shen Men, punto cero, maestro tranquilizador, maestro endócrino
Puntos funcionales	Control del apetito

Mantilla, L. (2019). Protocolo para el tratamiento de sobrepeso en personas que tienen trastornos hormonales,

Figura 7. Localización de puntos maestros



Mantilla, L., (2019). Localización de los puntos maestros para el tratamiento de sobrepeso.

Capítulo V:

Resultados

Datos Generales

De manera general los participantes que contribuyeron a lo largo del tratamiento se encuentran en un rango de edad de entre 18 a 60 años. También es relevante explicar que al inicio del tratamiento se realizó una socialización con los que hasta ese momento serían participantes, sin embargo mucho de ellos menores a 23 años decidieron desertar al explicarles que sus hábitos alimenticios tendrían que cambiar.

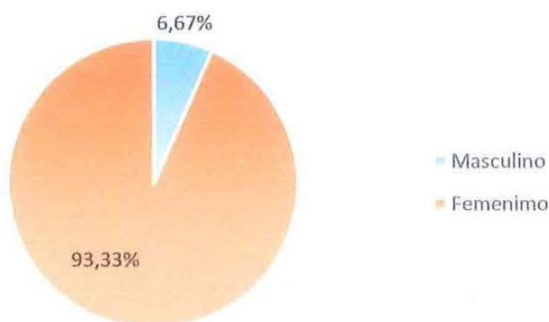
Por otro lado resulta interesante determinar cuántas mujeres y cuantos hombres participaron en la presente investigación, de esto modo poder determinar cuál presentó mayor interés en empezar y terminar con el tratamiento completo.

Tabla 6. Género de los participantes

<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>
2	28
6,67%	93,33%

Mantilla L. (2019). Obtenido de encuestas

Gráfico 1: Genero de participantes



Fuente: Encuesta sobre hábitos alimenticios

Del total de la muestra con la que se trabajó, se evidencia notablemente la diferencia entre hombres (6.67%) y mujeres (93.33%), siendo ellas las que presentaron mayor interés en iniciar y concluir con el tratamiento de auriculoterapia para combatir el sobrepeso, sin embargo el motivo por el que no hubo gran cantidad de pacientes hombres fue por la falta de tiempo y por cuestiones laborales que no pudieron incluirse en el tratamiento.

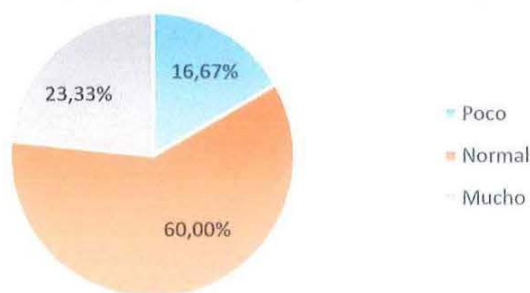
Hábitos Alimenticios

Tabla 7. Cantidad de alimentos consumidos

<i>Poco</i>	<i>Normal</i>	<i>Mucho</i>
5	18	7
16,67%	60,00%	23,33%

Mantilla L. (2019). Obtenido de encuestas

Gráfico 2: Cantidad de alimentos consumidos



Fuente: Encuesta sobre hábitos alimenticios

Del total de los participantes estudiados se puede observar que más de la mitad representado por el 60% consideran que la cantidad de alimentos que consumían regularmente era normal, a diferencia del segundo grupo que indicó que comía mucho el cual está representado por el 23.33%, y el tercer grupo

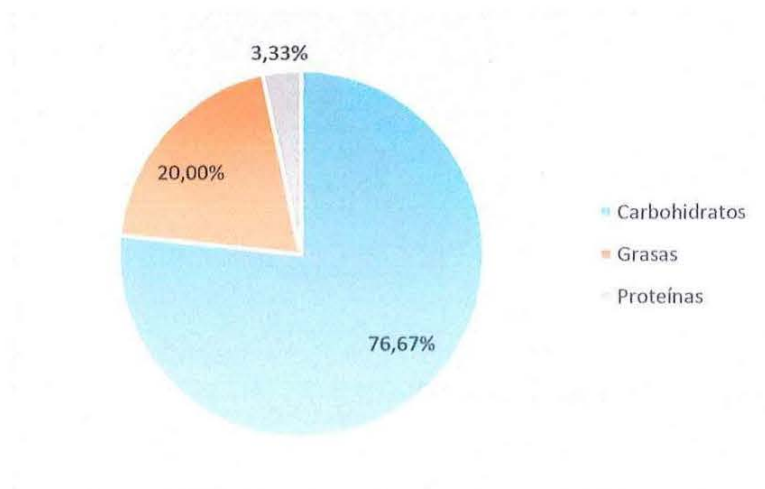
(16,67%) restante supo manifestar que la cantidad de comida consumida es poca.

Tabla 8. Alimentos que ingería frecuentemente

Carbohidratos	Grasas	Proteínas
23	6	1
76,67%	20,00%	3,33%

Mantilla L. (2019). Obtenido de encuestas

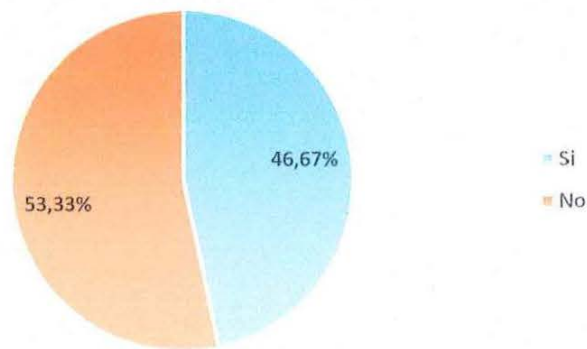
Gráfico 3: Alimentos que ingiere frecuentemente



Fuente: Encuesta sobre hábitos alimenticios

Se evidencia un porcentaje alto (76.67%) de pacientes que consumen frecuentemente carbohidratos en sus alimentos, dentro de los cuales los más representativos son el pan, el arroz y la sopa, por otro lado el segundo grupo representado por el 20% manifestó que dentro de su alimentación frecuente se incluye grasas, y por último el 3.33% de participantes mencionaron que la frecuencia con la que consumen proteínas es mínima.

Gráfico 5: Necesidad de comer a pesar de estar satisfecho



Fuente: Encuesta sobre hábitos alimenticios

Del total de encuestados el 53,33% que representan 16 pacientes manifestaron que no tienen necesidad de comer cuando están satisfechos al haber ingerido alimentos, sin embargo los 14 restantes (46,67%) respondieron que sí sienten esta necesidad.

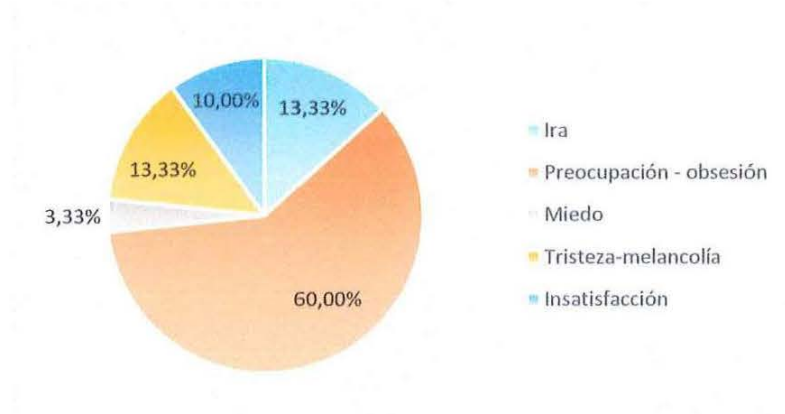
Aspecto emocional

Tabla 11. Identificación emocional

<i>Ira</i>	<i>Preocupación - obsesión</i>	<i>Miedo</i>	<i>Tristeza- melancolía</i>	<i>Insatisfacción</i>
4	18	1	4	3
13,33%	60,00%	3,33%	13,33%	10,00%

Mantilla L. (2019). Obtenido de encuestas

Gráfico 6: Identificación emocional



Fuente: Encuesta sobre hábitos alimenticios

De los resultados obtenidos se puede evidenciar que más de la mitad (18) que es el 60% de participantes se identifican emocionalmente con la preocupación y la obsesión, lo interesante es observar que tanto la ira como la tristeza-melancolía están representadas por la misma cantidad de pacientes (4) es decir el 13.33%, y con apenas 1 persona dijo que sentía miedo.

También podemos mencionar que varios de los pacientes no se sintieron identificados únicamente con una emoción, sino con varias. La preocupación-obsesión fue la principal. Se justificaron diciendo que hoy en día todo mundo tiene preocupaciones.

Desde el punto de vista de la medicina tradicional china (MTCH) la preocupación-obsesión es la emoción que representa a bazo. Al tener un exceso de esta hay un desgaste del elemento Tierra y se presenta rumiación de ideas, insomnio de bazo, ansiedad, distensión abdominal, entre otras.

La tristeza-melancolía es la emoción que representa dentro de la MTCH a pulmón, elemento Metal. Al estar constantemente con ese estado de ánimo se desgasta la energía de este elemento, provocando estreñimiento.

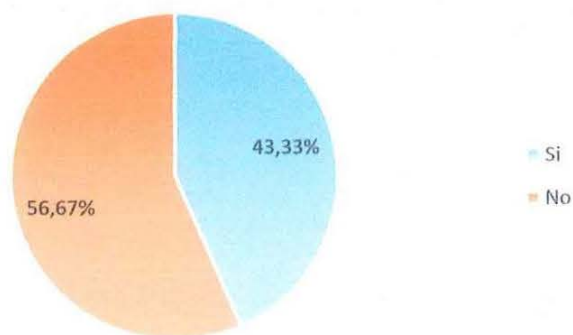
La ira es la emoción que dentro de la MTCH pertenece a hígado, elemento Madera. Al haber mucha cantidad de esta se produce un exceso de energía de este elemento causando una constante irritabilidad y dolores musculares.

Tabla 12. *El estrés le produce hambre*

<i>Si</i>	<i>No</i>
13	17
43,33%	56,67%

Mantilla L. (2019). Obtenido de encuestas

Gráfico 7: *El estrés le produce ganas de comer*



Fuente: Encuesta sobre hábitos alimenticios

La mayor parte del grupo (17) representado por el 56,67% mencionó que a pesar de sentirse estresados por trabajo o problemas personales no sienten la necesidad de comer, al contrario, se podría decir que a muchos de estos les desaparece el apetito, sin embargo el 43,33% (13) restante manifestó que sí sienten esta necesidad.

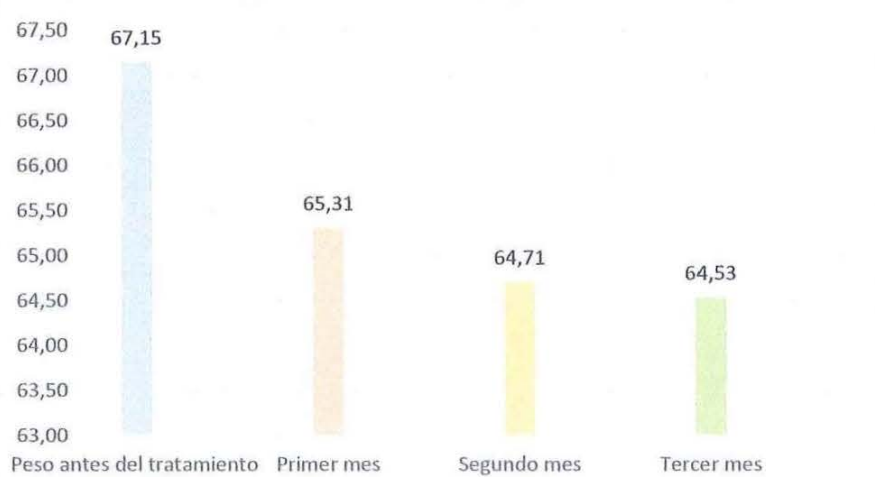
Historia clínica

Tabla 13. Seguimiento del tratamiento

<i>Peso antes del tratamiento</i>	<i>Primer mes</i>	<i>Segundo mes</i>	<i>Tercer mes</i>
67,15	65,31	64,71	64,53

Mantilla L. (2019). Obtenido de historias clínicas

Gráfico 8: Sobrepeso entre personas entre 18 y 60 años



Fuente: Historia clínica

Antes de iniciar con el tratamiento se pesó a cada uno de los pacientes y se obtuvo un promedio de 67,15 kg de este grupo inicial, el cual durante el tratamiento de auriculoterapia se fue tomando así mismo el peso una vez al mes durante tres meses, el seguimiento fue dando resultados, el primer mes bajó aproximadamente dos kilos con un promedio de 65,31 kg así mismo el segundo mes continuó bajando a 64,71 kg ya para el tercer y último mes el promedio bajó a 64,53 kg lo que podemos decir de dichos resultados es que las personas fueron

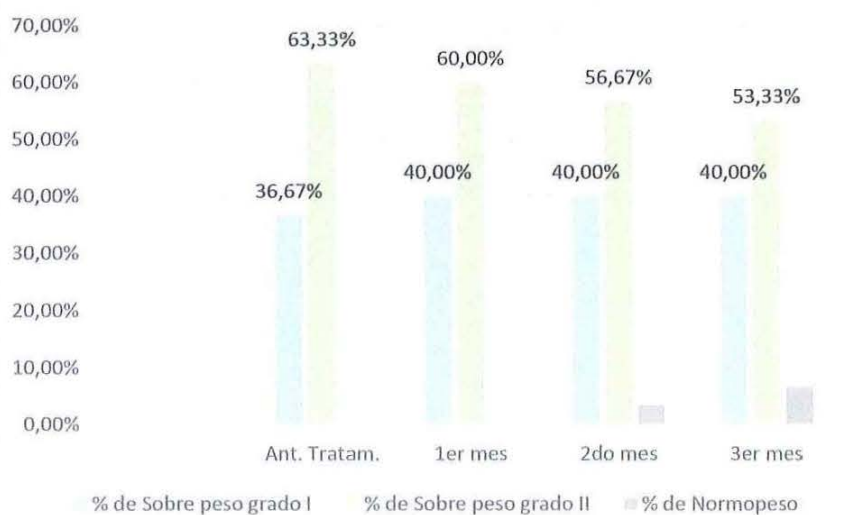
acatando las normas que tenía el tratamiento en cuanto al cambio en sus hábitos alimenticios primordialmente.

Tabla 14. IMC en pacientes de 18 a 60 años

	Ant. Tratam.	1er mes	2do mes	3er mes
Sobre peso grado I	11	12	12	12
Sobre peso grado II (preobesidad)	19	18	17	16
Normopeso	0	0	1	2
% de Sobre peso grado I	36,67%	40,00%	40,00%	40,00%
% de Sobre peso grado II	63,33%	60,00%	56,67%	53,33%
% de Normopeso		0	3,33%	6,67%

Mantilla L. (2019). Obtenido de historias clínicas

Gráfico 9: Seguimiento del IMC durante tres meses.

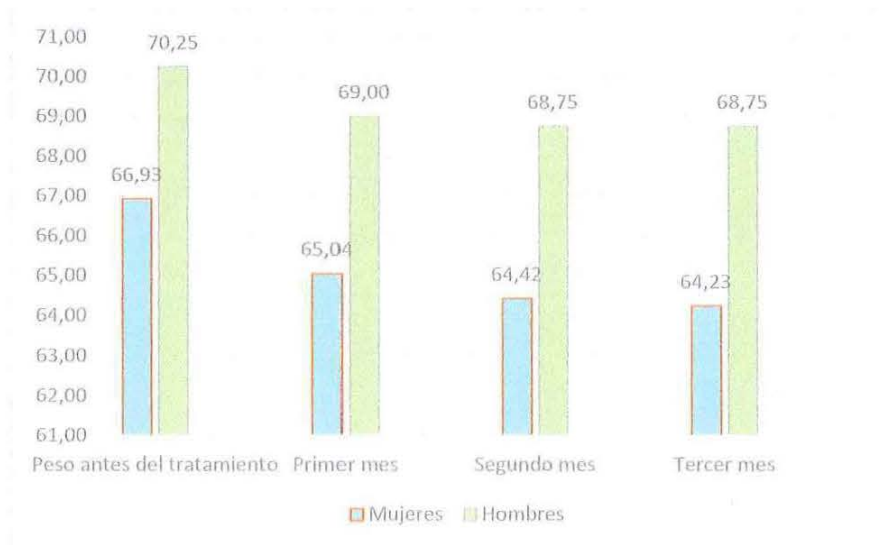


Fuente: Historia clínica

De acuerdo al Índice de masa corporal se observan tres grupos antes del tratamiento, primer mes, segundo y tercer mes, de acuerdo al sobrepeso grado I no existió un cambio relevante ya que al inicio el sobrepeso fue de 36.67% y a partir del primer mes subió a 40% y se mantuvo este porcentaje; refiriéndose al

sobrepeso de grado II si se nota una disminución comparando este grupo antes del tratamiento (63,33%) con el tercer mes (53,33%) que aproximadamente bajó en 10 puntos porcentuales.

Gráfico 10: Seguimiento de tratamiento por género.



Fuente: Historia clínica

En la figura 17 se muestran el peso de los pacientes por género conforme pasa el tratamiento, comparando el peso de los hombres antes del tratamiento (70.25 Kg) con el tercer mes (68.75 Kg) si se logra notar una disminución algo notable en cuanto al peso, por otro lado las mujeres iniciaron con un peso (66,93 kg) inferior al de los hombres y lograron del mismo modo bajar aproximadamente 2 puntos promediales.

Conclusiones

Del grupo de pacientes estudiados, durante el tiempo que duró el tratamiento (3 meses), para el tercer mes lograron bajar de peso en aproximadamente tres puntos promediales y esto gracias a la eficacia de dicho tratamiento de auriculoterapia, también al cambio en sus hábitos alimenticios.

Se puede determinar que desde un inicio las mujeres partieron con un peso menor al de los hombres, y durante el proceso del tratamiento sí se fueron reduciendo sus medidas, entonces se puede concluir que las mujeres a más de ser las más interesadas en bajar de peso el tratamiento funcionó notablemente de mejor manera en ellas.

Los antecedentes patológicos de las personas estudiadas no influyeron notablemente en la eficiencia del tratamiento, ya que al ser personas disciplinadas, cumpliendo con las indicaciones del tratante se logró que bajen de peso y por ende su índice de masa corporal al finalizar el tratamiento.

Al aplicar el tratamiento en personas con sobrepeso que tienen desorden alimenticio, y problemas emocionales se verificó que al mejorar estos aspectos en su vida cotidiana junto con la aplicación del tratamiento de auriculoterapia se pudo lograr que bajaran de peso.

Recomendaciones

Realizar una investigación con igual número de participantes hombres y mujeres para poder comparar de manera más adecuada en quienes funciona mejor.

Ampliar el tiempo de tratamiento para saber si se puede lograr que los participantes lleguen hasta su peso normal.

Hacer un estudio con personas de más de 60 años para comprobar qué tan eficaz es el tratamiento en ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bergman, R., Castillo, O., & Woolcott, O. (2012). Sobrepeso y obesidad en pobladores de la altura. *Revista Peruana Epidemiológica*, 1. Obtenido de file:///C:/Users/MARY/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_203124341002.pdf
- Bihlmaier, S. (2015). *La acupuntura*. Barcelona: Paidotribo.
- Fernández Vásquez, A., Gómez Cantorna, C., Lago Cancelo, M. I., Soto Cid, J., & Vidal Tubío, R. A. (2015). *La prevención del sobrepeso y de la obesidad en el alumnado de 2° de la ESO. Propuesta educativa para el ámbito de la educación física*. Estados Unidos: Lulú. Obtenido de file:///C:/Users/MARY/Downloads/sobrepeso.pdf
- Fuhrman, J. (2013). *Comer para vivir*. Madrid: Gaia.
- Oleson, T. (2005). *Auriculoterapia: Sistema Chino Y Occidental De Acupuntura Auricular*. Media Panamericana.
- Turner, K. (2014). *Las 9 calves de la curación natural del cáncer y otras enfermedades*. Madrid: Gaia.
- Weineck, J. (2001). *Salud, ejercicio, deporte. Activar las fuerzas con un entrenamiento adecuado. Prevenir enfermedades con el deporte correcto*. Barcelona: Paidotribo. Obtenido de http://sanluisdeeelegantesport.com/wp-content/uploads/2016/06/salud__ejercicio_y_deporte.pdf

ANEXOS

Anexo A. Hoja informativa

SOBREPESO

Sobrepeso	Personas que presentan entre (10-20) % más de peso normal
Peso Normal	PN = Talla (cm) - 100
Peso Ideal	Hombres: PN – 10% Mujeres: PN – 15%

Índice de Masa Corporal (IMC)	Concepto	Fórmula
	Es la correlación entre el peso y la estatura.	$IMC = \frac{Peso (Kg)}{[Altura (m)]^2}$

Índice de Masa Corporal en Adultos	
	Escala
Peso insuficiente	< 18.5
Normo peso	18.5 – 24.90
Sobrepeso grado 1	25 – 26.90
Sobrepeso grado 2 (pre obesidad)	27 – 29.9
Obesidad tipo 1	30.0 – 34.90
Obesidad tipo 2	35.0 – 39.90
Obesidad tipo 3 (mórbida)	40.0 – 49.90
Obesidad tipo 4 (extrema)	50

Circunferencia Abdominal	
Valores de la circunferencia abdominal que ponen en riesgo su salud	
Mujeres: ≥ 88 cm	Hombres: ≥ 102 cm

Causas

- Alteraciones hormonales
- Sedentarismo
- Alta ingesta calórica
- Inadecuada combinación de alimentos
- Incorrecta práctica de alimentos

Medidas a tomar

1. Ejercicio diario, previo calentamiento y estiramiento

Si escoge caminar diariamente

- Paso normal por 60 min.
- Paso acelerado (trote) 30 min.

Cada 2 horas realizar movimientos breves si son sedentarios.

Alimentos a excluir	Alimentos a reducir
<ul style="list-style-type: none">▪ Azúcar en todas las formas▪ Café, té, gaseosas▪ Alimentos refinados y pasteurizados▪ Alimentos ricos en azúcares	<ul style="list-style-type: none">▪ Tubérculos▪ Harinas refinadas, repostería, pan blanco▪ Arroz▪ Sopas

Prácticas alimenticias

- Respetar horarios de comida
- Masticar y ensalivar los alimentos (sobre todo los hidratos de carbono)
- Ambiente tranquilo y relajado
- Tomar agua solo entre comidas
- Evitar comidas guardadas
- Incluir y consumir diariamente fibra
- Las frutas ácidas deben comerse solas
- Frutas entre comidas
- Consumir cinco comidas diarias
 - ✓ Desayuno
 - ✓ Media mañana (frutas)
 - ✓ Almuerzo
 - ✓ Media tarde
 - ✓ Merienda (porciones pequeñas)

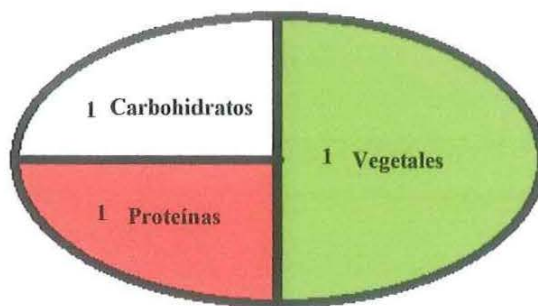


Gráfico 1: Plan saludable

Anexo B. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

Yo,....., con C.I., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI..... NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI..... NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI..... NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI..... NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI..... NO..... he leído este documento en su totalidad y SI..... NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI..... NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE:

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Anexo C. Encuesta inicial de Tratamiento de auriculoterapia para combatir el sobrepeso

Encuesta inicial

Nombre:

Edad: Género: Fecha de encuesta:

Antecedentes de sobrepeso

1. ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
 0 meses – 1 año 1 año – 3 años 4 años a más

1.a Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:
 Hábitos alimenticios Problemas emocionales Afectación de su sistema hormonal

1.b ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
 Sí No

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
 1-2 2-3 Más de 3

2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
 Poco Normal Mucho

3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?
 Carbohidratos Grasas Proteínas

4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
 Sí No

5. Con frecuencia usted come:
 Rápido Despacio

6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?
 Dulce Salado Agrio Ácido Picante

7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
 Sí No

8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?
 1-4 vasos 4-8 vasos Más de 8 vasos

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?
 Ira Preocupación- obsesión Miedo Tristeza- melancolía Insatisfacción

2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
 Sí No

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:
 Orgánico Emocional

2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?
 Presión arterial alta Presión arterial baja Colesterol elevado Triglicéridos elevados Dolores osteomusculares

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?
 1 2 3 Ninguna Más de 3

2. ¿Cuántas veces orina al día?
 1 2 3 Más de 3

Anexo D. Historia clínica

HISTORIA CLÍNICA															
Fecha:															
1. DATOS DE FILIACIÓN															
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN				
DIRECCIÓN						CIUDAD		TELÉFONOS							
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO						
2. MOTIVO DE CONSULTA															
Paciente refiere:															
3. ENFERMEDAD ACTUAL															
Paciente refiere:															
4. ANTECEDENTES PERSONALES															
Nacimiento:															
Infancia:															
Adolescencia:															
Adultez:															
AGO															
MENARQUÍA		FUM		G		P		A		C	HV	HM	PF		CICLOS
5. ANTECEDENTES FAMILIARES															
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. Cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros						
6. REVISIÓN DE SISTEMAS															
CARDIOPULMONAR															
GASTROINTESTINAL															
GENITOURINARIO															
NEUROLÓGICO															
MÚSCULO ESQUELÉTICO															
ENDOCRINOLÓGICO															
EXAMEN FÍSICO															
SIGNOS VITALES															
TENSIÓN ARTERIAL			PULSO			F. RESPIRATORIA			TALLA						
PESO			IMC			MEDIDA CIRCUNFERENCIA									
CABEZA															
Normocefálica															
Simetría						Reflejo pupilar									
1. Manchas						1. A la luz									
2. Cicatrices						2. Consensuado									
PALPACIÓN						3. Acomodación									
3. Puntos dolorosos						4. Convergencia									

CUELLO							
INSPECCIÓN				PALPACIÓN			
1. Simetría				5. Puntos dolorosos			
2. Protuberancias				6. Ganglios linfáticos			
3. Manchas				7. Glándula tiroidea			
4. Cicatrices							
TÓRAX							
INSPECCIÓN				PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)			
1. Simetría				V13		V19	V23
2. Manchas				V14		V20	V25
3. Lunares				V15		V21	V27
4. Cicatrices				V18		V22	V28
PERCUSIÓN							
AUSCULTACIÓN				CORAZÓN			
ABDOMEN							
INSPECCIÓN				PALPACIÓN			
1. Manchas				5. Superficial			
2. Cicatrices				6. Profunda			
3. Estrías				7. Puntos			
PERCUSIÓN				8. Puntos			
				AUSCULTACIÓN			
9. Renal							
HÁBITOS ALIMENTICIOS							
Alimentos que consume en el desayuno							
Alimentos que consume en la media mañana							
Alimentos que consume en el almuerzo							
Alimentos que consume en la media tarde							
Alimentos que consume en la merienda							
EVOLUCIÓN							

Anexo E. Datos de índice de masa corporal durante el tratamiento

	N°	Peso antes del tratamiento	IMC antes del tratamiento	Circ. Abd. Ant. Tratam.	Peso del primer mes	IMC del primer mes	Peso del Segundo mes	IMC del segundo mes	Peso del tercer mes	IMC del tercer mes	Circ. Abd tercer mes
1 An	1	64	25,7	81	63	25,3	62,5	25,1	61,5	24,4	79
2 Ba	2	64,3	28,57	89	62,5	27,7	62	27,5	62	27,5	88
3 Cam	3	68	29,06	100	66	28,32	65	27,89	65	27,89	98
4 Camp	4	65,5	29,9	90,5	62,7	28,6	61,5	28	61	27,85	89
5 Ca	5	64	27	82	62,5	26,37	62	26,16	62	26,16	80
6 Cer	6	64,4	26,83	86	63	26,25	62,2	25,91	62	25,83	85
7 Cu	7	62	26,16	89	61	25,73	59,5	25,1	61	25,73	89
8 Ch	8	72	28,57	100	69	27,38	68	26,98	68	26,98	98
9 Chi	9	69	29,87	112	67,5	29,22	67	29	67	29	110
10 Chu	10	69	29,87	102	66	28,57	65	28,13	64	27,7	98
11 Es	11	70,5	26,3	96	70	26,11	69,5	25,93	69	25,74	92
12 Ga	12	68	28,69	97	67,5	28,48	68	28,69	68	28,69	97
13 Gu	13	59	26,94	89	58	26,48	56,5	25,79	56	25,57	87
14 Hi	14	60	27,39	95	59	26,94	58,5	26,71	58	26,48	94
15 Ib	15	69	29,87	104	69	29,87	69	29,87	69,5	30,08	105
16 La	16	75	29,29	102	71	27,73	71	27,73	72	28,12	101
17 Ma	17	63	28,37	91	61	27,47	61	27,47	59	26,57	90
18 Mo	18	60	25,97	87	59	25,54	58	25,1	58	25,1	86
19 Na	19	66	29,72	95	65	29,27	65	29,27	65	29,27	94
20 Nav	20	70	29,53	105	68	28,69	68	28,69	68,5	28,9	104

21 Pa	21	60	26,66	84	57	25,33	56	24,88	56	24,88	81
22 Pau	22	73	26,84	102	72	26,47	70	25,74	70	25,74	94
23 Pi	23	65	29,68	92	63	28,76	63	28,76	62	28,31	88
24 Ro	24	68,8	26,25	87	68	25,95	68	25,95	67,5	25,76	97
25 So	25	72	26,18	92	70	25,45	70	25,45	69	25,09	91
26 Ti	26	69	29,87	104	66	28,57	64,5	27,92	64,5	27,92	95
27 Tip	27	72	26,62	97	70	28,8	69,5	28,6	69	28,39	93
28 U	28	71	29,58	90	69,5	28,95	69	28,75	68,5	28,54	88
29 Ur	29	73	28,96	91	69	27,38	70	27,77	71	28,17	90
30 Vi	30	68	29,82	98	64	28,07	62	27,19	62	27,19	96

Anexo F. Datos generales de hábitos alimenticios

		Edad	Sexo	Cantidad regular que consume	Alimentos que ingiere con mayor frecuencia	Incorpora fibra en su dieta	Necesidad de comer a pesar de estar satisfecho
1	An	29	Femenino	Mucho	Carbohidratos	No	Si
2	Ba	26	Femenino	Normal	Carbohidratos	No	Si
3	Cam	45	Femenino	Mucho	Carbohidratos	No	No
4	Camp	47	Femenino	Poco	Carbohidratos	Si	Si
5	Ca	25	Femenino	Normal	Grasas	No	Si
6	Cer	47	Femenino	Poco	Carbohidratos	Si	No
7	Cu	34	Femenino	Normal	Grasas	No	No
8	Ch	24	Femenino	Normal	Grasas	No	No
9	Chi	40	Femenino	Normal	Carbohidratos	No	No
10	Chu	48	Femenino	Normal	Carbohidratos	No	No
11	Es	27	Masculino	Normal	Grasas	Si	No
12	Ga	50	Femenino	Normal	Carbohidratos	Si	Si
13	Gu	27	Femenino	Mucho	Carbohidratos	No	Si
14	Hi	28	Femenino	Mucho	Carbohidratos	No	Si
15	Ib	41	Femenino	Normal	Carbohidratos	No	Si
16	La	40	Femenino	Mucho	Carbohidratos	Si	Si
17	Ma	34	Femenino	Poco	Grasas	No	No
18	Mo	28	Femenino	Normal	Carbohidratos	No	No
19	Na	54	Femenino	Poco	Carbohidratos	No	Si
20	Nav	43	Masculino	Normal	Carbohidratos	Si	No
21	Pa	26	Femenino	Normal	Carbohidratos	Si	Si
22	Pau	28	Femenino	Normal	Grasas	No	No
23	Pi	37	Femenino	Normal	Carbohidratos	Si	Si
24	Ro	31	Femenino	Poco	Proteínas	Si	No
25	So	41	Femenino	Mucho	Carbohidratos	Si	No
26	Ti	30	Femenino	Mucho	Carbohidratos	No	Si
27	Tip	31	Femenino	Normal	Carbohidratos	No	Si
28	U	33	Femenino	Normal	Carbohidratos	Si	No
29	Ur	24	Femenino	Normal	Carbohidratos	No	No
30	Vi	34	Femenino	Normal	Carbohidratos	No	No

Anexo G. Matriz general de aspecto emocional

Identificación de emociones	Cuando está estresada siente deseo de comer
Preocupación - obsesión	Si
Preocupación - obsesión	Si
Preocupación - obsesión	Si
Insatisfacción	Si
Preocupación - obsesión	Si
Tristeza - Melancolía	No
Preocupación - obsesión	No
Ira	No
Preocupación - obsesión	No
Preocupación - obsesión	No
Preocupación - obsesión	No
Preocupación - obsesión	Si
Insatisfacción	Si
Preocupación - obsesión	No
Preocupación - obsesión	No
Ira	Si
Preocupación - obsesión	No
Tristeza - Melancolía	No
Preocupación - obsesión	Si
Preocupación - obsesión	No
Preocupación - obsesión	No
Preocupación - obsesión	Si
Preocupación - obsesión	No
Preocupación - obsesión	No
Preocupación - obsesión	Si
Insatisfacción	No
Tristeza - Melancolía	Si

HISTORIA CLÍNICA																	
Fecha: 01-03-2019																	
1. DATOS DE FILIACIÓN																	
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN						
						24/07/1989			29	F	Católica						
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS								
Magdalena						Quito											
OCUPACIÓN				PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO							
Profesora				Profesora													
2. MOTIVO DE CONSULTA																	
Paciente refiere: Ninguna																	
3. ENFERMEDAD ACTUAL																	
Paciente refiere: Ninguna																	
4. ANTECEDENTES PERSONALES																	
Nacimiento: Cesarea																	
Infancia: Asma a los 7 años																	
Adolescencia: Estreñimiento desde los 19 años																	
Adultez: Ninguno																	
AGO																	
MENARQUÍA	14	EUM	15-mar	G		P		A		C		HV	HM	PF		CICLOS	Regulares
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																	
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. Cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros								
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																	
CARDIOPULMONAR																	
Sin patología aparente																	
GASTROINTESTINAL																	
Sin patología aparente																	
GENITOURINARIO																	
Sin patología aparente																	
NEUROLÓGICO																	
Sin patología aparente																	
MÚLCULO ESQUELÉTICO																	
Sin patología aparente																	
ENDOCRINOLÓGICO																	
Sin patología aparente																	
SIGNOS VITALES																	
EXAMEN FÍSICO																	
TENSIÓN ARTERIAL		120/70		PULSO		60		F. RESPIRATORIA		12		TALLA		1,58			
PESO		64		IMC		25,7		MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)				81					
CABEZA																	
Normocéfala																	
Simetría			Sí			Reflejo pupilar											
1. Manchas			Ninguna			1. A la luz			normoreactivo								
2. Cicatrices			Ninguna			2. Consensuado			normoreactivo								
PALPACIÓN						3. Acomodación			normoreactivo								
3. Puntos dolorosos			3ro: Md: 8/10			4. Convergencia			normoreactivo								
CUELLO																	
INSPECCIÓN						PALPACIÓN											
1. Simetría			Sí			5. Puntos dolorosos			Tercera cervical								
2. Protuberancias			Ninguna			6. Ganglios linfáticos			No								
3. Manchas			No			7. Glándula tiroidea			tamaño y forma normal								
4. Cicatrices			No														
TÓRAX																	
INSPECCIÓN						PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)											
1. Simetría			Sí			V13		V19		V23							
2. Manchas			No			V14		V20		V25							
3. Lunares			No			V15		V21		V27							
4. Cicatrices			No			V18		V22		V28							
PERCUSIÓN						AUSCULTACIÓN											
Claro						CORAZÓN: Rítmico caracterizado "LUB-DUB"											
ABDOMEN																	
INSPECCIÓN						PALPACIÓN											
1. Manchas			Ninguna			5. Superficial			suave y depresible, no doloroso								
2. Cicatrices			Ninguna			6. Profunda			no hay viceromegalias, no doloroso								
3. Estrías			Ninguna			7. Puntos dolorosos			negativos								
PERCUSIÓN						8. Puntos uterinales Superiores: Negativos Medios: Negativos											
Mate en órganos macisos; timpánico en estómago						AUSCULTACIÓN											
9. Renal Dolor en el riñón izquierdo						sonidos hidro aéreos presentes											
HÁBITOS ALIMENTICIOS																	
Alimentos que consume en el desayuno						Pan y arroz											
Alimentos que consume en la media mañana						nada											
Alimentos que consume en el almuerzo						Pan, arroz, sopa, acompañado											
Alimentos que consume en la media tarde						chocolate											
Alimentos que consume en la merienda						arroz, pan y proteína											
EVOLUCIÓN																	
		Peso				IMC											
Primer mes	04/03/2019																
	11/03/2019																
	18/03/2019																
	25/03/2019	63				25,3											
Segundo mes	01/04/2019																
	08/04/2019																
	15/04/2019																
	22/04/2019	62,5				25,1											
Tercer mes	29/04/2019																
	06/05/2019																
	13/05/2019																
	20/05/2019	61,5				24,4											

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: Quito 04-04-2019

Yo,, con CI. autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI..... NO... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI..... NO... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI..... NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI..... NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI..... NO..... he leído este documento en su totalidad y SI..... NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI..... NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: [Firma]

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:
 Edad: 29 Género: Femenino Fecha de encuesta: 04-04-2019

Antecedentes de sobrepeso

- 1.a ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
 0 meses - 1 año 1 año - 3 años 4 años a más
- 1.b Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:
 Hábitos alimenticios Problemas emocionales Afectación de su sistema hormonal
- 2 ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
 Si No

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
 1-2 2-3 Más de 3
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
 Poco Normal Mucho
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?
 Carbohidratos Grasas Proteínas
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
 Si No
5. Con frecuencia usted come:
 Rápido Despacio
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?
 Dulce Salado Agrio Ácido Picante
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
 Si No
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?
 1-4 vasos 4-8 vasos Más de 8 vasos

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?
 Ira Preocupación- obsesión Miedo Tristeza- melancolía Insatisfacción
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
 Si No

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:
 Orgánico Emocional
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?

Presión arterial alta	Presión arterial baja	Colesterol elevado	Triglicéridos elevados	Dolores osteomusculares
-----------------------	-----------------------	--------------------	------------------------	-------------------------

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?
 1 2 3 Ninguna Más de 3
2. ¿Cuántas veces orina al día?
 1 2 3 Más de 3

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Valeria Luis Enrique Mantilla
 C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

HISTORIA CLÍNICA																			
Fecha: 11-03-2019																			
1. DATOS DE FILIACIÓN																			
APELLIDOS				NOMBRES				FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN						
								26/08/1992			26	F	Católica						
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS										
Tumbaco						Quito													
OCUPACIÓN				PROFESIÓN				REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO								
Docente				Docente															
2. MOTIVO DE CONSULTA																			
Paciente refiere: Dolor en la parte dorsal																			
3. ENFERMEDAD ACTUAL																			
Paciente refiere: Desde hace 15 días le duele la espalda alta sin motivo aparente																			
4. ANTECEDENTES PERSONALES																			
Nacimiento: Parto normal a término																			
Infancia: Operación por estrabismo a los 3 años																			
Adolescencia: Ninguno																			
Adultez: Nefritis a los 25 años																			
AGO																			
MENARQUÍA	14	FUM	02-mar	G	I	P	I	A	O	C	O	HV	I	HM	O	PF	X	CICLOS	Irregulares
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																			
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. Cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros										
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																			
CARDIOPULMONAR																			
Sin patología aparente																			
GASTROINTESTINAL																			
estreñimiento desde hace 15 días																			
GENITOURINARIO																			
Infecciones urinarias no frecuentes																			
NEUROLÓGICO																			
Sin patología aparente																			
MÚSCULO ESQUELÉTICO																			
Dolor columna dorsal																			
ENDOCRINOLÓGICO																			
Planificación familiar																			
EXAMEN FÍSICO																			
SIGNOS VITALES																			
TENSIÓN ARTERIAL		110/70		PULSO		70		F. RESPIRATORIA			18		TALLA		1.50				
PESO		64.3		IMC		28.57		MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)					89						
CABEZA																			
Normocefálica																			
Simetría				Sí				Reflejo pupilar											
1. Manchas		Ninguna		1. A la luz		normoreactivo													
2. Cicatrices		Ninguna		2. Consensuado		normoreactivo													
PALPACIÓN				3. Acomodación		normoreactivo													
3. Puntos dolorosos		3ro: Md: 8/10		4. Convergencia		normoreactivo													
CUELLO																			
INSPECCIÓN				PALPACIÓN															
1. Simetría		Sí		5. Puntos dolorosos		No													
2. Protuberancias		Ninguna		6. Ganglios linfáticos		No													
3. Manchas		No		7. Glándula tiroides		tamaño y forma normal													
4. Cicatrices		No																	
TÓRAX																			
INSPECCIÓN				PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)															
1. Simetría		Sí		V13		V19		V23											
2. Manchas		No		V14		V20		V25											
3. Lunares		No		V15		V21		V27											
4. Cicatrices		No		V18		V22		V28											
PERCUSIÓN				CORAZÓN															
AUSCULTACIÓN				Claro															
				Pulmonar: Murmullo vesicular															
				Rítmico caracterizado "LUB-DUB"															
ABDOMEN																			
INSPECCIÓN				PALPACIÓN															
1. Manchas		Ninguna		5. Superficial		suave y depresible, no doloroso													
2. Cicatrices		Ninguna		6. Profunda		no hay viceromegalias, no doloroso													
3. Estrías		Ninguna		7. Puntos dolorosos		Murphy: Negativos		MC Burney: Negativos											
PERCUSIÓN				8. Puntos uterinales		Superiores: Negativos		Medios: Negativos											
Mate en órganos macisos; timpánico en estómago				AUSCULTACIÓN															
9. Renal		No doloroso		sonidos hidroaéreos presentes															
HÁBITOS ALIMENTICIOS																			
Alimentos que consume en el desayuno				Café, pan y jugo															
Alimentos que consume en la media mañana				Nada															
Alimentos que consume en el almuerzo				Sopa, segundo (arroz con acompañado), jugo															
Alimentos que consume en la media tarde				Nada															
Alimentos que consume en la merienda				pan con té															
EVOLUCIÓN																			
		Peso						IMC											
Primer mes	12/03/2019																		
	19/03/2019																		
	26/03/2019																		
	02/04/2019	62,5						27,7											
Segundo mes	09/04/2019																		
	16/04/2019																		
	23/04/2019																		
	30/04/2019	62						27,5											
Tercer mes	07/05/2019																		
	14/05/2019																		
	21/05/2019																		
	28/05/2019	62						27,5											

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 12/03/2019.....

Yo,, con CI., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO..... he leído este documento en su totalidad y SI..... NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: 

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta Inicial

Nombre:...

Edad: 26..... Género: Femenino..... Fecha de encuesta: 12/03/2009.....

Antecedentes de sobrepeso

1. ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?

0 meses - 1 año	1 año - 3 años	/ 4 años a más
-----------------	----------------	----------------
- 1.b Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:

Hábitos alimenticios	/ Problemas emocionales	Afectación de su sistema hormonal
----------------------	-------------------------	-----------------------------------
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?

Si	/ No
----	------

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?

1-2	2-3	/ Más de 3
-----	-----	------------
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:

Poco	Normal	/ Mucho
------	--------	---------
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?

Carbohidratos	/ Grasas	Proteínas
---------------	----------	-----------
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?

Si	/ No
----	------
5. Con frecuencia usted come:

/ Rápido	Despacio
----------	----------
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?

Dulce	Salado	/ Agrio	Ácido	Picante
-------	--------	---------	-------	---------
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?

Si	/ No
----	------
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?

1-4 vasos	4-8 vasos	/ Más de 8 vasos
-----------	-----------	------------------

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?

Ira	Preocupación- obsesión	/ Miedo	Tristeza- melancolía	Insatisfacción
-----	------------------------	---------	----------------------	----------------
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?

/ Si	No
------	----

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:

/ Orgánico	Emocional
------------	-----------
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?

Presión arterial alta	Presión arterial baja	Colesterol elevado	Triglicéridos elevados	Dolores osteomusculares
-----------------------	-----------------------	--------------------	------------------------	-------------------------

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?

1	2	/ 3	Ninguna	Más de 3
---	---	-----	---------	----------
2. ¿Cuántas veces orina al día?

1	2	/ 3	Más de 3
---	---	-----	----------

HISTORIA CLÍNICA																																															
Fecha: 01-03-2019																																															
1. DATOS DE FILIACIÓN																																															
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN																																				
						24/01/1973			46	F	Católica																																				
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS																																						
Guajaló: Unión Popular						Quito																																									
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO																																						
Comercio			Comercio																																												
2. MOTIVO DE CONSULTA																																															
Paciente refiere: molestia en la espalda baja																																															
3. ENFERMEDAD ACTUAL																																															
Paciente refiere: ninguno																																															
4. ANTECEDENTES PERSONALES																																															
Nacimiento: parto normal a término																																															
Infancia: Ninguno																																															
Adolescencia: Ninguno																																															
Adultez: Ninguno																																															
AGO																																															
MEHARQUÍA	13	FUM		G	2	P	2	A	0	C	1	IV	2	HM	0	PF		CICLOS																													
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																																															
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. Cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros																																						
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																																															
CARDIOPULMONAR																																															
Sin patología aparente																																															
GASTROINTESTINAL																																															
Sin patología aparente																																															
GENITOURINARIO																																															
Sin patología aparente																																															
NEUROLÓGICO																																															
Sin patología aparente																																															
MÚSCULO ESQUELÉTICO																																															
molestias de la espalda baja																																															
ENDOCRINOLÓGICO																																															
Sin patología aparente																																															
EXAMEN FÍSICO																																															
SIGNOS VITALES																																															
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	PULSO	70	F. RESPIRATORIA	14	TALLA	1,53																																								
PESO	68	IMC	29,06	MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)	100																																										
CABEZA																																															
Normocefálica																																															
Simetría				Sí				Reflejo pupilar																																							
1. Manchas				Ninguna				1. A la luz				normoreactivo																																			
2. Cicatrices				Ninguna				2. Consensuado				normoreactivo																																			
								3. Acomodación				normoreactivo																																			
3. Puntos dolorosos				3ro: Md: 8/10				4. Convergenia				normoreactivo																																			
CUELLO																																															
INSPECCIÓN						PALPACIÓN																																									
1. Simetría						Sí						5. Puntos dolorosos						No																													
2. Protuberancias						Ninguna						6. Ganglios linfáticos						No																													
3. Manchas						No						7. Glándula tiroidea						tamaño y forma normal																													
4. Cicatrices						No																																									
TÓRAX																																															
INSPECCIÓN						PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)																																									
1. Simetría						Sí						V13						V19						V23																							
2. Manchas						No						V14						V20						V25																							
3. Lunares						No						V15						V21						V27																							
4. Cicatrices						No						V18						V22						V28																							
PERCUSIÓN												Claro																																			
AUSCULTACIÓN												Pulmonar: Murmullo vesicular												CORAZÓN												Rítmico caracte rizado "LUB-DUB"											
ABDOMEN																																															
INSPECCIÓN						PALPACIÓN																																									
1. Manchas						Ninguna						5. Superficial						suave y depresible, no doloroso																													
2. Cicatrices						Ninguna						6. Profunda						no hay viceromegalias, no doloroso																													
3. Estrías						Ninguna						7. Puntos dolorosos						Murphy: Negativos						MC Burney: Negativos																							
												8. Puntos uterinales						Superiores: Negativos						Medios: Negativos																							
Mate en órganos macisos; timpánico en estómago																																															
9. Renal												No doloroso												sonidos hidro aéreos presentes																							
HÁBITOS ALIMENTICIOS																																															
Alimentos que consume en el desayuno						Arroz y café																																									
Alimentos que consume en la media mañana						Pan o fruta																																									
Alimentos que consume en el almuerzo						Sopa o arroz con pollo, papas, ensalada y salsa																																									
Alimentos que consume en la media tarde						Plátano o alguna fruta																																									
Alimentos que consume en la merienda						arroz con algún acompañado																																									
EVOLUCIÓN																																															
		Peso						IMC																																							
Primer mes	04/03/2019																																														
	11/03/2019																																														
	18/03/2019																																														
	25/03/2019	66						28,32																																							
Segundo mes	01/04/2019																																														
	08/04/2019																																														
	15/04/2019																																														
	22/04/2019	65						27,89																																							
Tercer mes	29/04/2019																																														
	06/05/2019																																														
	13/05/2019																																														
	20/05/2019	65						27,89																																							

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: Quito, 11 de marzo de 2019

Yo,, con CI., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI NO he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI NO he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: 

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE:

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:
 Edad: 46 Género: Femenino Fecha de encuesta: 15-04-2019

Antecedentes de sobrepeso

1. ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?

0 meses - 1 año	1 año - 3 años	<input checked="" type="checkbox"/> 4 años a más
-----------------	----------------	--
1. ¿Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:

Hábitos alimenticios	<input checked="" type="checkbox"/> Problemas emocionales	<input checked="" type="checkbox"/> Afectación de su sistema hormonal
----------------------	---	---
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?

Si	No	<input checked="" type="checkbox"/>
----	----	-------------------------------------

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?

1-2	2-3	<input checked="" type="checkbox"/> Más de 3
-----	-----	--
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:

Poco	Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Mucho
------	--------	---
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?

Carbohidratos	<input checked="" type="checkbox"/> Grasas	<input checked="" type="checkbox"/> Proteínas
---------------	--	---
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?

Si	No	<input checked="" type="checkbox"/>
----	----	-------------------------------------
5. Con frecuencia usted come:

Rápido	<input checked="" type="checkbox"/> Despacio
--------	--
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?

Dulce	<input checked="" type="checkbox"/> Salado	<input checked="" type="checkbox"/> Agrio	Ácido	Picante
-------	--	---	-------	---------
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?

Si	No	<input checked="" type="checkbox"/>
----	----	-------------------------------------
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?

1-4 vasos	<input checked="" type="checkbox"/> 4-8 vasos	Más de 8 vasos
-----------	---	----------------

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?

Ira	<input checked="" type="checkbox"/> Preocupación-obsesión	<input checked="" type="checkbox"/> Miedo	Tristeza-melancolía	Insatisfacción
-----	---	---	---------------------	----------------
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?

Si	No	<input checked="" type="checkbox"/>
----	----	-------------------------------------

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:

Orgánico	<input checked="" type="checkbox"/> Emocional
----------	---
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?

Presión arterial alta	Presión arterial baja	<input checked="" type="checkbox"/> Colesterol elevado	Triglicéridos elevados	Dolores osteomusculares	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------	-----------------------	--	------------------------	-------------------------	-------------------------------------

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?

1	2	3	Ninguna	<input checked="" type="checkbox"/> Más de 3
---	---	---	---------	--
2. ¿Cuántas veces orina al día?

1	2	3	Más de 3	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	---	----------	-------------------------------------

HISTORIA CLÍNICA																		
Fecha: 01-03-2019																		
1. DATOS DE FILIACIÓN																		
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	REUGIÓN							
						05/09/1971			47	F	Católica							
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS									
Lucha de los Pobres						Quito												
OCUPACIÓN				PROFESIÓN				REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO							
Ama de casa				Ama de casa														
2. MOTIVO DE CONSULTA																		
Paciente refiere: Molestias en la espalda baja																		
3. ENFERMEDAD ACTUAL																		
Paciente refiere: Sin motivo aparente le empezó a doler la espalda baja																		
4. ANTECEDENTES PERSONALES																		
Nacimiento: Parto normal a término																		
Infancia: Ronchas a los 7 meses / dermatitis																		
Adolescencia: Ninguna																		
Adultez: Espolón calcáneo a los 39																		
AGO																		
MENARQUIA	12	FUM	05-mar	G	5	P	3	A	2	C	0	HV	3	HM	2	PF	CICLOS	Regulares
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																		
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. Cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros									
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																		
CARDIOPULMONAR																		
Sin patología aparente																		
GASTROINTESTINAL																		
Sin patología aparente																		
GENITOURINARIO																		
Sin patología aparente																		
NEUROLÓGICO																		
Sin patología aparente																		
MÚSCULO ESQUELÉTICO																		
Molestia lumbar																		
ENDOCRINOLÓGICO																		
Sin patología aparente																		
EXAMEN FÍSICO																		
SIGNOS VITALES		TENSIÓN ARTERIAL	110/70	PULSO	70	F. RESPIRATORIA	18	TALLA	1.48									
		PESO	65,5	IMC	29,9	MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)			90,5									
CABEZA																		
Normocefálica																		
Simetría				Sí				Reflejo pupilar										
1. Manchas				Ninguna				1. A la luz		normoreactivo								
2. Cicatrices				Ninguna				2. Consensuado		normoreactivo								
				PALPACIÓN				3. Acomodación		normoreactivo								
3. Puntos dolorosos				3ro: Md: 8/10				4. Convergencia		normoreactivo								
CUELLO																		
INSPECCIÓN				PALPACIÓN														
1. Simetría				Sí				5. Puntos dolorosos		No								
2. Protuberancias				Ninguna				6. Ganglios linfáticos		No								
3. Manchas				No				7. Glándula tiroideas		tamaño y forma normal								
4. Cicatrices				No														
TÓRAX																		
INSPECCIÓN				PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)														
1. Simetría				Sí				V13		V19		V23		positivos				
2. Manchas				No				V14		V20		V25						
3. Lunares				No				V15		V21		V27						
4. Cicatrices				No				V18		V22		V28						
PERCUSIÓN				Claro														
AUSCULTACIÓN				Pulmonar: Murmullo vesicular				CORAZÓN		Rítmico caracterizado "LUB-DUB"								
ABDOMEN																		
INSPECCIÓN				PALPACIÓN														
1. Manchas				Ninguna				5. Superficial		suave y depresible, no doloroso								
2. Cicatrices				Ninguna				6. Profunda		no hay viceromegalias, no doloroso								
3. Etrías				Ninguna				7. Puntos dolorosos		Murphy: Negativos		MC Burney: Negativos						
				PERCUSIÓN				8. Puntos uterinales		Superiores: Negativos		Medios: Negativos						
Mate en órganos macisos; timpánico en estómago								AUSCULTACIÓN										
9. Renal				No doloroso				sonidos hidro aéreos presentes										
HÁBITOS ALIMENTICIOS																		
Alimentos que consume en el desayuno						Calentado de la merienda (arroz, menestra, huevo, carne)												
Alimentos que consume en la media mañana						Pan con dulce												
Alimentos que consume en el almuerzo						Sopa, arroz, y jugo												
Alimentos que consume en la media tarde						Café con pan o tamal												
Alimentos que consume en la merienda						Arroz con pollo												
EVOLUCIÓN																		
		Peso				IMC												
Primer mes	04/03/2019																	
	11/03/2019																	
	18/03/2019																	
	25/03/2019	62,7				28,6												
Segundo mes	01/04/2019																	
	08/04/2019																	
	15/04/2019																	
	22/04/2019	61,5				28												
Tercer mes	29/04/2019																	
	06/05/2019																	
	13/05/2019																	
	20/05/2019	61				27,85												

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 11 de Marzo del 2019

Yo,....., con CI., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI...... NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI...... NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI...... NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI...... NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI...... NO..... he leído este documento en su totalidad y SI...... NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI...... NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: [Firma]

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:

Edad: 47... Género: femenino... Fecha de encuesta: 11-05-2019

Antecedentes de sobrepeso

1. ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
 0 meses – 1 año 1 año – 3 años 4 años a más
1. b) Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:

Hábitos alimenticios	Problemas emocionales	<input checked="" type="checkbox"/>	Afectación de su sistema hormonal
----------------------	-----------------------	-------------------------------------	-----------------------------------
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
 Si No

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
 1-2 2-3 Más de 3
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
 Poco Normal Mucho
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?
 Carbohidratos Grasas Proteínas
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
 Si No
5. Con frecuencia usted come:
 Rápido Despacio
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?
 Dulce Salado Agrio Ácido Picante
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
 Si No
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?
 1-4 vasos 4-8 vasos Más de 8 vasos

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?

Ira	Preocupación- obsesión	Miedo	Tristeza- melancolía	Insatisfacción	<input checked="" type="checkbox"/>
-----	------------------------	-------	----------------------	----------------	-------------------------------------
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
 Si No

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:
 Orgánico Emocional
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?

Presión arterial alta	Presión arterial baja	Colesterol elevado	Triglicéridos elevados	Dolores osteomusculares	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------	-----------------------	--------------------	------------------------	-------------------------	-------------------------------------

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?
 1 2 3 Ninguna Más de 3
2. ¿Cuántas veces orina al día?
 1 2 3 Más de 3

HISTORIA CLÍNICA											
Fecha: 01-03-2019											
1. DATOS DE FILIACIÓN											
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN
						18/08/1993			25	F	
DIRECCIÓN				CIUDAD		TELÉFONOS					
La Bretaña				Quito							
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO		
Profesora			Profesora								
2. MOTIVO DE CONSULTA											
Paciente refiere: Molestia en el cuello. Cervical											
3. ENFERMEDAD ACTUAL											
Paciente refiere: Encontrarse estresada											
4. ANTECEDENTES PERSONALES											
Nacimiento: Cesárea											
Infancia: Ninguno											
Adolescencia: Ninguno											
Adultez: Ovario poliquístico a los 21 años, gastritis a los 23 años											
AGO											
MENARQUIA	15	FUM	10-mar	G		P		A		C	
										HV	
										HM	
										PF	
											CICLOS Irregulares
5. ANTECEDENTES FAMILIARES											
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros		
6. REVISIÓN DE SISTEMAS											
CARDIOPULMONAR											
Sin patología aparente											
GASTROINTESTINAL											
Gastritis desde los 23 años											
GENITOURINARIO											
Sin patología aparente											
NEUROLÓGICO											
Sin patología aparente											
MÚSCULO ESQUELÉTICO											
Molestia en la extremidad izquierda con el frío											
ENDOCRINOLÓGICO											
Ovario poliquístico											
EXAMEN FÍSICO											
SIGNOS VITALES											
TENSIÓN ARTERIAL	110/60	PULSO	70	F. RESPIRATORIA	14	TAILLA	1,54				
PESO	64	IMC	27	MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)			82				
CABEZA											
Normocefálica											
Simetría			Sí			Reflejo pupilar					
1. Manchas	Ninguna			1. A la luz			normoreactivo				
2. Cicatrices	Ninguna			2. Consensuado			normoreactivo				
PALPACIÓN			3. Acomodación			normoreactivo					
3. Puntos dolorosos	Ti-mt-md-a			4. Convergencia			normoreactivo				
CUELLO											
INSPECCIÓN			PALPACIÓN								
1. Simetría	Sí			5. Puntos dolorosos			No				
2. Protuberancias	Ninguna			6. Ganglios linfáticos			No				
3. Manchas	No			7. Glándula tiroidea			tamaño y forma normal				
4. Cicatrices	No										
TÓRAX											
INSPECCIÓN			PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)								
1. Simetría	Sí			V13	V19	V23	positivos				
2. Manchas	No			V14	V20	V25					
3. Lunares	No			V15	V21	V27					
4. Cicatrices	No			V18	positivos	V22	V28				
PERCUSIÓN			AUSCULTACIÓN								
Claro			Pulmonar: Murmullo vesicular			CORAZÓN			Rítmico caracterizado "LUB-DUB"		
ABDOMEN											
INSPECCIÓN			PALPACIÓN								
1. Manchas	Ninguna			5. Superficial			suave y depresible, no doloroso				
2. Cicatrices	Ninguna			6. Profunda			no hay viceromegalias, no doloroso				
3. Estrías	Ninguna			7. Puntos dolorosos			Murphy: Negativos		MC Burney: Negativos		
PERCUSIÓN			8. Puntos uterenales			Superiores: Negativos		Medios: Negativos			
Mate en órganos macisos; timpánico en estómago			AUSCULTACIÓN			sonidos hidro aéreos presentes					
9. Renal	No doloroso										
HÁBITOS ALIMENTICIOS											
Alimentos que consume en el desayuno						Fruta					
Alimentos que consume en la media mañana						arroz, carne, menestra, cola					
Alimentos que consume en el almuerzo						Ensalada y carne, arroz y carne, fritos, bebidas colorantes					
Alimentos que consume en la media tarde						fruta					
Alimentos que consume en la merienda						pan con té verde, o fritos con arroz, jugos y dulces					
EVOLUCIÓN											
		Peso				IMC					
Primer mes	04/03/2019										
	11/03/2019										
	18/03/2019										
	25/03/2019	62,5				26,37					
Segundo mes	01/04/2019										
	08/04/2019										
	15/04/2019										
	22/04/2019	62				26,16					
Tercer mes	29/04/2019										
	06/05/2019										
	13/05/2019										
	20/05/2019	62				26,16					

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 27 de Marzo del 2019

Yo....., con CI....., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI...... NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI...... NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI...... NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI...... NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI...... NO..... he leído este documento en su totalidad y SI...... NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI...... NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE: ..

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: [Firma]

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:

Edad: 25 Género: Femenino Fecha de encuesta: 27-03-2019

Antecedentes de sobrepeso

1. a. ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?

0 meses – 1 año	1 año – 3 años	4 años a más
-----------------	----------------	--------------
1. b. Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:

Hábitos alimenticios	Problemas emocionales	Afectación de su sistema hormonal
----------------------	-----------------------	-----------------------------------
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?

Si	No
----	----

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?

1-2	2-3	Más de 3
-----	-----	----------
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:

Poco	Normal	Mucho
------	--------	-------
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?

Carbohidratos	Grasas	Proteínas
---------------	--------	-----------
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?

Si	No
----	----
5. Con frecuencia usted come:

Rápido	Despacio
--------	----------
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?

Dulce	Salado	Agrio	Ácido	Picante
-------	--------	-------	-------	---------
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?

Si	No
----	----
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?

1-4 vasos	4-8 vasos	Más de 8 vasos
-----------	-----------	----------------

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?

Ira	Preocupación- obsesión	Miedo	Tristeza- melancolía	Insatisfacción
-----	------------------------	-------	----------------------	----------------
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?

Si	No
----	----

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:

Orgánico	Emocional
----------	-----------
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?

Presión arterial alta	Presión arterial baja	Colesterol elevado	Triglicéridos elevados	Dolores osteomusculares
-----------------------	-----------------------	--------------------	------------------------	-------------------------

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?

1	2	3	Ninguna	Más de 3
---	---	---	---------	----------
2. ¿Cuántas veces orina al día?

1	2	3	Más de 3
---	---	---	----------

HISTORIA CLÍNICA																		
Fecha: 11-03-2019																		
1. DATOS DE FILIACIÓN																		
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN							
						30/10/1972			47	F								
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS									
Centro de Tumbaco						Quito												
OCUPACIÓN				PROFESIÓN		REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO									
Secretaría				Secretaría														
2. MOTIVO DE CONSULTA																		
Paciente refiere: Quiere bajar de peso																		
3. ENFERMEDAD ACTUAL																		
Paciente refiere: Hipotiroidismo y esquirola en rodilla																		
4. ANTECEDENTES PERSONALES																		
Nacimiento: Parto normal a término																		
Infancia: Amigdalitis a los 9 años																		
Adolescencia: Ninguno																		
Adultez: Ninguno																		
AGO																		
MENARQUÍA	14	FUM		G	2	P	2	A	0	C	1	HV	2	HM	0	PF	0	CICLOS
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																		
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. Cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros									
Hermana con cáncer de mama																		
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																		
CARDIOPULMONAR																		
Sin patología aparente																		
GASTROINTESTINAL																		
Sin patología aparente																		
GENITOURINARIO																		
Sin patología aparente																		
NEUROLÓGICO																		
Cefaleas																		
MÚSCULO ESQUELÉTICO																		
Sin patología aparente																		
ENDOCRINOLÓGICO																		
hipotiroidismo																		
SIGNOS VITALES																		
EXAMEN FÍSICO																		
TENSIÓN ARTERIAL		110/70	PULSO		70	F. RESPIRATORIA		16	TALLA		1,55							
PESO		64,4	IMC		26,83	MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)		86										
CABEZA																		
Normocefálica																		
Simetría				Sí				Reflejo pupilar										
1. Manchas				Ninguna				1. A la luz				normoreactivo						
2. Cicatrices				Ninguna				2. Consensuado				normoreactivo						
3. Puntos dolorosos				Md				3. Acomodación				normoreactivo						
4. Convergencia								4. Convergencia				normoreactivo						
CUELLO																		
INSPECCIÓN						PALPACIÓN												
1. Simetría						Sí												
2. Protuberancias						Ninguna												
3. Manchas						No												
4. Cicatrices						No												
5. Puntos dolorosos						VB 21												
6. Ganglios linfáticos						No												
7. Glándula tiroidea						tamaño y forma normal												
TÓRAX																		
INSPECCIÓN						PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)												
1. Simetría						Sí		V13		V19		V23		positivos				
2. Manchas						No		V14		V20		V25						
3. Lunares						No		V15		V21		V27						
4. Cicatrices						Bajo el seno izquierdo		V18		V22		V28						
PERCUSIÓN						Claro												
AUSCULTACIÓN						Pulmonar: Murmullo vesicular												
CORAZÓN						Rítmico caracterizado "LUB-DUB"												
ABDOMEN																		
INSPECCIÓN						PALPACIÓN												
1. Manchas						Ninguna												
2. Cicatrices						cesárea												
3. Estrías						Ninguna												
5. Superficial						suave y depresible, no doloroso												
6. Profunda						no hay viceromegalias, no doloroso												
7. Puntos dolorosos						Murphy: Negativos		MC Burney: Negativos										
8. Puntos uterinos						Superiores: Negativos		Medios: Negativos										
PERCUSIÓN						Mate en órganos macisos; timpánico en estómago												
AUSCULTACIÓN						sonidos hidro aéreos presentes												
9. Renal						No doloroso												
HÁBITOS ALIMENTICIOS																		
Alimentos que consume en el desayuno						jugo, huevo, tostada con café												
Alimentos que consume en la media mañana						café con pan												
Alimentos que consume en el almuerzo						ensalada, carne, jugo, arroz y postres												
Alimentos que consume en la media tarde						nada												
Alimentos que consume en la merienda						café con pan												
EVOLUCIÓN																		
		Peso				IMC												
Primer mes	12/03/2019																	
	19/03/2019																	
	26/03/2019																	
	02/04/2019	63				26,25												
Segundo mes	09/04/2019																	
	16/04/2019																	
	23/04/2019																	
	30/04/2019	62,2				25,91												
Tercer mes	07/05/2019																	
	14/05/2019																	
	21/05/2019																	
	28/05/2019	62				25,83												

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 14. Marzo - 2019

Yo,....., con CI., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI..... NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI..... NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI..... NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI..... NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI..... NO..... he leído este documento en su totalidad y SI..... NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI..... NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: 

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:...

Edad: 47 Género: Femenino Fecha de encuesta: 14 Mar 2012

Antecedentes de sobrepeso

1. ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
- | | | |
|-----------------|----------------|--------------|
| 0 meses - 1 año | 1 año - 3 años | 4 años a más |
|-----------------|----------------|--------------|
1. ¿Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:
- | | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Hábitos alimenticios | Problemas emocionales | Afectación de su sistema hormonal |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
- | | | |
|-----|-----|----------|
| 1-2 | 2-3 | Más de 3 |
|-----|-----|----------|
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
- | | | |
|------|--------|-------|
| Poco | Normal | Mucho |
|------|--------|-------|
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?
- | | | |
|---------------|--------|-----------|
| Carbohidratos | Grasas | Proteínas |
|---------------|--------|-----------|
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|
5. Con frecuencia usted come:
- | | |
|--------|----------|
| Rápido | Despacio |
|--------|----------|
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?
- | | | | | |
|-------|--------|-------|-------|---------|
| Dulce | Salado | Agrio | Ácido | Picante |
|-------|--------|-------|-------|---------|
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?
- | | | |
|-----------|-----------|----------------|
| 1-4 vasos | 4-8 vasos | Más de 8 vasos |
|-----------|-----------|----------------|

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?
- | | | | | |
|-----|-----------------------|-------|---------------------|----------------|
| Ira | Preocupación-obsesión | Miedo | Tristeza-melancolía | Insatisfacción |
|-----|-----------------------|-------|---------------------|----------------|
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:
- | | |
|----------|-----------|
| Orgánico | Emocional |
|----------|-----------|
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?
- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|
| Presión arterial alta | Presión arterial baja | Colesterol elevado | Triglicéridos elevados | Dolores osteomusculares |
|-----------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?
- | | | | | |
|---|---|---|---------|----------|
| 1 | 2 | 3 | Ninguna | Más de 3 |
|---|---|---|---------|----------|
2. ¿Cuántas veces orina al día?
- | | | | |
|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | Más de 3 |
|---|---|---|----------|

HISTORIA CLÍNICA															
Fecha: 01-03-2019															
1. DATOS DE FILIACIÓN															
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN				
						01/06/1984			34	F	Católica				
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS						
Ciudadela Ibarra						Quito									
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO						
Profesora			Profesora												
2. MOTIVO DE CONSULTA															
Paciente refiere: Cefalea frontal															
3. ENFERMEDAD ACTUAL															
Paciente refiere: Desde hace 10 años tiene cefaleas															
4. ANTECEDENTES PERSONALES															
Nacimiento: cesárea															
Infancia: a los 9 meses caída con hematoma en la cabeza															
Adolescencia: Ninguno															
Adultez: a los 23 años ciclos irregulares de menstruación por ovarios poliquísticos															
5. ANTECEDENTES FAMILIARES															
MENARQUÍA 13 FUM 07-feb G 1 P 1 A 0 C 1 HV 1 HM 0 PF X CICLOS Irregulares															
5. ANTECEDENTES FAMILIARES															
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros						
6. REVISIÓN DE SISTEMAS															
CARDIOPULMONAR															
Sin patología aparente															
GASTROINTESTINAL															
Sin patología aparente															
GENITOURINARIO															
a los 30 años Infecciones urinarias espaciadas															
NEUROLÓGICO															
cefaleas en la parte frontal y occipital															
MÚSCULO ESQUELÉTICO															
desde los 30 años por el frío hinchazón de rodillas															
ENDOCRINOLÓGICO															
menstruaciones irregulares															
EXAMEN FÍSICO															
SIGNOS VITALES															
TENSIÓN ARTERIAL		120/80	PULSO		70	F. RESPIRATORIA		14	TALLA		1,54				
PESO		62	IMC		26,16	MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)		89							
CABEZA															
Normocefálica															
Simetría				Sí				Reflejo pupilar							
1. Manchas				Ninguna				1. A la luz		normoreactivo					
2. Cicatrices				Ninguna				2. Consensuado		normoreactivo					
3. Puntos dolorosos				3ro: Md: 8/10				3. Acomodación		normoreactivo					
4. Cicatrices				No				4. Convergencia		normoreactivo					
CUELLO															
INSPECCIÓN				PALPACIÓN											
1. Simetría				Sí				5. Puntos dolorosos		No					
2. Protuberancias				Ninguna				6. Ganglios linfáticos		No					
3. Manchas				No				7. Glándula tiroides		tamaño y forma normal					
4. Cicatrices				No											
TÓRAX															
INSPECCIÓN				PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)											
1. Simetría				Sí				V13		V19		V23		positivos	
2. Manchas				No				V14		V20		V25			
3. Lunares				No				V15		V21		V27			
4. Cicatrices				No				V18		V22		V28			
PERCUSIÓN				Claro											
AUSCULTACIÓN				Pulmonar: Murmullo vesicular				CORAZÓN		Rítmico caracterizado "LUB-DUB"					
ABDOMEN															
INSPECCIÓN				PALPACIÓN											
1. Manchas				Ninguna				5. Superficial		suave y depresible, no doloroso					
2. Cicatrices				cesárea				6. Profunda		no hay viceromegalias, no doloroso					
3. Estrías				Ninguna				7. Puntos dolorosos		VB					
PERCUSIÓN				8. Puntos uterinales				Superiores: Negativos		Medios: Negativos					
Mate en órganos macisos; timpánico en estómago								AUSCULTACIÓN							
9. Renal				No doloroso				sonidos hidro aéreos presentes							
HÁBITOS ALIMENTICIOS															
Alimentos que consume en el desayuno								arroz, sopa y Jugo							
Alimentos que consume en la media mañana								yogurth							
Alimentos que consume en el almuerzo								sopa, arroz con acompañado							
Alimentos que consume en la media tarde								nada							
Alimentos que consume en la merienda								sopa, arroz							
EVOLUCIÓN															
		Peso				IMC									
Primer mes	04/03/2019														
	11/03/2019														
	18/03/2019														
	25/03/2019	61				25,73									
Segundo mes	01/04/2019														
	08/04/2019														
	15/04/2019														
	22/04/2019	59,5				25,1									
Tercer mes	29/04/2019														
	06/05/2019														
	13/05/2019														
	20/05/2019	61				25,73									

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 11-04-2019

Yo,, con CI., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI...X... NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI...X... NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI...X... NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI...X... NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI...X... NO..... he leído este documento en su totalidad y SI...X... NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI...X... NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: 

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:

Edad: 34 Género: Femenino Fecha de encuesta: 01-04-2019

Antecedentes de sobrepeso

1. a. ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
- | | | |
|-----------------|----------------|--------------|
| 0 meses – 1 año | 1 año – 3 años | 4 años a más |
|-----------------|----------------|--------------|
1. b. Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:
- | | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Hábitos alimenticios | Problemas emocionales | Afectación de su sistema hormonal |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
- | | | |
|-----|-----|----------|
| 1-2 | 2-3 | Más de 3 |
|-----|-----|----------|
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
- | | | |
|------|--------|-------|
| Poco | Normal | Mucho |
|------|--------|-------|
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?
- | | | |
|---------------|--------|-----------|
| Carbohidratos | Grasas | Proteínas |
|---------------|--------|-----------|
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|
5. Con frecuencia usted come:
- | | |
|--------|----------|
| Rápido | Despacio |
|--------|----------|
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?
- | | | | | |
|-------|--------|-------|-------|---------|
| Dulce | Salado | Agrio | Ácido | Picante |
|-------|--------|-------|-------|---------|
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?
- | | | |
|-----------|-----------|----------------|
| 1-4 vasos | 4-8 vasos | Más de 8 vasos |
|-----------|-----------|----------------|

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?
- | | | | | |
|-----|------------------------|-------|----------------------|----------------|
| Ira | Preocupación- obsesión | Miedo | Tristeza- melancolía | Insatisfacción |
|-----|------------------------|-------|----------------------|----------------|
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:
- | | |
|----------|-----------|
| Orgánico | Emocional |
|----------|-----------|
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?
- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|
| Presión arterial alta | Presión arterial baja | Colesterol elevado | Triglicéridos elevados | Dolores osteomusculares |
|-----------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?
- | | | | | |
|---|---|---|---------|----------|
| 1 | 2 | 3 | Ninguna | Más de 3 |
|---|---|---|---------|----------|
2. ¿Cuántas veces orina al día?
- | | | | |
|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | Más de 3 |
|---|---|---|----------|

HISTORIA CLÍNICA																				
Fecha: 06-03-2019																				
1. DATOS DE FILIACIÓN																				
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN									
						13/08/1994			24	F	Católica									
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS											
El Carmen						Quito														
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO											
Comercio			Comercio																	
2. MOTIVO DE CONSULTA																				
Paciente refiere: Molestias por gripe																				
3. ENFERMEDAD ACTUAL																				
Paciente refiere: desde hace dos años padece de estreñimiento no frecuente																				
4. ANTECEDENTES PERSONALES																				
Nacimiento: parto normal a término																				
Infancia: Ninguno																				
Adolescencia: Ninguno																				
Adultez: a los 23 años le detectan quistes en el ovario izquierdo																				
AGO																				
MENARQUÍA	13	FUM	27-mar	G	2	P	2	A	0	C	0	HV	2	HM	0	PF	0	CICLOS	Irregulares	
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																				
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros											
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																				
CARDIOPULMONAR																				
Sin patología aparente																				
GASTROINTESTINAL																				
estreñimiento desde los 22 años																				
GENITOURINARIO																				
Sin patología aparente																				
NEUROLÓGICO																				
Sin patología aparente																				
MÚSCULO ESQUELÉTICO																				
Sin patología aparente																				
ENDOCRINOLÓGICO																				
implante desde hace 2 años																				
SIGNOS VITALES																				
EXAMEN FÍSICO																				
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	PULSO	70	F. RESPIRATORIA	16	TALLA	1,59													
PESO	72	IMC	28,57	MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)	100															
CABEZA																				
Normocefálica																				
Simetría					Sí					Reflejo pupilar										
1. Manchas	Ninguna					1. A la luz					normoreactivo									
2. Cicatrices	Ninguna					2. Consensuado					normoreactivo									
PALPACIÓN					3. Acomodación					normoreactivo										
3. Puntos dolorosos	3ro: Md: 8/10					4. Convergencia					normoreactivo									
CUELLO																				
INSPECCIÓN										PALPACIÓN										
1. Simetría	Sí					5. Puntos dolorosos					No									
2. Protuberancias	Ninguna					6. Ganglios linfáticos					No									
3. Manchas	No					7. Glándula tiroides					tamaño y forma normal									
4. Cicatrices	No																			
TÓRAX																				
INSPECCIÓN										PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)										
1. Simetría	Sí					V13	V19	V23												
2. Manchas	No					V14	V20	V25												
3. Lunares	No					V15	V21	V27												
4. Cicatrices	No					V18	V22	V28												
PERCUSIÓN										CORAZÓN										
AUSCULTACIÓN										Rítmico caracterizado "LUB-DUB"										
Claro										Pulmonar: Murmullo vesicular										
ABDOMEN																				
INSPECCIÓN										PALPACIÓN										
1. Manchas	Ninguna					5. Superficial					suave y depresible, no doloroso									
2. Cicatrices	Ninguna					6. Profunda					no hay viceromegalias, no doloroso									
3. Estrías	Ninguna					7. Puntos dolorosos					Murphy: Negativos MC Burney: Negativos									
PERCUSIÓN										8. Puntos uterinales										
Mate en órganos macisos; timpánico en estómago										Superiores: Negativos Medios: Negativos										
9. Renal										AUSCULTACIÓN										
No doloroso										sonidos hidro aéreos presentes										
HÁBITOS ALIMENTICIOS																				
Alimentos que consume en el desayuno										huevo, pan , café o leche										
Alimentos que consume en la media mañana										yogurt, galleta o fruta										
Alimentos que consume en el almuerzo										arroz con acompañado, ensalada y menestra										
Alimentos que consume en la media tarde										café y pan										
Alimentos que consume en la merienda										arroz con carne, ensalada y menestra										
EVOLUCIÓN																				
		Peso										IMC								
Primer mes	07/03/2019																			
	14/03/2019																			
	21/03/2019																			
	28/03/2019	69										27,38								
Segundo mes	04/04/2019																			
	11/04/2019																			
	18/04/2019																			
	25/04/2019	68										26,98								
Tercer mes	02/05/2019																			
	09/05/2019																			
	16/05/2019																			
	23/05/2019	68										26,98								

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 23/10/10

Yo,, con C.I., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI NO he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI NO he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: 

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:

Edad: 29 Género: Femenino Fecha de encuesta: 02.11.2019

Antecedentes de sobrepeso

1. a) ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
- | | | |
|-----------------|----------------|--|
| 0 meses - 1 año | 1 año - 3 años | <input checked="" type="checkbox"/> 4 años a más |
|-----------------|----------------|--|
1. b) Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:
- | | | |
|----------------------|---|-----------------------------------|
| Hábitos alimenticios | <input checked="" type="checkbox"/> Problemas emocionales | Afectación de su sistema hormonal |
|----------------------|---|-----------------------------------|
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
- | | | |
|----|----|-------------------------------------|
| Si | No | <input checked="" type="checkbox"/> |
|----|----|-------------------------------------|

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
- | | | |
|-----|-----|--|
| 1-2 | 2-3 | <input checked="" type="checkbox"/> Más de 3 |
|-----|-----|--|
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
- | | | |
|------|--------|---|
| Poco | Normal | <input checked="" type="checkbox"/> Mucho |
|------|--------|---|
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?
- | | | |
|---------------|--------|---|
| Carbohidratos | Grasas | <input checked="" type="checkbox"/> Proteínas |
|---------------|--------|---|
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
- | | | |
|----|----|-------------------------------------|
| Si | No | <input checked="" type="checkbox"/> |
|----|----|-------------------------------------|
5. Con frecuencia usted come:
- | | | |
|--------|----------|-------------------------------------|
| Rápido | Despacio | <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------|----------|-------------------------------------|
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?
- | | | | | |
|-------|--------|---|-------|---------|
| Dulce | Salado | <input checked="" type="checkbox"/> Agrio | Ácido | Picante |
|-------|--------|---|-------|---------|
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
- | | | |
|----|----|-------------------------------------|
| Si | No | <input checked="" type="checkbox"/> |
|----|----|-------------------------------------|
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?
- | | | |
|-----------|---|----------------|
| 1-4 vasos | <input checked="" type="checkbox"/> 4-8 vasos | Más de 8 vasos |
|-----------|---|----------------|

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?
- | | | | | |
|---|------------------------|---|----------------------|----------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ira | Preocupación- obsesión | <input checked="" type="checkbox"/> Miedo | Tristeza- melancolía | Insatisfacción |
|---|------------------------|---|----------------------|----------------|
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
- | | | |
|----|----|-------------------------------------|
| Si | No | <input checked="" type="checkbox"/> |
|----|----|-------------------------------------|

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:
- | | | |
|----------|-----------|-------------------------------------|
| Orgánico | Emocional | <input checked="" type="checkbox"/> |
|----------|-----------|-------------------------------------|
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?
- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|---|
| Presión arterial alta | Presión arterial baja | Colesterol elevado | Triglicéridos elevados | <input checked="" type="checkbox"/> Dolores osteomusculares |
|-----------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|---|

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?
- | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---------|----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 2 | 3 | Ninguna | Más de 3 |
|---------------------------------------|---|---|---------|----------|
2. ¿Cuántas veces orina al día?
- | | | | |
|---|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> Más de 3 |
|---|---|---|--|

HISTORIA CLÍNICA																		
Fecha: 01-03-2019																		
1. DATOS DE FILIACIÓN																		
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN							
						10/12/1977			40	F	Católica							
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS									
Ciudadela María Elena Salazar						Quito												
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO									
Conserje																		
2. MOTIVO DE CONSULTA																		
Paciente refiere: molestias en la parte baja de la espalda																		
3. ENFERMEDAD ACTUAL																		
Paciente refiere: molestias de los talones desde los 37 años																		
4. ANTECEDENTES PERSONALES																		
Nacimiento: parto normal a término																		
Infancia: Ninguno																		
Adolescencia: Ninguno																		
Adultez: a los 35 años extracción del útero																		
AGO																		
MENARQUIA	13	FUM		G	2	P	2	A	0	C	2	HV	2	HM	0	PF	0	CICLOS
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																		
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. Cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros									
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																		
CARDIOPULMONAR																		
Sin patología aparente																		
GASTROINTESTINAL																		
Sin patología aparente																		
GENITOURINARIO																		
Sin patología aparente																		
NEUROLÓGICO																		
Sin patología aparente																		
MÚSCULO ESQUELÉTICO																		
molestias de los talones desde los 37 años																		
ENDOCRINOLÓGICO																		
Sin patología aparente																		
SIGNOS VITALES																		
EXAMEN FÍSICO																		
TENSIÓN ARTERIAL	110/60	PULSO	70	F. RESPIRATORIA	16	TALLA	1,52											
PESO	69	IMC	29,87	MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)	112													
CABEZA																		
Normocefálica																		
Simetría			Sí			Reflejo pupilar												
1. Manchas	Ninguna			1. A la luz		normoreactivo												
2. Cicatrices	Ninguna			2. Consensuado		normoreactivo												
PALPACIÓN			3. Acomodación		normoreactivo													
3. Puntos dolorosos	MD-F			4. Convergencia		normoreactivo												
CUELLO																		
INSPECCIÓN						PALPACIÓN												
1. Simetría	Sí			5. Puntos dolorosos		No												
2. Protuberancias	Ninguna			6. Ganglios linfáticos		No												
3. Manchas	No			7. Glándula tiroidea		tamaño y forma normal												
4. Cicatrices	No																	
TÓRAX																		
INSPECCIÓN						PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)												
1. Simetría	Sí			V13		V19		V23										
2. Manchas	No			V14		V20		V25										
3. Lunares	varios regulares			V15		V21		V27										
4. Cicatrices	No			V18		V22		V28										
PERCUSIÓN						AUSCULTACIÓN												
Claro						Pulmonar: Murmullo vesicular		CORAZÓN		Rítmico caracterizado "LUB-DUB"								
ABDOMEN																		
INSPECCIÓN						PALPACIÓN												
1. Manchas	Ninguna			5. Superficial														
2. Cicatrices	cesárea			6. Profunda														
3. Estrías	Ninguna			7. Puntos dolorosos		Murphy: Negativos		MC Burney: Negativos										
PERCUSIÓN						8. Puntos ureterales		Superiores: Negativos		Medios: Sí								
Mate en órganos macisos; timpánico en estómago						AUSCULTACIÓN												
9. Renal	No doloroso			sonidos hidroabreos presentes														
HÁBITOS ALIMENTICIOS																		
Alimentos que consume en el desayuno						arroz, huevo y café												
Alimentos que consume en la media mañana						arroz												
Alimentos que consume en el almuerzo						sopa, arroz, acompañado y jugo												
Alimentos que consume en la media tarde						nada												
Alimentos que consume en la merienda						colada												
EVOLUCIÓN																		
		Peso						IMC										
Primer mes	04/03/2019																	
	11/03/2019																	
	18/03/2019																	
	25/03/2019	67,5						29,22										
Segundo mes	01/04/2019																	
	08/04/2019																	
	15/04/2019																	
	22/04/2019	67						29										
Tercer mes	29/04/2019																	
	06/05/2019																	
	13/05/2019																	
	20/05/2019	67						29										

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 01.09.2019.....

Yo....., con CI....., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI... NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI... NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI... NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI... NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI... NO..... he leído este documento en su totalidad y SI... NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI... NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: .....

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: .....

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:

Edad: 40 Género: Femenino Fecha de encuesta: 11-04-2019

Antecedentes de sobrepeso

1. ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
- | | | |
|-----------------|----------------|--------------|
| 0 meses - 1 año | 1 año - 3 años | 4 años a más |
|-----------------|----------------|--------------|
1. ¿Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:
- | | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Hábitos alimenticios | Problemas emocionales | Afectación de su sistema hormonal |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
- | | | |
|-----|-----|----------|
| 1-2 | 2-3 | Más de 3 |
|-----|-----|----------|
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
- | | | |
|------|--------|-------|
| Poco | Normal | Mucho |
|------|--------|-------|
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?
- | | | |
|---------------|--------|-----------|
| Carbohidratos | Grasas | Proteínas |
|---------------|--------|-----------|
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|
5. Con frecuencia usted come:
- | | |
|--------|----------|
| Rápido | Despacio |
|--------|----------|
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?
- | | | | | |
|-------|--------|-------|-------|---------|
| Dulce | Salado | Agrio | Ácido | Picante |
|-------|--------|-------|-------|---------|
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?
- | | | |
|-----------|-----------|----------------|
| 1-4 vasos | 4-8 vasos | Más de 8 vasos |
|-----------|-----------|----------------|

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?
- | | | | | |
|-----|------------------------|-------|----------------------|----------------|
| Ira | Preocupación- obsesión | Miedo | Tristeza- melancolía | Insatisfacción |
|-----|------------------------|-------|----------------------|----------------|
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:
- | | |
|----------|-----------|
| Orgánico | Emocional |
|----------|-----------|
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?
- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|
| Presión arterial alta | Presión arterial baja | Colesterol elevado | Triglicéridos elevados | Dolores osteomusculares |
|-----------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?
- | | | | | |
|---|---|---|---------|----------|
| 1 | 2 | 3 | Ninguna | Más de 3 |
|---|---|---|---------|----------|
2. ¿Cuántas veces orina al día?
- | | | | |
|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | Más de 3 |
|---|---|---|----------|

HISTORIA CLÍNICA														
Fecha: 11-03-2019														
1. DATOS DE FIJACIÓN														
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	RELIGIÓN				
						15/05/1971		48	F	Católica				
DIRECCIÓN				CIUDAD				TELÉFONOS						
Tumbaco				Quito										
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO					
Maestra			Maestra											
2. MOTIVO DE CONSULTA														
Paciente refiere: Ninguno														
3. ENFERMEDAD ACTUAL														
Paciente refiere: Ninguno														
4. ANTECEDENTES PERSONALES														
Nacimiento: parto normal a término														
Infancia: Ninguno														
Adolescencia: Ninguno														
Adultez: a los 43 años le detectan pre diabetes														
AGO														
MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS	Regulares				
5. ANTECEDENTES FAMILIARES														
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. Cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros					
6. REVISIÓN DE SISTEMAS														
CARDIOPULMONAR														
Sin patología aparente														
GASTROINTESTINAL														
Sin patología aparente														
GENITOURINARIO														
Sin patología aparente														
NEUROLÓGICO														
Sin patología aparente														
MÚLCULO ESQUELÉTICO														
Sin patología aparente														
ENDOCRINOLÓGICO														
Sin patología aparente														
EXAMEN FÍSICO														
SIGNOS VITALES														
TENSIÓN ARTERIAL	120/80	PULSO	80	F. RESPIRATORIA	18	TALLA	1,52							
PESO	69	IMC	29,87	MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)	102									
CABEZA														
Normocefálica														
Simetría			Sí			Reflejo pupilar								
1. Manchas			Ninguna			1. A la luz			normoreactivo					
2. Cicatrices			Ninguna			2. Consensuado			normoreactivo					
PALPACIÓN						3. Acomodación						normoreactivo		
3. Puntos dolorosos			3ro: Md: 8/10			4. Convergencia			normoreactivo					
CUELLO														
INSPECCIÓN						PALPACIÓN								
1. Simetría			Sí			5. Puntos dolorosos			No					
2. Protuberancias			Ninguna			6. Ganglios linfáticos			No					
3. Manchas			No			7. Glándula tiroideas			tamaño y forma normal					
4. Cicatrices			No											
TÓRAX														
INSPECCIÓN						PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)								
1. Simetría			Sí			V13		V19		V23				
2. Manchas			No			V14		V20		V25				
3. Lunares			No			V15		V21		V27				
4. Cicatrices			No			V18		V22		V28				
PERCUSIÓN						AUSCULTACIÓN								
Claro						Pulmonar: Murmullo vesicular								
						CORAZÓN: Rítmico caracterizado "LUB-DUB"								
ABDOMEN														
INSPECCIÓN						PALPACIÓN								
1. Manchas			Ninguna			5. Superficial			suave y depresible, no doloroso					
2. Cicatrices			Ninguna			6. Profunda			no hay viceromegalias, no doloroso					
3. Estrías			Ninguna			7. Puntos dolorosos			Murphy: Negativos MC Burney: Negativos					
PERCUSIÓN						8. Puntos uterenales								
Mate en órganos macisos; timpánico en estómago						Superiores: Negativos Medios: Negativos								
9. Renal						No doloroso								
						AUSCULTACIÓN: sonidos hidro aéreos presentes								
HÁBITOS ALIMENTICIOS														
Alimentos que consume en el desayuno						Nada								
Alimentos que consume en la media mañana						mote con chícharón								
Alimentos que consume en el almuerzo						sopa, arroz y jugo								
Alimentos que consume en la media tarde						nada								
Alimentos que consume en la merienda						jugo								
EVOLUCIÓN														
		Peso				IMC								
Primer mes	12/03/2019													
	19/03/2019													
	26/03/2019													
	02/04/2019	66				28,57								
Segundo mes	09/04/2019													
	16/04/2019													
	23/04/2019													
	30/04/2019	65				28,13								
Tercer mes	07/05/2019													
	14/05/2019													
	21/05/2019													
	28/05/2019	64				27,7								

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 2019-03-12

Yo....., con C.I., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI..... NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI..... NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI..... NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI..... NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI..... NO..... he leído este documento en su totalidad y SI..... NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI..... NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: 

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:

Edad: 48 Género: Femenino Fecha de encuesta: 2019.03.12

Antecedentes de sobrepeso

1. a) ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
- | | | |
|-----------------|----------------|--------------|
| 0 meses - 1 año | 1 año - 3 años | 4 años a más |
|-----------------|----------------|--------------|
1. b) Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:
- | | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Hábitos alimenticios | Problemas emocionales | Afectación de su sistema hormonal |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
- | | | |
|-----|-----|----------|
| 1-2 | 2-3 | Más de 3 |
|-----|-----|----------|
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
- | | | |
|------|--------|-------|
| Poco | Normal | Mucho |
|------|--------|-------|
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?
- | | | |
|---------------|--------|-----------|
| Carbohidratos | Grasas | Proteínas |
|---------------|--------|-----------|
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|
5. Con frecuencia usted come:
- | | |
|--------|----------|
| Rápido | Despacio |
|--------|----------|
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?
- | | | | | |
|-------|--------|-------|-------|---------|
| Dulce | Salado | Agrio | Ácido | Picante |
|-------|--------|-------|-------|---------|
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?
- | | | |
|-----------|-----------|----------------|
| 1-4 vasos | 4-8 vasos | Más de 8 vasos |
|-----------|-----------|----------------|

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?
- | | | | | |
|-----|------------------------|-------|----------------------|----------------|
| ira | Preocupación- obsesión | Miedo | Tristeza- melancolía | Insatisfacción |
|-----|------------------------|-------|----------------------|----------------|
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:
- | | |
|----------|-----------|
| Orgánico | Emocional |
|----------|-----------|
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?
- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|
| Presión arterial alta | Presión arterial baja | Colesterol elevado | Triglicéridos elevados | Dolores osteomusculares |
|-----------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?
- | | | | | |
|---|---|---|---------|----------|
| 1 | 2 | 3 | Ninguna | Más de 3 |
|---|---|---|---------|----------|
2. ¿Cuántas veces orina al día?
- | | | | |
|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | Más de 3 |
|---|---|---|----------|

HISTORIA CLÍNICA											
Fecha: 11-03-2019											
1. DATOS DE FILIACIÓN											
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN
						21/11/1991			27	M	Católica
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS		
Tumbaco						Quito					
OCUPACIÓN				PROFESIÓN				REFERENCIA FAMILIAR		TELÉFONO	
Conserje				Bachiller							
2. MOTIVO DE CONSULTA											
Paciente refiere: Ninguno											
3. ENFERMEDAD ACTUAL											
Paciente refiere: padece una hernia discal y cálculos renales											
4. ANTECEDENTES PERSONALES											
Nacimiento: parto normal a término											
Infancia: Ninguno											
Adolescencia: Ninguno											
Adultez: hernia discal y cálculos renales											
AGO											
MENARQUÍA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS		
5. ANTECEDENTES FAMILIARES											
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros		
6. REVISIÓN DE SISTEMAS											
CARDIOPULMONAR											
Sin patología aparente											
GASTROINTESTINAL											
gastritis desde los 25 años											
GENITOURINARIO											
Sin patología aparente											
NEUROLÓGICO											
Sin patología aparente											
MÚSCULO ESQUELÉTICO											
hernia discal desde los 26 años											
ENDOCRINOLÓGICO											
Sin patología aparente											
SIGNOS VITALES											
EXAMEN FÍSICO											
TENSIÓN ARTERIAL	120/70	PULSO	70	F. RESPIRATORIA	16	TALLA	1,64				
PESO	70,5	IMC	26,3	MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)			96				
CABEZA											
Normocefálica											
Simetría			Sí			Reflejo pupilar					
1. Manchas			Ninguna			1. A la luz			normoreactivo		
2. Cicatrices			Ninguna			2. Consensuado			normoreactivo		
3. Puntos dolorosos			PALPACIÓN			3. Acomodación			normoreactivo		
4. Convergencia			F-A			4. Convergencia			normoreactivo		
CUELLO											
INSPECCIÓN						PALPACIÓN					
1. Simetría			Sí			5. Puntos dolorosos			VB21		
2. Protuberancias			Ninguna			6. Ganglios linfáticos			No		
3. Manchas			No			7. Glándula tiroideas			tamaño y forma normal		
4. Cicatrices			No								
TÓRAX											
INSPECCIÓN											
1. Simetría			Sí			V13		V19		positivos	
2. Manchas			No			V14		V20		positivos	
3. Lunares			No			V15		V21		positivos	
4. Cicatrices			No			V18		V22		positivos	
PERCUSIÓN						Claro					
AUSCULTACIÓN						Pulmonar: Murmullo vesicular					
CORAZÓN						Rítmico caracterizado "LUB-DUB"					
ABDOMEN											
INSPECCIÓN						PALPACIÓN					
1. Manchas			Ninguna			5. Superficial			suave y depresible, no doloroso		
2. Cicatrices			Ninguna			6. Profunda			no hay viceromegalias, no doloroso		
3. Estrías			Ninguna			7. Puntos dolorosos			VB		
8. Puntos uterinos			Superiores: Negativos			Medios: Negativos					
Mate en órganos macios; timpánico en estómago						AUSCULTACIÓN					
9. Renal						No doloroso					
sonidos hidro aéreos presentes											
HÁBITOS ALIMENTICIOS											
Alimentos que consume en el desayuno						jugo, pan, queso y huevo					
Alimentos que consume en la media mañana						café y pan					
Alimentos que consume en el almuerzo						segundo					
Alimentos que consume en la media tarde						nada					
Alimentos que consume en la merienda						arroz con acompañado					
EVOLUCIÓN											
		Peso				IMC					
Primer mes	12/03/2019										
	19/03/2019										
	26/03/2019										
	02/04/2019	70				26,11					
Segundo mes	09/04/2019										
	16/04/2019										
	23/04/2019										
	30/04/2019	69,5				25,93					
Tercer mes	07/05/2019										
	14/05/2019										
	21/05/2019										
	28/05/2019	69				25,74					

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: JUEVES 14 DE MARZO DEL 2019

Yo, con CI., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI..... NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

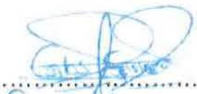
SI..... NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI..... NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI..... NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.


SI..... NO..... he leído este documento en su totalidad y SI..... NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI..... NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: 

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta Inicial

Nombre:
Edad: 27 Género: MASCULINO Fecha de encuesta: 14/03/2019

Antecedentes de sobrepeso

1. a) Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
0 meses - 1 año 1 año - 3 años 4 años a más
1. b) Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:
Hábitos alimenticios Problemas emocionales Afectación de su sistema hormonal
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
Si No

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
1-2 2-3 Más de 3
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
Poco Normal Mucho
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?
Carbohidratos Grasas Proteínas
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
Si No
5. Con frecuencia usted come:
Rápido Despacio
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?
Dulce Salado Agrio Ácido Picante
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
Si No
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?
1-4 vasos 4-8 vasos Más de 8 vasos

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?
Ira Preocupación- obsesión Miedo Tristeza- melancolía Insatisfacción
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
Si No

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:
Orgánico Emocional
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?
Presión arterial alta Presión arterial baja Colesterol elevado Triglicéridos elevados Dolores osteomusculares

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?
1 2 3 Ninguna Más de 3
2. ¿Cuántas veces orina al día?
1 2 3 Más de 3

HISTORIA CLÍNICA																		
Fecha: 01-03-2019																		
1. DATOS DE FILIACIÓN																		
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN							
						01/11/1959			60	F	Católica							
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS									
Guajaló						Quito												
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO									
Profesora			Profesora															
2. MOTIVO DE CONSULTA																		
Paciente refiere: molestia en el brazo derecho y zona lumbar por caída																		
3. ENFERMEDAD ACTUAL																		
Paciente refiere: inflamación del brazo derecho y la zona lumbar debido a una caída																		
4. ANTECEDENTES PERSONALES																		
Nacimiento: parto normal a término																		
Infancia: a los 8 años nefritis																		
Adolescencia: Ninguno																		
Adultez: a los 57 años hipotiroidismo y a los 52 años osteoporosis																		
AGO																		
MENARQUIA	13	FUM		G	Z	P	1	A	O	C	1	HV	2	HM	O	PF	O	CICLOS
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																		
1. Cardiopatía																		
2. Diabetes																		
3. Enf. C. vascular																		
4. Hipertensión																		
5. Cáncer																		
6. Tuberculosis																		
7. Enf. Mental																		
8. Enf. Infecciosas																		
9. Malformación																		
10. Otros																		
madre hipertensión. Padre cáncer a la próstata																		
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																		
CARDIOPULMONAR																		
Sin patología aparente																		
GASTROINTESTINAL																		
Sin patología aparente																		
GENITOURINARIO																		
nefritis desde a 8 años																		
NEUROLÓGICO																		
Sin patología aparente																		
MÚLCULO ESQUELÉTICO																		
osteoporosis desde los 52 años																		
ENDOCRINOLÓGICO																		
hipotiroidismo desde los 57 años																		
SIGNOS VITALES																		
EXAMEN FÍSICO																		
TENSIÓN ARTERIAL			110/70		PULSO		70		F. RESPIRATORIA			16		TALLA		1,54		
PESO			68		IMC		28,69		MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)					97				
CABEZA																		
Normocefálica																		
Simetría			Sí			Reflejo pupilar												
1. Manchas			Ninguna			1. A la luz			normoreactivo									
2. Cicatrices			parietal y nasal			2. Consensuado			normoreactivo									
3. Puntos dolorosos			3ro: Md: 8/10			3. Acomodación			normoreactivo									
4. Cicatrices						4. Convergencia			normoreactivo									
CUELLO																		
INSPECCIÓN						PALPACIÓN												
1. Simetría			Sí			5. Puntos dolorosos			No									
2. Protuberancias			Ninguna			6. Ganglios linfáticos			No									
3. Manchas			No			7. Glándula tiroides			tamaño y forma normal									
4. Cicatrices			No															
TÓRAX																		
INSPECCIÓN						PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)												
1. Simetría			Sí			V13		V19		V23								
2. Manchas			No			V14		V20		V25								
3. Lunares			No			V15		V21		V27								
4. Cicatrices			No			V18		V22		V28								
PERCUSIÓN						Claro												
AUSCULTACIÓN						Pulmonar: Murmullo vesicular		CORAZÓN		Rítmico caracterizado "LUB-DUB"								
ABDOMEN																		
INSPECCIÓN						PALPACIÓN												
1. Manchas			mesogátrico			5. Superficial			suave y depresible, no doloroso									
2. Cicatrices			Ninguna			6. Profunda			no hay viceromegalias, no doloroso									
3. Estrías			Ninguna			7. Puntos dolorosos			Murphy: Negativos		MC Burney: Negativos							
4. Cicatrices						8. Puntos uterinos			Superiores: Negativos		Medios: Negativos							
Mate en órganos macisos; timpánico en estómago						AUSCULTACIÓN												
9. Renal			No doloroso			sonidos hidro aéreos presentes												
HÁBITOS ALIMENTICIOS																		
Alimentos que consume en el desayuno						fruta, y miel de abeja												
Alimentos que consume en la media mañana						nada												
Alimentos que consume en el almuerzo						sopa, arroz con pollo o pescado												
Alimentos que consume en la media tarde						nada												
Alimentos que consume en la merienda						fruta												
EVOLUCIÓN																		
		Peso						IMC										
Primer mes	04/03/2019																	
	11/03/2019																	
	18/03/2019																	
	25/03/2019	67,5						28,48										
Segundo mes	01/04/2019																	
	08/04/2019																	
	15/04/2019																	
	22/04/2019	68						28,69										
Tercer mes	29/04/2019																	
	06/05/2019																	
	13/05/2019																	
	20/05/2019	68						28,69										

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 25 de marzo 2019

Yo, [signature], con C.I. [signature], autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO..... he leído este documento en su totalidad y SI NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: [signature]

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: [signature]

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:

Edad: 50 Género: Femenino Fecha de encuesta: 25-03-2019

Antecedentes de sobrepeso

1. ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
- | | | |
|-----------------|----------------|--------------|
| 0 meses – 1 año | 1 año – 3 años | 4 años a más |
|-----------------|----------------|--------------|
- 1.b Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:
- | | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Hábitos alimenticios | Problemas emocionales | Afectación de su sistema hormonal |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
- | | | |
|-----|-----|----------|
| 1-2 | 2-3 | Más de 3 |
|-----|-----|----------|
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
- | | | |
|------|--------|-------|
| Poco | Normal | Mucho |
|------|--------|-------|
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?
- | | | |
|---------------|--------|-----------|
| Carbohidratos | Grasas | Proteínas |
|---------------|--------|-----------|
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|
5. Con frecuencia usted come:
- | | |
|--------|----------|
| Rápido | Despacio |
|--------|----------|
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?
- | | | | | |
|-------|--------|-------|-------|---------|
| Dulce | Salado | Agrio | Ácido | Picante |
|-------|--------|-------|-------|---------|
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?
- | | | |
|-----------|-----------|----------------|
| 1-4 vasos | 4-8 vasos | Más de 8 vasos |
|-----------|-----------|----------------|

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?
- | | | | | |
|-----|------------------------|-------|----------------------|----------------|
| Ira | Preocupación- obsesión | Miedo | Tristeza- melancolía | Insatisfacción |
|-----|------------------------|-------|----------------------|----------------|
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:
- | | |
|----------|-----------|
| Orgánico | Emocional |
|----------|-----------|
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?
- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|
| Presión arterial alta | Presión arterial baja | Colesterol elevado | Triglicéridos elevados | Dolores osteomusculares |
|-----------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?
- | | | | | |
|---|---|---|---------|----------|
| 1 | 2 | 3 | Ninguna | Más de 3 |
|---|---|---|---------|----------|

HISTORIA CLÍNICA																			
Fecha: 06-03-2019																			
1. DATOS DE FILIACIÓN																			
APELLIDOS				NOMBRES				FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN						
								09/02/1992			27	F	Católica						
DIRECCIÓN							CIUDAD			TELÉFONOS									
Unión Carchance							Quito												
OCUPACIÓN				PROFESIÓN				REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO								
Ama de casa				Ama de casa															
2. MOTIVO DE CONSULTA																			
Paciente refiere: agotamiento																			
3. ENFERMEDAD ACTUAL																			
Paciente refiere: anemia leve																			
4. ANTECEDENTES PERSONALES																			
Nacimiento: parto normal a término																			
Infancia: Ninguno																			
Adolescencia: Ninguno																			
Adultez: anemia desde hace 5 años																			
AGO																			
MENARQUÍA	12	FUM	02-abr	G	1	P	1	A	0	C	0	HV	1	HM	0	PF	0	CICLOS	Regulares
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																			
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros										
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																			
CARDIOPULMONAR																			
Sin patología aparente																			
GASTROINTESTINAL																			
Sin patología aparente																			
GENITOURINARIO																			
Sin patología aparente																			
NEUROLÓGICO																			
Sin patología aparente																			
MÚSCULO ESQUELÉTICO																			
Sin patología aparente																			
ENDOCRINOLÓGICO																			
Sin patología aparente																			
SIGNOS VITALES																			
TENSIÓN ARTERIAL				120/80		PULSO		60		F. RESPIRATORIA			12		TALLA		1,48		
PESO				59		IMC		26,94		MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)			89						
CABEZA																			
Normocefálica																			
Simetría										Reflejo pupilar									
Sí										1. A la luz									
Ninguna										normoreactivo									
Ninguna										2. Consensuado									
Ninguna										normoreactivo									
Ninguna										3. Acomodación									
Ninguna										normoreactivo									
Ninguna										4. Convergencia									
Ninguna										normoreactivo									
CUELLO																			
INSPECCIÓN										PALPACIÓN									
1. Simetría										5. Puntos dolorosos									
Sí										No									
2. Protuberancias										6. Ganglios linfáticos									
Ninguna										No									
3. Manchas										7. Glándula tiroides									
No										tamaño y forma normal									
4. Cicatrices										No									
TÓRAX																			
INSPECCIÓN										PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)									
1. Simetría										Sí									
2. Manchas										No									
3. Lunares										No									
4. Cicatrices										No									
V13										V19									
V14										V20									
V15										V21									
V18										V22									
V23										positivos									
V25																			
V27																			
V28																			
PERCUSIÓN																			
Claro																			
AUSCULTACIÓN																			
Pulmonar: Murmullo vesicular																			
CORAZÓN: Rítmico caracterizado "LUB-DUB"																			
ABDOMEN																			
INSPECCIÓN										PALPACIÓN									
1. Manchas										Ninguna									
2. Cicatrices										Ninguna									
3. Estrias										Ninguna									
5. Superficial										suave y depresible, no doloroso									
6. Profunda										no hay viceromegalias, no doloroso									
7. Puntos dolorosos										Murphy: Negativos					MC Burney: Negativos				
8. Puntos uterenales										Superiores: Negativos					Medios: Negativos				
PERCUSIÓN																			
Mate en órganos macisos; timpánico en estómago																			
AUSCULTACIÓN																			
9. Renal: No doloroso																			
sonidos hidro-aéreos presentes																			
HÁBITOS ALIMENTICIOS																			
Alimentos que consume en el desayuno										café, pan y jugo									
Alimentos que consume en la media mañana										nada									
Alimentos que consume en el almuerzo										sopa, arroz con acompañado									
Alimentos que consume en la media tarde										nada									
Alimentos que consume en la merienda										café con pan									
EVOLUCIÓN																			
		Peso										IMC							
Primer mes	07/03/2019																		
	14/03/2019																		
	21/03/2019																		
	28/03/2019	58										26,48							
Segundo mes	04/04/2019																		
	11/04/2019																		
	18/04/2019																		
	25/04/2019	56,5										25,79							
Tercer mes	02/05/2019																		
	09/05/2019																		
	16/05/2019																		
	23/05/2019	56										25,57							

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: Quito 9 de Abril de 2019

Yo,, con CI., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI...... NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI...... NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI...... NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI...... NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.


SI...... NO..... he leído este documento en su totalidad y SI..... NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI...... NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: 

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre

Edad: 27..... Género: Femenino..... Fecha de encuesta: 03-04-2017.

Antecedentes de sobrepeso

1. a) ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 0 meses - 1 año | 1 año - 3 años | 4 años a más |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
1. b) Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:
- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Hábitos alimenticios | Problemas emocionales | Afectación de su sistema hormonal |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Si | No |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 1-2 | 2-3 | Más de 3 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Poco | Normal | Mucho |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?
- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Carbohidratos | Grasas | Proteínas |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| Si | No |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
5. Con frecuencia usted come:
- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| Rápido | Despacio |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Dulce | Salado | Agrio | Ácido | Picante |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| Si | No |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?
- | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1-4 vasos | 4-8 vasos | Más de 8 vasos |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Ira | Preocupación- obsesión | Miedo | Tristeza- melancolía | Insatisfacción |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Si | No |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:
- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| Orgánico | Emocional |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Presión arterial alta | Presión arterial baja | Colesterol elevado | Triglicéridos elevados | Dolores osteomusculares |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?
- | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | Ninguna | Más de 3 |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
2. ¿Cuántas veces orina al día?
- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | Más de 3 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

HISTORIA CLÍNICA																			
Fecha: 06-03-2019																			
1. DATOS DE FILIACIÓN																			
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN								
						21/06/1990			28	F	Católica								
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS										
Balcón del Valle						Quito													
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO										
Profesora			Profesora																
2. MOTIVO DE CONSULTA																			
Paciente refiere: molestia por falta de cicatrización de extracción de terceros molares																			
3. ENFERMEDAD ACTUAL																			
Paciente refiere: Ninguno																			
4. ANTECEDENTES PERSONALES																			
Nacimiento: cesárea																			
Infancia: Ninguno																			
Adolescencia: operación de apéndice y ovarios poliquisticos a los 14 años, y gastritis a los 17 años																			
Adultez: quistes																			
AGO																			
MENARQUÍA	13	FUM	20-feb	G	2	P	2	A	0	C	0	HV	2	HM	0	PF	X	CICLOS	Irregulares
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																			
1. Cardiopatías		2. Diabetes		3. Enf. C. vascular		4. Hipertensión		5. Cáncer		6. Tuberculosis		7. Enf. Mental		8. Enf. Infecciosas		9. Malformación		10. Otros	
						X													
Abuela hipertensa																			
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																			
CARDIOPULMONAR																			
Sin patología aparente																			
GASTROINTESTINAL																			
gastritis a los 17 años																			
GENITOURINARIO																			
Sin patología aparente																			
NEUROLÓGICO																			
Sin patología aparente																			
MÚSCULO ESQUELÉTICO																			
Sin patología aparente																			
ENDOCRINOLÓGICO																			
el implante le produce cefaleas																			
EXAMEN FÍSICO																			
SIGNOS VITALES																			
TENSION ARTERIAL			120/80		PULSO		70		F. RESPIRATORIA			14		TALLA		1,48			
PESO			60		IMC		27,39		MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)					95					
CABEZA																			
Normocefálica																			
Simetría					Sí					Reflejo pupilar									
1. Manchas					Ninguna					1. A la luz					normoreactivo				
2. Cicatrices					Ninguna					2. Consensuado					normoreactivo				
					PALPACIÓN					3. Acomodación					normoreactivo				
3. Puntos dolorosos					MD-A					4. Convergencia					normoreactivo				
CUELLO																			
INSPECCIÓN										PALPACIÓN									
1. Simetría					Sí					5. Puntos dolorosos					No				
2. Protuberancias					Ninguna					6. Ganglios linfáticos					No				
3. Manchas					No					7. Glándula tiroidea					tamaño y forma normal				
4. Cicatrices					No														
TÓRAX																			
INSPECCIÓN										PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)									
1. Simetría					Sí					V13		V19		V23					
2. Manchas					No					V14		V20		V27					
3. Lunares					No					V15		V21		V25					
4. Cicatrices					No					V18		V22		V28					
PERCUSIÓN										AUSCULTACIÓN									
Claro										CORAZÓN									
AUSCULTACIÓN										Rítmico caracterizado "LUB-DUB"									
ABDOMEN																			
INSPECCIÓN										PALPACIÓN									
1. Manchas					Ninguna					5. Superficial					suave y depresible, no doloroso				
2. Cicatrices					ciugía					6. Profunda					no hay viceromegalias, no doloroso				
3. Estrías					Ninguna					7. Puntos dolorosos					VB				
PERCUSIÓN										AUSCULTACIÓN									
Mate en órganos macisos; timpánico en estómago										8. Puntos uterinales									
9. Renal										No doloroso									
										Superiores: Negativos Medios: SI									
										sonidos hidro aéreos presentes									
HÁBITOS ALIMENTICIOS																			
Alimentos que consume en el desayuno										arroz con pollo o carne, salchicha									
Alimentos que consume en la media mañana										arroz									
Alimentos que consume en el almuerzo										sopa- a veces arroz									
Alimentos que consume en la media tarde										nada									
Alimentos que consume en la merienda										arroz con carne, pollo, tallarín									
EVOLUCIÓN																			
		Peso								IMC									
Primer mes	07/03/2019																		
	14/03/2019																		
	21/03/2019	59								26,94									
	28/03/2019																		
Segundo mes	04/04/2019																		
	11/04/2019																		
	18/04/2019	58,5								26,71									
	25/04/2019																		
Tercer mes	02/05/2019																		
	09/05/2019																		
	16/05/2019	58								26,48									
	23/05/2019																		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 1 de Abril del 2019.....

Yo,....., con C.I.

....., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO..... he leído este documento en su totalidad y SI NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma].....

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: [Firma].....

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:

Edad: 28 Género: Femenino Fecha de encuesta: 01-04-2019

Antecedentes de sobrepeso

1. a) ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
- | | | |
|-----------------|----------------|--------------|
| 0 meses – 1 año | 1 año – 3 años | 4 años a más |
|-----------------|----------------|--------------|
1. b) Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:
- | | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Hábitos alimenticios | Problemas emocionales | Afectación de su sistema hormonal |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
- | | | |
|-----|-----|----------|
| 1-2 | 2-3 | Más de 3 |
|-----|-----|----------|
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
- | | | |
|------|--------|-------|
| Poco | Normal | Mucho |
|------|--------|-------|
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?
- | | | |
|---------------|--------|-----------|
| Carbohidratos | Grasas | Proteínas |
|---------------|--------|-----------|
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|
5. Con frecuencia usted come:
- | | |
|--------|----------|
| Rápido | Despacio |
|--------|----------|
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?
- | | | | | |
|-------|--------|-------|-------|---------|
| Dulce | Salado | Agrio | Ácido | Picante |
|-------|--------|-------|-------|---------|
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?
- | | | |
|-----------|-----------|----------------|
| 1-4 vasos | 4-8 vasos | Más de 8 vasos |
|-----------|-----------|----------------|

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?
- | | | | | |
|-----|------------------------|-------|----------------------|----------------|
| Ira | Preocupación- obsesión | Miedo | Tristeza- melancolía | Insatisfacción |
|-----|------------------------|-------|----------------------|----------------|
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:
- | | |
|----------|-----------|
| Orgánico | Emocional |
|----------|-----------|
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?
- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|
| Presión arterial alta | Presión arterial baja | Colesterol elevado | Triglicéridos elevados | Dolores osteomusculares |
|-----------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?
- | | | | | |
|---|---|---|---------|----------|
| 1 | 2 | 3 | Ninguna | Más de 3 |
|---|---|---|---------|----------|
2. ¿Cuántas veces orina al día?
- | | | | |
|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | Más de 3 |
|---|---|---|----------|

HISTORIA CLÍNICA																			
Fecha: 11-03-2019																			
1. DATOS DE FILIACIÓN																			
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN								
						21/06/1978			40	F	Creyente en Dios								
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS										
Tumbaco "La Tola Chica 2"						Quito													
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO										
Profesora			Profesora																
2. MOTIVO DE CONSULTA																			
Paciente refiere: Ninguno																			
3. ENFERMEDAD ACTUAL																			
Paciente refiere: Ninguno																			
4. ANTECEDENTES PERSONALES																			
Nacimiento: Parto normal a término																			
Infancia: Ninguno																			
Adolescencia: Ninguno																			
Adultez: Ninguno																			
AGO																			
MENARQUIA	12	FUM	07-mar	G	2	P	2	A	0	C	2	HV	2	HM	0	PF	0	CICLOS	Irregulares
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																			
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. Cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros										
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																			
CARDIOPULMONAR																			
Sin patología aparente																			
GASTROINTESTINAL																			
Distensión abdominal																			
GENITOURINARIO																			
Infección de vías urinarias																			
NEUROLÓGICO																			
Sin patología aparente																			
MÚLCULO ESQUELÉTICO																			
Sin patología aparente																			
ENDOCRINOLÓGICO																			
Miomas																			
EXAMEN FÍSICO																			
SIGNOS VITALES																			
TENSIÓN ARTERIAL			110/70		PULSO		80		F. RESPIRATORIA			18		TALLA		1,52			
PESO			69		IMC		29,87		MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)					104					
CABEZA																			
Normocefálica																			
Simetría					Sí					Reflejo pupilar									
1. Manchas					Ninguna					1. A la luz					normoreactivo				
2. Cicatrices					Ninguna					2. Consensuado					normoreactivo				
PALPACIÓN										3. Acomodación					normoreactivo				
3. Puntos dolorosos					3ro: Md: 8/10					4. Convergencia					normoreactivo				
CUELLO																			
INSPECCIÓN										PALPACIÓN									
1. Simetría					Sí					5. Puntos dolorosos					No				
2. Protuberancias					Ninguna					6. Ganglios linfáticos					No				
3. Manchas					No					7. Glándula tiroidea					tamaño y forma normal				
4. Cicatrices					No														
TÓRAX																			
INSPECCIÓN										PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)									
1. Simetría					Sí					V13		V19		V23					
2. Manchas					No					V14		V20		V25					
3. Lunares					No					V15		V21		V27					
4. Cicatrices					No					V18		V22		V28					
PERCUSIÓN										AUSCULTACIÓN									
Claro										Pulmonar: Murmullo vesicular									
										CORAZÓN					Rítmico caracterizado "LUB-DUB"				
ABDOMEN																			
INSPECCIÓN										PALPACIÓN									
1. Manchas					Ninguna					5. Superficial					suave y depresible, no doloroso				
2. Cicatrices					cesárea					6. Profunda					no hay viceromegalias, no doloroso				
3. Estrías					Ninguna					7. Puntos dolorosos					Murphy: Negativos				
										8. Puntos uterinos					Superiores: Negativos				
															Medios: Negativos				
Mate en órganos macios; timpánico en estómago										AUSCULTACIÓN									
9. Renal										No doloroso									
										sonidos hidro aéreos presentes									
HÁBITOS ALIMENTICIOS																			
Alimentos que consume en el desayuno										Colada de machica, maíz, verde y huevo duro									
Alimentos que consume en la media mañana										pera, agua, brócoli con salchicha, mellocos con habas									
Alimentos que consume en el almuerzo										arroz con estofado de pollo, carne y ensalada									
Alimentos que consume en la media tarde										agua									
Alimentos que consume en la merienda										agua									
EVOLUCIÓN																			
		Peso								IMC									
Primer mes	12/03/2019																		
	19/03/2019																		
	26/03/2019																		
	02/04/2019	69								29,87									
Segundo mes	09/04/2019																		
	16/04/2019																		
	23/04/2019																		
	30/04/2019	69								29,87									
Tercer mes	07/05/2019																		
	14/05/2019																		
	21/05/2019																		
	28/05/2019	69,5								30,08									

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 2019/03/12

Yo....., con CI., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI..... NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI..... NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI..... NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI..... NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI..... NO..... he leído este documento en su totalidad y SI..... NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI..... NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: 

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:
 Edad: 41 Género: femenino Fecha de encuesta: 20/03/12

Antecedentes de sobrepeso

1. ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?

0 meses – 1 año	1 año – 3 años	4 años a más
-----------------	----------------	--------------
1. ¿Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:

Hábitos alimenticios	Problemas emocionales	Afectación de su sistema hormonal
----------------------	-----------------------	-----------------------------------
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?

Si	No
----	----

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?

1-2	2-3	Más de 3
-----	-----	----------
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:

Poco	Normal	Mucho
------	--------	-------
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?

Carbohidratos	Grasas	Proteínas
---------------	--------	-----------
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?

Si	No
----	----
5. Con frecuencia usted come:

Rápido	Despacio
--------	----------
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?

Dulce	Salado	Agrio	Ácido	Picante
-------	--------	-------	-------	---------
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?

Si	No
----	----
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?

1-4 vasos	4-8 vasos	Más de 8 vasos
-----------	-----------	----------------

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?

ira	Preocupación- obsesión	Miedo	Tristeza- melancolía	Insatisfacción
-----	------------------------	-------	----------------------	----------------
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?

Si	No
----	----

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:

Orgánico	Emocional
----------	-----------
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?

Presión arterial alta	Presión arterial baja	Colesterol elevado	Triglicéridos elevados	Dolores osteomusculares
-----------------------	-----------------------	--------------------	------------------------	-------------------------

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?

1	2	3	Ninguna	Más de 3
---	---	---	---------	----------
2. ¿Cuántas veces orina al día?

1	2	3	Más de 3
---	---	---	----------

HISTORIA CLÍNICA																			
Fecha: 01-03-2019																			
1. DATOS DE FILIACIÓN																			
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN								
						03/07/1978			40	F	Católica								
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS										
Tránsito de Chilligallo						Quito													
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO										
Profesora			Profesora																
2. MOTIVO DE CONSULTA																			
Paciente refiere: ardencia y picazón de la nariz																			
3. ENFERMEDAD ACTUAL																			
Paciente refiere: rinitis y sinusitis																			
4. ANTECEDENTES PERSONALES																			
Nacimiento: parto normal a término																			
Infancia: Ninguno																			
Adolescencia: a los 19 años le dio parálisis facial																			
Adultez: Ninguno																			
AGO																			
MENARQUIA	13	FUM	11-mar	G	O	P	O	A	O	C	O	HV	O	HM	O	PF		CICLOS	Irregulares
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																			
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. Cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros										
	X			X															
Tío con diabetes. Mamá con hipertensión																			
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																			
CARDIOPULMONAR																			
rinitis y sinusitis crónica																			
GASTROINTESTINAL																			
Sin patología aparente																			
GENITOURINARIO																			
Sin patología aparente																			
NEUROLÓGICO																			
depresión																			
MÚSCULO ESQUELÉTICO																			
dolor lumbar																			
ENDOCRINOLÓGICO																			
menstruaciones irregulares																			
EXAMEN FÍSICO																			
SIGNOS VITALES																			
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	PULSO	70	F. RESPIRATORIA	16	TALLA	1,6												
PESO	75	IMC	29,29	MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)	102														
CABEZA																			
Normocefálica																			
Simetría										Reflejo pupilar									
Sí																			
1. Manchas	Ninguna			1. A la luz			normoreactivo												
2. Cicatrices	Ninguna			2. Consensuado			normoreactivo												
PALPACIÓN										3. Acomodación									
										normoreactivo									
3. Puntos dolorosos										4. Convergencia									
Bro: Md: 9/10										normoreactivo									
CUELLO																			
INSPECCIÓN										PALPACIÓN									
1. Simetría										5. Puntos dolorosos									
Sí										No									
2. Protuberancias										6. Ganglios linfáticos									
Ninguna										No									
3. Manchas										7. Glándula tiroides									
No										tamaño y forma normal									
4. Cicatrices										No									
TÓRAX																			
INSPECCIÓN										PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)									
1. Simetría										V13		V19		V23					
Sí										V14		V20		V25					
2. Manchas										V15		V21		V27					
No										V18		V22		V28					
3. Lunares										No		No		No					
4. Cicatrices										No		No		No					
PERCUSIÓN										AUSCULTACIÓN									
Claro										CORAZÓN									
AUSCULTACIÓN										Rítmico caracterizado "LUB-DUB"									
Pulmonar: Murmullo vesicular																			
ABDOMEN																			
INSPECCIÓN										PALPACIÓN									
1. Manchas										5. Superficial									
Ninguna										suave y depresible, no doloroso									
2. Cicatrices										6. Profunda									
Ninguna										no hay viceromegalias, no doloroso									
3. Estrías										7. Puntos dolorosos									
Ninguna										Murphy: Negativos					MC Burney: Negativos				
PERCUSIÓN										8. Puntos uterinos									
Superiores: Negativos										Medios: Negativos									
Mate en órganos macisos; timpánico en estómago										AUSCULTACIÓN									
9. Renal										sonidos hidro aéreos presentes									
No doloroso																			
HÁBITOS ALIMENTICIOS																			
Alimentos que consume en el desayuno										nada									
Alimentos que consume en la media mañana										arroz con acompañado									
Alimentos que consume en el almuerzo										sopa, arroz y jugo									
Alimentos que consume en la media tarde										golosina									
Alimentos que consume en la merienda										arroz con café									
EVOLUCIÓN																			
		Peso								IMC									
Primer mes	04/03/2019																		
	11/03/2019																		
	18/03/2019	71								27,73									
	25/03/2019																		
Segundo mes	01/04/2019																		
	08/04/2019																		
	15/04/2019	71								27,73									
	22/04/2019																		
Tercer mes	29/04/2019																		
	06/05/2019																		
	13/05/2019	72								28,12									
	20/05/2019																		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 2019-03-27

Yo....., con CI....., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI... NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI... NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI... NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI... NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI... NO..... he leído este documento en su totalidad y SI..... NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI... NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: Cuzman Laverde

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: [Signature]

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:

Edad: 40 Género: Femenino Fecha de encuesta: 27-03-2019

Antecedentes de sobrepeso

1. ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
- | | | | |
|-----------------|----------------|--------------|-------------------------------------|
| 0 meses - 1 año | 1 año - 3 años | 4 años a más | <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------|----------------|--------------|-------------------------------------|
- DESDE LOS 26 AÑOS
- 1.b) Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:
- | | | | | | |
|----------------------|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Hábitos alimenticios | <input checked="" type="checkbox"/> | Problemas emocionales | <input type="checkbox"/> | Afectación de su sistema hormonal | <input type="checkbox"/> |
|----------------------|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
- | | | | |
|----|-------------------------------------|----|--------------------------|
| Si | <input checked="" type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
|----|-------------------------------------|----|--------------------------|
- PARTE DE MUJER

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
- | | | | |
|-----|-----|----------|-------------------------------------|
| 1-2 | 2-3 | Más de 3 | <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----|-----|----------|-------------------------------------|
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
- | | | | |
|------|--------|-------|-------------------------------------|
| Poco | Normal | Mucho | <input checked="" type="checkbox"/> |
|------|--------|-------|-------------------------------------|
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?
- | | | | | | |
|---------------|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Carbohidratos | <input checked="" type="checkbox"/> | Grasas | <input checked="" type="checkbox"/> | Proteínas | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|-----------|--------------------------|
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
- | | | | |
|----|-------------------------------------|----|--------------------------|
| Si | <input checked="" type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
|----|-------------------------------------|----|--------------------------|
5. Con frecuencia usted come:
- | | | | |
|--------|-------------------------------------|----------|--------------------------|
| Rápido | <input checked="" type="checkbox"/> | Despacio | <input type="checkbox"/> |
|--------|-------------------------------------|----------|--------------------------|
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?
- | | | | | | | | | | |
|-------|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|-------|--------------------------|-------|-------------------------------------|---------|-------------------------------------|
| Dulce | <input checked="" type="checkbox"/> | Salado | <input checked="" type="checkbox"/> | Agrio | <input type="checkbox"/> | Ácido | <input checked="" type="checkbox"/> | Picante | <input checked="" type="checkbox"/> |
|-------|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|-------|--------------------------|-------|-------------------------------------|---------|-------------------------------------|
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
- | | | | |
|----|-------------------------------------|----|--------------------------|
| Si | <input checked="" type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
|----|-------------------------------------|----|--------------------------|
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?
- | | | | | | |
|-----------|-------------------------------------|-----------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| 1-4 vasos | <input checked="" type="checkbox"/> | 4-8 vasos | <input type="checkbox"/> | Más de 8 vasos | <input type="checkbox"/> |
|-----------|-------------------------------------|-----------|--------------------------|----------------|--------------------------|

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?
- | | | | | | | | | | |
|-----|-------------------------------------|------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------|-------------------------------------|
| Ira | <input checked="" type="checkbox"/> | Preocupación- obsesión | <input type="checkbox"/> | Miedo | <input type="checkbox"/> | Tristeza- melancolía | <input type="checkbox"/> | Insatisfacción | <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----|-------------------------------------|------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------|-------------------------------------|
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
- | | | | |
|----|-------------------------------------|----|--------------------------|
| Si | <input checked="" type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
|----|-------------------------------------|----|--------------------------|

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:
- | | | | |
|----------|-------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Orgánico | <input checked="" type="checkbox"/> | Emocional | <input type="checkbox"/> |
|----------|-------------------------------------|-----------|--------------------------|
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?
- | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| Presión arterial alta | <input checked="" type="checkbox"/> | Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> | Colesterol elevado | <input type="checkbox"/> | Triglicéridos elevados | <input type="checkbox"/> | Dolores osteomusculares | <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------------------|

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?
- | | | | | | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> | Ninguna | <input type="checkbox"/> | Más de 3 | <input type="checkbox"/> |
|---|---|---|-------------------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|
2. ¿Cuántas veces orina al día?
- | | | | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|----------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> | Más de 3 | <input type="checkbox"/> |
|---|---|---|-------------------------------------|----------|--------------------------|

HISTORIA CLÍNICA																			
Fecha: 06-03-2019																			
1. DATOS DE FILIACIÓN																			
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN								
						02/06/1984			34	F	Católica								
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS										
Guajaló						Quito													
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO										
Administradora			Administración																
2. MOTIVO DE CONSULTA																			
Paciente refiere: Molestias en el cuello																			
3. ENFERMEDAD ACTUAL																			
Paciente refiere: Ninguna																			
4. ANTECEDENTES PERSONALES																			
Nacimiento: parto normal a término																			
Infancia: Ninguno																			
Adolescencia: Ninguno																			
Adultez: quistes en los ovarios																			
AGO																			
MEMORQUIA	14	FUM	18-mar	G	4	P	3	A	1	C	D	HV	3	HM	1	PF	X	CICLOS	Regulares
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																			
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. Cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros										
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																			
CARDIOPULMONAR																			
Sin patología aparente																			
GASTROINTESTINAL																			
Sin patología aparente																			
GENITOURINARIO																			
Sin patología aparente																			
NEUROLÓGICO																			
Sin patología aparente																			
MÚLCULO ESQUELÉTICO																			
Sin patología aparente																			
ENDOCRINOLÓGICO																			
Sin patología aparente																			
EXAMEN FÍSICO																			
SIGNOS VITALES																			
TENSIÓN ARTERIAL		110/70		PULSO		80		F. RESPIRATORIA		18		TALLA		1,49					
PESO		63		IMC		28,37		MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)				91							
CABEZA																			
Normocefálica																			
Simetría				Sí				Reflejo pupilar											
1. Manchas		Ninguna		1. A la luz		normoreactivo													
2. Cicatrices		Ninguna		2. Consensuado		normoreactivo													
PALPACIÓN				3. Acomodación		normoreactivo													
3. Puntos dolorosos		3ro: Md: 8/10		4. Convergencia		normoreactivo													
CUELLO																			
INSPECCIÓN				PALPACIÓN															
1. Simetría		Sí		5. Puntos dolorosos		No													
2. Protuberancias		Ninguna		6. Ganglios linfáticos		No													
3. Manchas		No		7. Glándula tiroidea		tamaño y forma normal													
4. Cicatrices		No																	
TÓRAX																			
INSPECCIÓN				PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)															
1. Simetría		Sí		V13		V19		V23											
2. Manchas		No		V14		V20		V25											
3. Lunares		No		V15		V21		V27											
4. Cicatrices		No		V18		V22		V28											
PERCUSIÓN				AUSCULTACIÓN															
Claro				Pulmonar: Murmullo vesicular				CORAZÓN				Rítmico caracterizado "LUB-DUB"							
ABDOMEN																			
INSPECCIÓN				PALPACIÓN															
1. Manchas		Ninguna		5. Superficial		suave y depresible, no doloroso													
2. Cicatrices		Ninguna		6. Profunda		no hay viceromegalias, no doloroso													
3. Estrías		Ninguna		7. Puntos dolorosos		Murphy: Negativos		MC Burney: Negativos											
PERCUSIÓN				8. Puntos uterenales		Superiores: Negativos		Medios: Negativos											
Mate en órganos macios; timpánico en estómago				AUSCULTACIÓN															
9. Renal		No doloroso		sonidos hidro aéreos presentes															
HÁBITOS ALIMENTICIOS																			
Alimentos que consume en el desayuno				Café, pan y jugo															
Alimentos que consume en la media mañana				Nada															
Alimentos que consume en el almuerzo				Sopa y arroz															
Alimentos que consume en la media tarde				Nada															
Alimentos que consume en la merienda				Café con galletas															
EVOLUCIÓN																			
		Peso				IMC													
Primer mes	07/03/2019																		
	14/03/2019																		
	21/03/2019																		
	28/03/2019	61				27,47													
Segundo mes	04/04/2019																		
	11/04/2019																		
	18/04/2019																		
	25/04/2019	61				27,47													
Tercer mes	02/05/2019																		
	09/05/2019																		
	16/05/2019																		
	23/05/2019	59				26,57													

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 2019-04-02

Yo, con C.I., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO..... he leído este documento en su totalidad y SI NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: 

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:

Edad: 34 Género: Femenino Fecha de encuesta: 03-04-2019

Antecedentes de sobrepeso

- 1.a ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
- | | | |
|-----------------|----------------|--|
| 0 meses - 1 año | 1 año - 3 años | <input checked="" type="checkbox"/> 4 años a más |
|-----------------|----------------|--|
- 1.b Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:
- | | | |
|----------------------|---|---|
| Hábitos alimenticios | <input checked="" type="checkbox"/> Problemas emocionales | <input checked="" type="checkbox"/> Afectación de su sistema hormonal |
|----------------------|---|---|
- 2 ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
- | | | | |
|----|--------------------------|----|-------------------------------------|
| Si | <input type="checkbox"/> | No | <input checked="" type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|----|-------------------------------------|

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
- | | | |
|-----|-----|--|
| 1-2 | 2-3 | <input checked="" type="checkbox"/> Más de 3 |
|-----|-----|--|
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
- | | | |
|------|--|-------|
| Poco | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | Mucho |
|------|--|-------|
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?
- | | | |
|---------------|--------|---|
| Carbohidratos | Grasas | <input checked="" type="checkbox"/> Proteínas |
|---------------|--------|---|
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
- | | | | |
|----|--------------------------|----|-------------------------------------|
| Si | <input type="checkbox"/> | No | <input checked="" type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|----|-------------------------------------|
5. Con frecuencia usted come:
- | | | | |
|--------|--------------------------|----------|-------------------------------------|
| Rápido | <input type="checkbox"/> | Despacio | <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------|--------------------------|----------|-------------------------------------|
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?
- | | | | | |
|-------|--|-------|-------|---------|
| Dulce | <input checked="" type="checkbox"/> Salado | Agrio | Ácido | Picante |
|-------|--|-------|-------|---------|
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
- | | | | |
|----|--------------------------|----|-------------------------------------|
| Si | <input type="checkbox"/> | No | <input checked="" type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|----|-------------------------------------|
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?
- | | | |
|-----------|---|----------------|
| 1-4 vasos | <input checked="" type="checkbox"/> 4-8 vasos | Más de 8 vasos |
|-----------|---|----------------|

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?
- | | | | | | | | | | |
|-----|--------------------------|------------------------|-------------------------------------|-------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------|-------------------------------------|
| Ira | <input type="checkbox"/> | Preocupación- obsesión | <input checked="" type="checkbox"/> | Miedo | <input type="checkbox"/> | Tristeza- melancolía | <input type="checkbox"/> | Insatisfacción | <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|------------------------|-------------------------------------|-------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------|-------------------------------------|
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
- | | | | |
|----|--------------------------|----|-------------------------------------|
| Si | <input type="checkbox"/> | No | <input checked="" type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|----|-------------------------------------|

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:
- | | | | |
|----------|--------------------------|-----------|-------------------------------------|
| Orgánico | <input type="checkbox"/> | Emocional | <input checked="" type="checkbox"/> |
|----------|--------------------------|-----------|-------------------------------------|
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?
- | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> | Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> | Colesterol elevado | <input checked="" type="checkbox"/> | Triglicéridos elevados | <input checked="" type="checkbox"/> | Dolores osteomusculares | <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?
- | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | Ninguna | <input type="checkbox"/> | Más de 3 | <input type="checkbox"/> |
|---|-------------------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|
2. ¿Cuántas veces orina al día?
- | | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|----------|-------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | Más de 3 | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|----------|-------------------------------------|

HISTORIA CLÍNICA																			
Fecha: 06-03-2019																			
1. DATOS DE FILIACIÓN																			
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN								
						15/11/1990			28	F	Católica								
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS										
Tréboles del Sur 554-144						Quito													
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO										
Docente			Docente																
2. MOTIVO DE CONSULTA																			
Paciente refiere: Congestión nasal																			
3. ENFERMEDAD ACTUAL																			
Paciente refiere: Rinitis alérgica. Asma																			
4. ANTECEDENTES PERSONALES																			
Nacimiento: Parto normal a los 8 meses																			
Infancia: Tifoidea a los 8 años																			
Adolescencia: Neumonía a los 12 años																			
Adultez: Pielonefritis a los 20 años																			
AGO																			
MENARQUÍA	12	FUM	02-mar	G	2	P	2	A	0	C	2	HV	2	HM	0	PF	0	CICLOS	Irregulares
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																			
1. Cardiopatía		2. Diabetes		3. Enf. C. vascular		4. Hipertensión		5. cáncer		6. Tuberculosis		7. Enf. Mental		8. Enf. Infecciosas		9. Malformación		10. Otros	
								X											
Abuelo con cáncer de próstata																			
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																			
CARDIOPULMONAR																			
Asma																			
GASTROINTESTINAL																			
Sin patología aparente																			
GENITOURINARIO																			
Sin patología aparente																			
NEUROLÓGICO																			
Sin patología aparente																			
MÚSCULO ESQUELÉTICO																			
Sin patología aparente																			
ENDOCRINOLÓGICO																			
Sin patología aparente																			
SIGNOS VITALES																			
EXAMEN FÍSICO																			
TENSIÓN ARTERIAL				120/80		PULSO		60		F. RESPIRATORIA				16		TALLA		1.52	
PESO				60		IMC		25,97		MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)						87			
CABEZA																			
Normocefálica																			
Simetría										Reflejo pupilar									
Sí										normoreactivo									
1. Manchas										1. A la luz									
Ninguna										normoreactivo									
2. Cicatrices										2. Consensuado									
Ninguna										normoreactivo									
3. Puntos dolorosos										3. Acomodación									
PALPACIÓN										normoreactivo									
3ro: Md: 8/10										4. Convergencia									
normoreactivo																			
CUELLO																			
INSPECCIÓN										PALPACIÓN									
1. Simetría										5. Puntos dolorosos									
Sí										No									
2. Protuberancias										6. Ganglios linfáticos									
Ninguna										No									
3. Manchas										7. Glándula tiroides									
No										tamaño y forma normal									
4. Cicatrices																			
No																			
TÓRAX																			
INSPECCIÓN										PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)									
1. Simetría										V13 positivos									
Sí										V19									
2. Manchas										V14									
No										V20									
3. Lunares										V15									
No										V21									
4. Cicatrices										V18									
No										V22									
V23										positivos									
V24																			
V25																			
V26																			
V27																			
V28																			
PERCUSIÓN										AUSCULTACIÓN									
Claro										CORAZÓN									
AUSCULTACIÓN										Rítmico caracterizado "LUB-DUB"									
Pulmonar: Murmullo vesicular																			
ABDOMEN																			
INSPECCIÓN										PALPACIÓN									
1. Manchas										5. Superficial									
Ninguna										suave y depresible, no doloroso									
2. Cicatrices										6. Profunda									
cesárea										no hay viceromegalias, no doloroso									
3. Estrías										7. Puntos dolorosos									
Ninguna										Murphy: Negativos									
PERCUSIÓN										8. Puntos uterinales									
Mate en órganos macisos; timpánico en estómago										Superiores: Negativos									
9. Renal										Medios: Negativos									
No doloroso										AUSCULTACIÓN									
										sonidos hidro aéreos presentes									
HÁBITOS ALIMENTICIOS																			
Alimentos que consume en el desayuno										Pan y café									
Alimentos que consume en la media mañana										Arroz									
Alimentos que consume en el almuerzo										Arroz con pollo, sopa, y jugo o gaseosa									
Alimentos que consume en la media tarde										Pan con café									
Alimentos que consume en la merienda										Sopa o arroz									
EVOLUCIÓN																			
		Peso								IMC									
Primer mes	07/03/2019																		
	14/03/2019																		
	21/03/2019																		
	28/03/2019	59								25,54									
Segundo mes	04/04/2019																		
	11/04/2019																		
	18/04/2019																		
	25/04/2019	58								25,1									
Tercer mes	02/05/2019																		
	09/05/2019																		
	16/05/2019																		
	23/05/2019	58								25,1									

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 01-04-2019

Yo [Firma], con CI. [CI], autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI NO he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI NO he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: [Firma]

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

HISTORIA CLÍNICA																		
Fecha: 01-03-2019																		
1. DATOS DE FILIACIÓN																		
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN							
						21/06/1965			54	F	Católica							
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS									
Gujaló Unión Popular						Quito												
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO									
Comercio			Comercio															
2. MOTIVO DE CONSULTA																		
Paciente refiere: Molestia en el hombro izquierdo																		
3. ENFERMEDAD ACTUAL																		
Paciente refiere: desde hace 4 años tiene una molestia en el hombro izquierdo que se irradia al brazo																		
4. ANTECEDENTES PERSONALES																		
Nacimiento: parto normal a término																		
Infancia: Ninguno																		
Adolescencia: Ninguno																		
Adultez: pancreatitis a los 20 años, y molestia del hombro hace 4 años																		
AGO																		
MENARQUIA	14	FUM		G	2	P	2	A	0	C	0	HV	2	HM	0	PF		CICLOS
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																		
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. Vascular	4. Hipertensión	5. Cáncer	X	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros								
papá cáncer a la próstata																		
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																		
CARDIOPULMONAR																		
Sin patología aparente																		
GASTROINTESTINAL																		
Sin patología aparente																		
GENITOURINARIO																		
Sin patología aparente																		
NEUROLÓGICO																		
Sin patología aparente																		
MÚLCULO ESQUELÉTICO																		
molestia del hombro izquierdo																		
ENDOCRINOLÓGICO																		
Sin patología aparente																		
EXAMEN FÍSICO																		
SIGNOS VITALES																		
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	PULSO	70	F. RESPIRATORIA	14	TALLA	1,49											
PESO	66	IMC	29,72	MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)	95													
CABEZA																		
Normocefálica																		
Simetría			Sí			Reflejo pupilar												
1. Manchas	Ninguna			1. A la luz	normoreactivo													
2. Cicatrices	Ninguna			2. Consensuado	normoreactivo													
PALPACIÓN			3. Acomodación			normoreactivo												
3. Puntos dolorosos	3ro: Md: 8/10			4. Convergencia			normoreactivo											
CUELLO																		
INSPECCIÓN			PALPACIÓN															
1. Simetría	Sí			5. Puntos dolorosos	No													
2. Protuberancias	Ninguna			6. Ganglios linfáticos	No													
3. Manchas	No			7. Glándula tiroidea			tamaño y forma normal											
4. Cicatrices	No																	
TÓRAX																		
INSPECCIÓN			PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)															
1. Simetría	Sí			V13	V19	V23												
2. Manchas	No			V14	V20	V25												
3. Lunares	No			V15	V21	V27												
4. Cicatrices	No			V18	V22	V28												
PERCUSIÓN			AUSCULTACIÓN			CORAZÓN												
Claro			Pulmonar: Murmullo vesicular			Rítmico caracterizado "LUB-DUB"												
ABDOMEN																		
INSPECCIÓN			PALPACIÓN															
1. Manchas	Ninguna			5. Superficial	suave y depresible, no doloroso													
2. Cicatrices	Ninguna			6. Profunda	no hay viceromegalias, no doloroso													
3. Estrías	Ninguna			7. Puntos dolorosos	Murphy: Negativos MC Burney: Negativos													
PERCUSIÓN			8. Puntos uterinales			Superiores: Negativos Medios: Negativos												
Mate en órganos macisos; timpánico en estómago			AUSCULTACIÓN			sonidos hidro aéreos presentes												
9. Renal	No doloroso																	
HÁBITOS ALIMENTICIOS																		
Alimentos que consume en el desayuno						café, pan con batido												
Alimentos que consume en la media mañana						nada												
Alimentos que consume en el almuerzo						sopa, arroz y jugo												
Alimentos que consume en la media tarde						nada												
Alimentos que consume en la merienda						té con pan												
EVOLUCIÓN																		
		Peso				IMC												
Primer mes	04/03/2019																	
	11/03/2019																	
	18/03/2019																	
	25/03/2019	65				29,27												
Segundo mes	01/04/2019																	
	08/04/2019																	
	15/04/2019																	
	22/04/2019	65				29,27												
Tercer mes	29/04/2019																	
	06/05/2019																	
	13/05/2019																	
	20/05/2019	65				29,27												

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 11 de Mayo 2019.....

Yo (.....), con C.I., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI...X... NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI...X... NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI...X... NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI...X... NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI...X... NO..... he leído este documento en su totalidad y SI..... NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI...X... NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma].....

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: [Firma].....

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:

Edad: 54 Género: femenino Fecha de encuesta: 14 de Mayo 2019

Antecedentes de sobrepeso

1. a) ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
- | | | |
|-----------------|----------------|--|
| 0 meses - 1 año | 1 año - 3 años | <input checked="" type="checkbox"/> 4 años a más |
|-----------------|----------------|--|
1. b) Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:
- | | | | | | |
|----------------------|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Hábitos alimenticios | <input checked="" type="checkbox"/> | Problemas emocionales | <input type="checkbox"/> | Afectación de su sistema hormonal | <input type="checkbox"/> |
|----------------------|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
- | | | | |
|----|-------------------------------------|----|--------------------------|
| Si | <input checked="" type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
|----|-------------------------------------|----|--------------------------|

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
- | | | |
|-----|-----|--|
| 1-2 | 2-3 | <input checked="" type="checkbox"/> Más de 3 |
|-----|-----|--|
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
- | | | | |
|------|--|-------|--------------------------|
| Poco | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | Mucho | <input type="checkbox"/> |
|------|--|-------|--------------------------|
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?
- | | | | | | |
|---------------|-------------------------------------|--------|--------------------------|-----------|-------------------------------------|
| Carbohidratos | <input checked="" type="checkbox"/> | Grasas | <input type="checkbox"/> | Proteínas | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------|-------------------------------------|--------|--------------------------|-----------|-------------------------------------|
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
- | | | | |
|----|--------------------------|----|-------------------------------------|
| Si | <input type="checkbox"/> | No | <input checked="" type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|----|-------------------------------------|
5. Con frecuencia usted come:
- | | | | |
|--------|-------------------------------------|----------|--------------------------|
| Rápido | <input checked="" type="checkbox"/> | Despacio | <input type="checkbox"/> |
|--------|-------------------------------------|----------|--------------------------|
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?
- | | | | | | | | | | |
|-------|-------------------------------------|--------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|---------|--------------------------|
| Dulce | <input checked="" type="checkbox"/> | Salado | <input type="checkbox"/> | Agrio | <input type="checkbox"/> | Ácido | <input type="checkbox"/> | Picante | <input type="checkbox"/> |
|-------|-------------------------------------|--------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|---------|--------------------------|
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
- | | | | |
|----|-------------------------------------|----|--------------------------|
| Si | <input checked="" type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
|----|-------------------------------------|----|--------------------------|
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?
- | | | | | | |
|-----------|-------------------------------------|-----------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| 1-4 vasos | <input checked="" type="checkbox"/> | 4-8 vasos | <input type="checkbox"/> | Más de 8 vasos | <input type="checkbox"/> |
|-----------|-------------------------------------|-----------|--------------------------|----------------|--------------------------|

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?
- | | | | | | | | | | |
|-----|--------------------------|------------------------|-------------------------------------|-------|-------------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Ira | <input type="checkbox"/> | Preocupación- obsesión | <input checked="" type="checkbox"/> | Miedo | <input checked="" type="checkbox"/> | Tristeza- melancolía | <input type="checkbox"/> | Insatisfacción | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|------------------------|-------------------------------------|-------|-------------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
- | | | | |
|----|-------------------------------------|----|--------------------------|
| Si | <input checked="" type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
|----|-------------------------------------|----|--------------------------|

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:
- | | | | |
|----------|-------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Orgánico | <input checked="" type="checkbox"/> | Emocional | <input type="checkbox"/> |
|----------|-------------------------------------|-----------|--------------------------|
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?
- | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Presión arterial alta | <input checked="" type="checkbox"/> | Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> | Colesterol elevado | <input checked="" type="checkbox"/> | Triglicéridos elevados | <input checked="" type="checkbox"/> | Dolores osteomusculares | <input type="checkbox"/> |
|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------|

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?
- | | | | | | |
|---|---|---|---|----------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> Ninguna | Más de 3 | <input type="checkbox"/> |
|---|---|---|---|----------|--------------------------|
2. ¿Cuántas veces orina al día?
- | | | | | |
|---|---|---|----------|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | Más de 3 | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|---|---|----------|-------------------------------------|

HISTORIA CLÍNICA											
Fecha: 11-03-2019											
1. DATOS DE FILIACIÓN											
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	RELIGIÓN	
DIRECCIÓN						CIUDAD		TELÉFONOS			
José Vinuesa N21-28 y Oswaldo Guayasamín						Quito					
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR		TELÉFONO			
Ventas			Físico								
2. MOTIVO DE CONSULTA											
Paciente refiere: Ninguno											
3. ENFERMEDAD ACTUAL											
Paciente refiere: Ninguno											
4. ANTECEDENTES PERSONALES											
Nacimiento: parto normal a término											
Infancia: Ninguno											
Adolescencia: Ninguno											
Adultez: Ninguno											
AGO											
MENARQUÍA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS		
5. ANTECEDENTES FAMILIARES											
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. Cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros		
6. REVISIÓN DE SISTEMAS											
CARDIOPULMONAR											
Sin patología aparente											
GASTROINTESTINAL											
Sin patología aparente											
GENITOURINARIO											
Sin patología aparente											
NEUROLÓGICO											
Sin patología aparente											
MÚLCULO ESQUELÉTICO											
Sin patología aparente											
ENDOCRINOLÓGICO											
Sin patología aparente											
EXAMEN FÍSICO											
SIGNOS VITALES											
TENSIÓN ARTERIAL		120/80	PULSO		70	F. RESPIRATORIA		16	TALLA		1,54
PESO		70	IMC		29,53	MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)		105			
CABEZA											
Nomocéfálica											
Simetría						Reflejo pupilar					
Sí						Ninguna					
1. Manchas						2. A la luz					
Ninguna						nomoreactivo					
2. Cicatrices						3. Consensuado					
Ninguna						nomoreactivo					
PALPACIÓN						4. Acomodación					
3. Puntos dolorosos						nomoreactivo					
3ro: Md: 8/10						4. Convergenca					
nomoreactivo											
CUELLO											
INSPECCIÓN						PALPACIÓN					
1. Simetría						5. Puntos dolorosos					
Sí						No					
2. Protuberancias						6. Ganglios linfáticos					
Ninguna						No					
3. Manchas						7. Glándula tiroides					
No						tamaño y forma normal					
4. Cicatrices											
No											
TÓRAX											
INSPECCIÓN						PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)					
1. Simetría						V13		V19		V23	
Sí						V14		V20		V25	
2. Manchas						V15		V21		V27	
No						V18		V22		V28	
3. Lunares						No		No		No	
4. Cicatrices						No		No		No	
PERCUSIÓN						AUSCULTACIÓN					
Claro						Pulmonar: Murmullo vesicular					
AUSCULTACIÓN						CORAZÓN					
						Rítmico caracterizado "LUB-DUB"					
ABDOMEN											
INSPECCIÓN						PALPACIÓN					
1. Manchas						5. Superficial					
Ninguna						suave y depresible, no doloroso					
2. Cicatrices						6. Profunda					
Ninguna						no hay viceromegalias, no doloroso					
3. Estrías						7. Puntos dolorosos		Murphy: Negativos		MC Burney: Negativos	
Ninguna						8. Puntos uterinales		Superiores: Negativos		Medios: Negativos	
PERCUSIÓN						AUSCULTACIÓN					
Mate en órganos macisos; timpánico en estómago						sonidos hidro aéreos presentes					
9. Renal						No doloroso					
HÁBITOS ALIMENTICIOS											
Alimentos que consume en el desayuno						jugo, pan moreno y agua					
Alimentos que consume en la media mañana						frutas					
Alimentos que consume en el almuerzo						arroz, ensalada, carne y sopa					
Alimentos que consume en la media tarde						nada					
Alimentos que consume en la merienda						agua con pan moreno					
EVOLUCIÓN											
		Peso				IMC					
Primer mes	12/03/2019										
	19/03/2019										
	26/03/2019	68				28,69					
	02/04/2019										
Segundo mes	09/04/2019										
	16/04/2019										
	23/04/2019	68				28,69					
	30/04/2019										
Tercer mes	07/05/2019										
	14/05/2019										
	21/05/2019	68,5				28,9					
	28/05/2019										

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 19-03-05

Yo, - con CI., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI..... NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI..... NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI..... NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI..... NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI..... NO..... he leído este documento en su totalidad y SI..... NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI..... NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: 

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:
 Edad: 43 Género: Masculino Fecha de encuesta: 2019-03-05

Antecedentes de sobrepeso

1. ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
 0 meses - 1 año 1 año - 3 años 4 años a más
- 1.b) Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:

Hábitos alimenticios	<input checked="" type="checkbox"/>	Problemas emocionales	<input type="checkbox"/>	Afectación de su sistema hormonal	<input type="checkbox"/>
----------------------	-------------------------------------	-----------------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
 Si No

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
 1-2 2-3 Más de 3
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
 Poco Normal Mucho
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?

Carbohidratos	<input checked="" type="checkbox"/>	Grasas	<input type="checkbox"/>	Proteínas	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------	-------------------------------------	--------	--------------------------	-----------	-------------------------------------
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
 Si No
5. Con frecuencia usted come:

Rápido	<input type="checkbox"/>	Despacio	<input checked="" type="checkbox"/>
--------	--------------------------	----------	-------------------------------------
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?

Dulce	<input checked="" type="checkbox"/>	Salado	<input checked="" type="checkbox"/>	Agrio	<input type="checkbox"/>	Ácido	<input type="checkbox"/>	Picante	<input type="checkbox"/>
-------	-------------------------------------	--------	-------------------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	---------	--------------------------
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
 Si No
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?

1-4 vasos	<input type="checkbox"/>	4-8 vasos	<input type="checkbox"/>	Más de 8 vasos	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------------	-------------------------------------

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?

Ira	<input type="checkbox"/>	Preocupación- obsesión	<input checked="" type="checkbox"/>	Miedo	<input type="checkbox"/>	Tristeza- melancolía	<input type="checkbox"/>	Insatisfacción	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	------------------------	-------------------------------------	-------	--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------	--------------------------
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
 Si No

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:

Orgánico	<input type="checkbox"/>	Emocional	<input checked="" type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------	-------------------------------------
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?

Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	Colesterol elevado	<input type="checkbox"/>	Triglicéridos elevados	<input type="checkbox"/>	Dolores osteomusculares	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?

1	<input type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/>	Más de 3	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	-------------------------------------	---	--------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------
2. ¿Cuántas veces orina al día?

1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input checked="" type="checkbox"/>	Más de 3	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	---	-------------------------------------	----------	--------------------------

HISTORIA CLÍNICA																		
Fecha: 01-03-2019																		
1. DATOS DE FILIACIÓN																		
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN							
						14/02/1993			26	F	Católica							
DIRECCIÓN				CIUDAD				TELÉFONOS										
Cutuglahua				Quito														
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO									
Profesora			Profesora															
2. MOTIVO DE CONSULTA																		
Paciente refiere: preocupación																		
3. ENFERMEDAD ACTUAL																		
Paciente refiere: estar estresada																		
4. ANTECEDENTES PERSONALES																		
Nacimiento: parto normal a término																		
Infancia: Ninguno																		
Adolescencia: miopía detectado a los 12 años																		
Adultez: Ninguno																		
AGO																		
MENARQUÍA	15	FUM	G	I	P	I	A	O	C	O	HV	I	HM	O	PF	X	CICLOS	Irregulares
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																		
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. Cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros									
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																		
CARDIOPULMONAR																		
Sin patología aparente																		
GASTROINTESTINAL																		
Sin patología aparente																		
GENITOURINARIO																		
Sin patología aparente																		
NEUROLÓGICO																		
Sin patología aparente																		
MÚLCULO ESQUELÉTICO																		
Sin patología aparente																		
ENDOCRINOLÓGICO																		
menstruaciones irregulares																		
EXAMEN FÍSICO																		
SIGNOS VITALES																		
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	PULSO	70	F. RESPIRATORIA	14	TALLA	1,5											
PESO	60	IMC	26,66	MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)	84													
CABEZA																		
Normocéfala																		
Simetría			Sí			Reflejo pupilar												
1. Manchas			en cara por embarazo			1. A la luz		normoreactivo										
2. Cicatrices			quemadura sobre el lavio			2. Consensuado		normoreactivo										
3. Puntos dolorosos			PALPACIÓN			3. Acomodación		normoreactivo										
3ro: Md: 8/10						4. Convergencia		normoreactivo										
CUELLO																		
INSPECCIÓN			PALPACIÓN															
1. Simetría			Sí			5. Puntos dolorosos			No									
2. Protuberancias			Ninguna			6. Ganglios linfáticos			No									
3. Manchas			No			7. Glándula tiroidea			tamaño y forma normal									
4. Cicatrices			No															
TÓRAX																		
INSPECCIÓN			PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)															
1. Simetría			Sí			V13		V19		V23								
2. Manchas			No			V14		V20		V25								
3. Lunares			No			V15		V21		V27								
4. Cicatrices			No			V18		X V22		V28								
PERCUSIÓN			Claro															
AUSCULTACIÓN			Pulmonar: Murmullo vesicular			CORAZÓN			Rítmico caracterizado "LUB-DUB"									
ABDOMEN																		
INSPECCIÓN			PALPACIÓN															
1. Manchas			Ninguna			5. Superficial			suave y depresible, no doloroso									
2. Cicatrices			Ninguna			6. Profunda			no hay viceromegalias, no doloroso									
3. Estrías			Ninguna			7. Puntos dolorosos			Murphy: Negativos			MC Burney: Negativos						
PERCUSIÓN			8. Puntos uterinales			Superiores: Negativos			Medios: sí									
Mate en órganos macisos; timpánico en estómago						AUSCULTACIÓN												
9. Renal			No doloroso			sonidos hidro aéreos presentes												
HÁBITOS ALIMENTICIOS																		
Alimentos que consume en el desayuno			arroz o sopa con tasa de café															
Alimentos que consume en la media mañana			plato pequeño de arroz															
Alimentos que consume en el almuerzo			arroz o sopa más jugo															
Alimentos que consume en la media tarde			nada															
Alimentos que consume en la merienda			arroz o sopa con jugo o colada															
EVOLUCIÓN																		
		Peso				IMC												
Primer mes	04/03/2019																	
	11/03/2019																	
	18/03/2019																	
	25/03/2019	57				25,33												
Segundo mes	01/04/2019																	
	08/04/2019																	
	15/04/2019																	
	22/04/2019	56				24,88												
Tercer mes	29/04/2019																	
	06/05/2019																	
	13/05/2019																	
	20/05/2019	56				24,88												

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 27 de Marzo del 2014

Yo,, con C.I., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI..X... NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI..X... NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI..X... NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI..X... NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI..X... NO..... he leído este documento en su totalidad y SI..X... NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI..X... NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: 

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:
 Edad: 26 Género: Femenino Fecha de encuesta: 21.03.2019

Antecedentes de sobrepeso

1. ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?

0 meses – 1 año	<input checked="" type="checkbox"/>	1 año – 3 años	<input type="checkbox"/>	4 años a más	<input type="checkbox"/>
-----------------	-------------------------------------	----------------	--------------------------	--------------	--------------------------
- 1.b Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:

Hábitos alimenticios	<input checked="" type="checkbox"/>	Problemas emocionales	<input type="checkbox"/>	Afectación de su sistema hormonal	<input checked="" type="checkbox"/>
----------------------	-------------------------------------	-----------------------	--------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?

1-2	<input type="checkbox"/>	2-3	<input type="checkbox"/>	Más de 3	<input checked="" type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------	----------	-------------------------------------
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:

Poco	<input type="checkbox"/>	Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	Mucho	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	--------	-------------------------------------	-------	--------------------------
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?

Carbohidratos	<input checked="" type="checkbox"/>	Grasas	<input checked="" type="checkbox"/>	Proteínas	<input type="checkbox"/>
---------------	-------------------------------------	--------	-------------------------------------	-----------	--------------------------
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?

Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	-------------------------------------	----	--------------------------
5. Con frecuencia usted come:

Rápido	<input checked="" type="checkbox"/>	Despacio	<input type="checkbox"/>
--------	-------------------------------------	----------	--------------------------
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?

Dulce	<input checked="" type="checkbox"/>	Salado	<input type="checkbox"/>	Agrio	<input type="checkbox"/>	Ácido	<input type="checkbox"/>	Picante	<input checked="" type="checkbox"/>
-------	-------------------------------------	--------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	---------	-------------------------------------
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?

1-4 vasos	<input type="checkbox"/>	4-8 vasos	<input checked="" type="checkbox"/>	Más de 8 vasos	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-----------	-------------------------------------	----------------	--------------------------

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?

Ira	<input type="checkbox"/>	Preocupación- obsesión	<input checked="" type="checkbox"/>	Miedo	<input type="checkbox"/>	Tristeza- melancolía	<input type="checkbox"/>	Insatisfacción	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	------------------------	-------------------------------------	-------	--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------	--------------------------
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:

Orgánico	<input checked="" type="checkbox"/>	Emocional	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------	--------------------------
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?

Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	Colesterol elevado	<input type="checkbox"/>	Triglicéridos elevados	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolores osteomusculares	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	------------------------	-------------------------------------	-------------------------	--------------------------

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?

1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input checked="" type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/>	Más de 3	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	---	-------------------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------
2. ¿Cuántas veces orina al día?

1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	Más de 3	<input checked="" type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	----------	-------------------------------------

HISTORIA CLÍNICA																		
Fecha: 01-03-2019																		
1. DATOS DE FILIACIÓN																		
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN							
						07/07/1990			28	F	Cristiana							
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS									
Pueblo Unido						Quito												
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO									
Secretaría																		
2. MOTIVO DE CONSULTA																		
Paciente refiere: Ninguno																		
3. ENFERMEDAD ACTUAL																		
Paciente refiere: Ninguno																		
4. ANTECEDENTES PERSONALES																		
Nacimiento: parto normal a término																		
Infancia: Ninguno																		
Adolescencia: fiebre reumática a los 12 años																		
Adultez: Ninguno																		
AGO																		
MENARQUÍA	14	EUM	20-mar	G	I	P	I	A	O	C	I	HV	I	HM	O	PF	CICLOS	Regulares
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																		
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. Cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros									
Abuela materna cáncer a vesícula biliar, y abuela paterna cáncer a los huesos																		
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																		
CARDIOPULMONAR																		
Sin patología aparente																		
GASTROINTESTINAL																		
Sin patología aparente																		
GENITOURINARIO																		
Sin patología aparente																		
NEUROLÓGICO																		
Sin patología aparente																		
MÚLCULO ESQUELÉTICO																		
Sin patología aparente																		
ENDOCRINOLÓGICO																		
Sin patología aparente																		
SIGNOS VITALES																		
EXAMEN FÍSICO																		
TENSIÓN ARTERIAL		110/70		PULSO		70		F. RESPIRATORIA		16		TALLA		1,65				
PESO		73		IMC		26,84		MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)				102						
CABEZA																		
Normocefálica																		
Simetría			Sí			Reflejo pupilar												
1. Manchas			Ninguna			1. A la luz			normoreactivo									
2. Cicatrices			Ninguna			2. Consensuado			normoreactivo									
3. Puntos dolorosos			3ro: Md: 8/10			3. Acomodación			normoreactivo									
4. Convergencia						4. Convergencia			normoreactivo									
CUELLO																		
INSPECCIÓN							PALPACIÓN											
1. Simetría			Sí			5. Puntos dolorosos			No									
2. Protuberancias			Ninguna			6. Ganglios linfáticos			No									
3. Manchas			No			7. Glándula tiroidea			tamaño y forma normal									
4. Cicatrices			No															
TÓRAX																		
INSPECCIÓN							PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)											
1. Simetría			Sí			V13		V19		V23								
2. Manchas			No			V14		V20		V25								
3. Lunares			No			V15		V21		V27								
4. Cicatrices			No			V18		V22		V28								
PERCUSIÓN							AUSCULTACIÓN											
Claro							CORAZÓN											
AUSCULTACIÓN							Rítmico caracterizado "LUB-DUB"											
Pulmonar: Murmullo vesicular																		
ABDOMEN																		
INSPECCIÓN							PALPACIÓN											
1. Manchas			Ninguna			5. Superficial			suave y depresible, no doloroso									
2. Cicatrices			Ninguna			6. Profunda			no hay viceromegalias, no doloroso									
3. Estrías			Ninguna			7. Puntos dolorosos			Murphy: Negativos			MC Burney: Negativos						
PERCUSIÓN						8. Puntos uterinos			Superiores: Negativos			Medios: sí						
Mate en órganos macisos; timpánico en estómago							AUSCULTACIÓN											
9. Renal							sonidos hidro-aéreos presentes											
No doloroso																		
HÁBITOS ALIMENTICIOS																		
Alimentos que consume en el desayuno							arroz, huevo y colada											
Alimentos que consume en la media mañana							arroz con acompañado											
Alimentos que consume en el almuerzo							sopa, arroz y jugo											
Alimentos que consume en la media tarde							nada											
Alimentos que consume en la merienda							arroz con acompañado, y café											
EVOLUCIÓN																		
		Peso				IMC												
Primer mes	04/03/2019																	
	11/03/2019																	
	18/03/2019																	
	25/03/2019	72				26,47												
Segundo mes	01/04/2019																	
	08/04/2019																	
	15/04/2019																	
	22/04/2019	70				25,74												
Tercer mes	29/04/2019																	
	06/05/2019																	
	13/05/2019																	
	20/05/2019	70				25,74												

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 4 marzo 2019

Yo....., con C.I., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

Si NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

Si NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

Si NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

Si NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Si NO..... he leído este documento en su totalidad y Si..... NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo Si NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: 

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre.....

Edad: 28. Género: Femenino. Fecha de encuesta: 1-03-2019

Antecedentes de sobrepeso

1. ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
0 meses - 1 año 1 año - 3 años 4 años a más
1. b Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:
Hábitos alimenticios Problemas emocionales Afectación de su sistema hormonal
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
Si No

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
1-2 2-3 Más de 3
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
Poco Normal Mucho
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?
Carbohidratos Grasas Proteínas
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
Si No
5. Con frecuencia usted come:
Rápido Despacio
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?
Dulce Salado Agrio Ácido Picante
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
Si No
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?
1-4 vasos 4-8 vasos Más de 8 vasos

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?
Ira Preocupación- obsesión Miedo Tristeza- melancolía Insatisfacción
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
Si No

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:
Orgánico Emocional
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?
Presión arterial alta Presión arterial baja Colesterol elevado Triglicéridos elevados Dolores osteomusculares

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?
1 2 3 Ninguna Más de 3
2. ¿Cuántas veces orina al día?
1 2 3 Más de 3

HISTORIA CLÍNICA																			
Fecha: 01-03-2019																			
1. DATOS DE FILIACIÓN																			
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN								
						31/01/1981			37	F	Católica								
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS										
Cornejo						Quito													
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO										
Profesora			Profesora																
2. MOTIVO DE CONSULTA																			
Paciente refiere: Molestias en la parte baja de la espalda																			
3. ENFERMEDAD ACTUAL																			
Paciente refiere: Inflación en la parte baja de la espalda																			
4. ANTECEDENTES PERSONALES																			
Nacimiento: Parto normal a término																			
Infancia: a los dos años alergias																			
Adolescencia: Ninguno																			
Adultez: Ninguno																			
AGO																			
MENARQUÍA	L4	FUM	02-ene	G	Z	P	Z	A	D	C	Z	HV	Z	HM	O	PF	X	CICLOS	Irregulares
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																			
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. Cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros										
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																			
CARDIOPULMONAR																			
Sin patología aparente																			
GASTROINTESTINAL																			
Sin patología aparente																			
GENITOURINARIO																			
Sin patología aparente																			
NEUROLÓGICO																			
Sin patología aparente																			
MÚSCULO ESQUELÉTICO																			
Inflamación de la zona lumbar																			
ENDOCRINOLÓGICO																			
Sin patología aparente																			
EXAMEN FÍSICO																			
SIGNOS VITALES																			
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	PULSO	70	F. RESPIRATORIA	14	TALLA	1,48												
PESO	65	IMC	29,68	MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)	92														
CABEZA																			
Normocefálica																			
Simetría			Sí			Reflejo pupilar													
1. Manchas	Ninguna			1. A la luz			normoreactivo												
2. Cicatrices	Ninguna			2. Consensuado			normoreactivo												
PALPACIÓN			3. Puntos dolorosos			3. Acomodación			normoreactivo										
3. Puntos dolorosos			3ro: Md: 8/10			4. Convergencia			normoreactivo										
CUELLO																			
INSPECCIÓN			PALPACIÓN																
1. Simetría	Sí			5. Puntos dolorosos			No												
2. Protuberancias	Ninguna			6. Ganglios linfáticos			No												
3. Manchas	No			7. Glándula tiroides			tamaño y forma normal												
4. Cicatrices	No																		
TÓRAX																			
INSPECCIÓN			PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)																
1. Simetría	Sí			V13	V19	V23	positivos												
2. Manchas	No			V14	V20	V25													
3. Lunares	No			V15	V21	V27	positivos												
4. Cicatrices	No			V18	V22	V28													
PERCUSIÓN			Claro																
AUSCULTACIÓN			Pulmonar: Murmullo vesicular			CORAZÓN			Rítmico caracterizado "LUB-DUB"										
ABDOMEN																			
INSPECCIÓN			PALPACIÓN																
1. Manchas	Ninguna			5. Superficial			suave y depresible, no doloroso												
2. Cicatrices	cesárea			6. Profunda			no hay viceromegalias, no doloroso												
3. Estrías	Ninguna			7. Puntos dolorosos			Murphy: Negativos		MC Burney: Negativos										
PERCUSIÓN			8. Puntos uterinales			Superiores: Negativos			Medios: Negativos										
Mate en órganos mazos; timpánico en estómago			AUSCULTACIÓN																
9. Renal	No doloroso			sonidos hidro aéreos presentes															
HÁBITOS ALIMENTICIOS																			
Alimentos que consume en el desayuno						Arroz, pan y jugo													
Alimentos que consume en la media mañana						Arroz													
Alimentos que consume en el almuerzo						arroz, sopa y jugo													
Alimentos que consume en la media tarde						nada													
Alimentos que consume en la merienda						sopa o arroz con papas													
EVOLUCIÓN																			
		Peso				IMC													
Primer mes	04/03/2019																		
	11/03/2019																		
	18/03/2019																		
	25/03/2019	63				28,76													
Segundo mes	01/04/2019																		
	08/04/2019																		
	15/04/2019																		
	22/04/2019	63				28,76													
Tercer mes	29/04/2019																		
	06/05/2019																		
	13/05/2019																		
	20/05/2019	62				28,31													

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 27 de Marzo del 2019

Yo....., con CI....., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI..X.. NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI..X.. NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI..X.. NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI..X.. NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI..X.. NO..... he leído este documento en su totalidad y SI..X.. NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI..X.. NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: 

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:

Edad: 37 Género: Femenino Fecha de encuesta: 27-03-2019

Antecedentes de sobrepeso

- ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?

0 meses – 1 año	1 año – 3 años	4 años a más
-----------------	----------------	--------------
- Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:

Hábitos alimenticios	Problemas emocionales	Afectación de su sistema hormonal
----------------------	-----------------------	-----------------------------------
- ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?

Si	No
----	----

Hábitos alimenticios

- Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?

1-2	2-3	Más de 3
-----	-----	----------
- La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:

Poco	Normal	Mucho
------	--------	-------
- De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?

Carbohidratos	Grasas	Proteínas
---------------	--------	-----------
- ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?

Si	No
----	----
- Con frecuencia usted come:

Rápido	Despacio
--------	----------
- De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?

Dulce	Salado	Agrio	Ácido	Picante
-------	--------	-------	-------	---------
- A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?

Si	No
----	----
- ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?

1-4 vasos	4-8 vasos	Más de 8 vasos
-----------	-----------	----------------

Aspecto emocional

- De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?

Ira	Preocupación- obsesión	Miedo	Tristeza- melancolía	Insatisfacción
-----	------------------------	-------	----------------------	----------------
- ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?

Si	No
----	----

Afectaciones

- Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:

Orgánico	Emocional
----------	-----------
- ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?

Presión arterial alta	Presión arterial baja	Colesterol elevado	Triglicéridos elevados	Dolores osteomusculares
-----------------------	-----------------------	--------------------	------------------------	-------------------------

Evaluaciones

- ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?

1	2	3	Ninguna	Más de 3
---	---	---	---------	----------
- ¿Cuántas veces orina al día?

1	2	3	Más de 3
---	---	---	----------

HISTORIA CLÍNICA											
Fecha: 11-03-2019											
1. DATOS DE FILIACIÓN											
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN
						29/10/1987			31	F	Católica
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS		
Túmbaco la Villa						Quito					
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO		
Técnica			Ingeniera Agrónoma								
2. MOTIVO DE CONSULTA											
Paciente refiere: Ninguno											
3. ENFERMEDAD ACTUAL											
Paciente refiere: quistes ováricos											
4. ANTECEDENTES PERSONALES											
Nacimiento: parto normal a término											
Infancia: Ninguno											
Adolescencia: Ninguno											
Adultez: quistes ováricos											
AGO											
MENARQUIA	13	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS	
5. ANTECEDENTES FAMILIARES											
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. Cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros		
6. REVISIÓN DE SISTEMAS											
CARDIOPULMONAR Sin patología aparente											
GASTROINTESTINAL Sin patología aparente											
GENITOURINARIO Sin patología aparente											
NEUROLÓGICO Sin patología aparente											
MÚSCULO ESQUELÉTICO Sin patología aparente											
ENDOCRINOLÓGICO Sin patología aparente											
EXAMEN FÍSICO											
SIGNOS VITALES											
TENSION ARTERIAL		110/70	PULSO		70	F. RESPIRATORIA		14	TALLA		1,62
PESO		68,8	IMC		26,25	MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)		87			
CABEZA											
Normocefálica											
Simetría				Sí				Reflejo pupilar			
1. Manchas				Ninguna				1. A la luz Normoreactivo			
2. Cicatrices				Ninguna				2. Consensuado Normoreactivo			
3. Puntos dolorosos				3ro: Md: 8/10				3. Acomodación Normoreactivo			
3. Puntos dolorosos				3ro: Md: 8/10				4. Convergencia Normoreactivo			
CUELLO											
INSPECCIÓN						PALPACIÓN					
1. Simetría						Sí					
2. Protuberancias						Ninguna					
3. Manchas						No					
4. Cicatrices						No					
5. Puntos dolorosos						No					
6. Ganglios linfáticos						No					
7. Glándula tiroides						tamaño y forma normal					
TÓRAX											
INSPECCIÓN						PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)					
1. Simetría						Sí					
2. Manchas						No					
3. Lunares						No					
4. Cicatrices						No					
PERCUSIÓN						Claro					
AUSCULTACIÓN						Pulmonar: Murmullo vesicular					
CORAZÓN						Rítmico caracterizado "LUB-DUB"					
ABDOMEN											
INSPECCIÓN						PALPACIÓN					
1. Manchas						Ninguna					
2. Cicatrices						Ninguna					
3. Estrías						Ninguna					
PERCUSIÓN						5. Superficial suave y depresible, no doloroso					
6. Profunda						no hay viceromegalias, no doloroso					
7. Puntos dolorosos						Murphy: Negativos MC Burney: Negativos					
8. Puntos uterinales						Superiores: Negativos Medios: Negativos					
Mate en órganos macios; timpánico en estómago						AUSCULTACIÓN					
9. Renal						No doloroso					
sonidos hidro aéreos presentes											
HÁBITOS ALIMENTICIOS											
Alimentos que consume en el desayuno						café con leche, pan, huevos y jugo					
Alimentos que consume en la media mañana						café					
Alimentos que consume en el almuerzo						sopa, segundo y acompañado					
Alimentos que consume en la media tarde						nada					
Alimentos que consume en la merienda						carne o pollo con verduras					
EVOLUCIÓN											
		Peso				IMC					
Primer mes	12/03/2019										
	19/03/2019										
	26/03/2019										
	02/04/2019	68				25,95					
Segundo mes	09/04/2019										
	16/04/2019										
	23/04/2019										
	30/04/2019	68				25,95					
Tercer mes	07/05/2019										
	14/05/2019										
	21/05/2019										
	28/05/2019	67,5				25,76					

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: JUEVES 14 DE MARZO DEL 2019

Yo,, con C.I., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO..... he leído este documento en su totalidad y SI..... NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI..... NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: 

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:

Edad: 31 Género: FEMENINO Fecha de encuesta: 14/03/2019

Antecedentes de sobrepeso

1. a. ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?

0 meses – 1 año	1 año – 3 años	<input checked="" type="checkbox"/> 4 años a más
-----------------	----------------	--

1. b. Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:

Hábitos alimenticios <input checked="" type="checkbox"/>	Problemas emocionales	Afectación de su sistema hormonal
--	-----------------------	-----------------------------------

2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?

Si	No <input checked="" type="checkbox"/>
----	--

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?

1-2	2-3	Más de 3 <input checked="" type="checkbox"/>
-----	-----	--

2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:

Poco <input checked="" type="checkbox"/>	Normal	Mucho
--	--------	-------

3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?

Carbohidratos	Grasas	Proteínas <input checked="" type="checkbox"/>
---------------	--------	---

4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?

Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
--	----

5. Con frecuencia usted come:

Rápido	Despacio <input checked="" type="checkbox"/>
--------	--

6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?

Dulce	Salado	Agrio	Ácido <input checked="" type="checkbox"/>	Picante
-------	--------	-------	---	---------

7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?

Si	No <input checked="" type="checkbox"/>
----	--

8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?

1-4 vasos	<input checked="" type="checkbox"/> 4-8 vasos	Más de 8 vasos
-----------	---	----------------

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?

Ira	Preocupación- obsesión	Miedo <input checked="" type="checkbox"/>	Tristeza- melancolía	Insatisfacción
-----	------------------------	---	----------------------	----------------

2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?

Si	No <input checked="" type="checkbox"/>
----	--

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:

Orgánico	Emocional <input checked="" type="checkbox"/>
----------	---

2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?

Presión arterial alta	Presión arterial baja	Colesterol elevado	Triglicéridos elevados	Dolores osteomusculares
-----------------------	-----------------------	--------------------	------------------------	-------------------------

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?

1 <input checked="" type="checkbox"/>	2	3	Ninguna	Más de 3
---------------------------------------	---	---	---------	----------

2. ¿Cuántas veces orina al día?

1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	Más de 3
---	---	---------------------------------------	----------

HISTORIA CLÍNICA																	
Fecha: 11-03-2019																	
1. DATOS DE FILIACIÓN																	
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN						
						05/04/1978			41	F	Católica						
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS								
Túmbaco: La Esperanza						Quito											
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO								
Secretaría			Abogada														
2. MOTIVO DE CONSULTA																	
Paciente refiere: Ninguno																	
3. ENFERMEDAD ACTUAL																	
Paciente refiere: Ninguno																	
4. ANTECEDENTES PERSONALES																	
Nacimiento: Parto normal a término																	
Infancia: Ninguno																	
Adolescencia: Ninguno																	
Adultez: Ninguno																	
AGO																	
MENARQUIA	11	FUM	G	2	P	2	A	1	C	1	HV	2	HM	I	PF	CICLOS	Regulares
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																	
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. Cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros								
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																	
CARDIOPULMONAR Sin patología aparente																	
GASTROINTESTINAL Sin patología aparente																	
GENITOURINARIO Sin patología aparente																	
NEUROLÓGICO Sin patología aparente																	
MÚSCULO ESQUELÉTICO Sin patología aparente																	
ENDOCRINOLÓGICO Sin patología aparente																	
EXAMEN FÍSICO																	
SIGNOS VITALES																	
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	PULSO	70	F. RESPIRATORIA	14	TALLA	1,66										
PESO	72	IMC	26,18	MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)	92												
CABEZA																	
Normocefálica																	
Simetría			Sí			Reflejo pupilar											
1. Manchas	Ninguna			1. A la luz			normoreactivo										
2. Cicatrices	Ninguna			2. Consensuado			normoreactivo										
PALPACIÓN			3. Acomodación			normoreactivo											
3. Puntos dolorosos	3ro: Md: 8/10			4. Convergencia			normoreactivo										
CUELLO																	
INSPECCIÓN			PALPACIÓN														
1. Simetría	Sí			5. Puntos dolorosos			No										
2. Protuberancias	Ninguna			6. Ganglios linfáticos			No										
3. Manchas	No			7. Glándula tiroidea			tamaño y forma normal										
4. Cicatrices	No																
TÓRAX																	
INSPECCIÓN			PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)														
1. Simetría	Sí			V13	V19	V23											
2. Manchas	No			V14	V20	V25											
3. Lunares	No			V15	V21	V27											
4. Cicatrices	No			V18	V22	V28											
PERCUSIÓN			AUSCULTACIÓN			CORAZÓN			Rítmico caracterizado "LUB-DUB"								
Claro			Pulmonar: Murmullo vesicular														
ABDOMEN																	
INSPECCIÓN			PALPACIÓN														
1. Manchas	Ninguna			5. Superficial			suave y depresible, no doloroso										
2. Cicatrices	Ninguna			6. Profunda			no hay viceromegalias, no doloroso										
3. Estrías	Ninguna			7. Puntos dolorosos			Murphy: Negativos MC Burney: Negativos										
PERCUSIÓN			8. Puntos uterinales			Superiores: Negativos Medios: Negativos											
Male en órganos macisos; timpánico en estómago			AUSCULTACIÓN														
9. Renal	No doloroso			sonidos hidro-aéreos presentes													
HÁBITOS ALIMENTICIOS																	
Alimentos que consume en el desayuno						pan, café, arroz, huevos, jugos y sandwich											
Alimentos que consume en la media mañana						a veces frutas con galletas											
Alimentos que consume en el almuerzo																	
Alimentos que consume en la media tarde						nada											
Alimentos que consume en la merienda						sobras del almuerzo, o burritos											
EVOLUCIÓN																	
		Peso						IMC									
Primer mes	12/03/2019	70						25,45									
	19/03/2019																
	26/03/2019																
	02/04/2019																
Segundo mes	09/04/2019	70						25,45									
	16/04/2019																
	23/04/2019																
	30/04/2019																
Tercer mes	07/05/2019	69						25,09									
	14/05/2019																
	21/05/2019																
	28/05/2019																

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 12 Mayo 2017

Yo,, con C.I., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI..... NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI..... NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI..... NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI..... NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI..... NO..... he leído este documento en su totalidad y SI..... NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI..... NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: 

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:
Edad: 41. Género: Femenino. Fecha de encuesta: 12-03-19

Antecedentes de sobrepeso

- 1.a) ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?

0 meses - 1 año	1 año - 3 años	4 años a más
-----------------	----------------	--------------
- 1.b) Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:

Hábitos alimenticios	Problemas emocionales	Afectación de su sistema hormonal
----------------------	-----------------------	-----------------------------------
- 2) ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?

Si	No
----	----

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?

1-2	2-3	Más de 3
-----	-----	----------
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:

Poco	Normal	Mucho
------	--------	-------
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?

Carbohidratos	Grasas	Proteínas
---------------	--------	-----------
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?

Si	No
----	----
5. Con frecuencia usted come:

Rápido	Despacio
--------	----------
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?

Dulce	Salado	Agrio	Ácido	Picante
-------	--------	-------	-------	---------
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?

Si	No
----	----
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?

1-4 vasos	4-8 vasos	Más de 8 vasos
-----------	-----------	----------------

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?

Ira	Preocupación- obsesión	Miedo	Tristeza- melancolía	Insatisfacción
-----	------------------------	-------	----------------------	----------------
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?

Si	No
----	----

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:

Orgánico	Emocional
----------	-----------
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?

Presión arterial alta	Presión arterial baja	Colesterol elevado	Triglicéridos elevados	Dolores osteomusculares
-----------------------	-----------------------	--------------------	------------------------	-------------------------

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?

1	2	3	Ninguna	Más de 3
---	---	---	---------	----------
2. ¿Cuántas veces orina al día?

1	2	3	Más de 3
---	---	---	----------

HISTORIA CLÍNICA																					
Fecha: 01-03-2019																					
1. DATOS DE FILIACIÓN																					
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN										
						22/01/1989			30	F	Católica										
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS												
Aida León						Quito															
OCUPACIÓN				PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO											
Profesora				Profesora																	
2. MOTIVO DE CONSULTA																					
Paciente refiere: Ninguno																					
3. ENFERMEDAD ACTUAL																					
Paciente refiere: Ninguno																					
4. ANTECEDENTES PERSONALES																					
Nacimiento: cesárea																					
Infancia: anémica a los 10 años																					
Adolescencia: Ninguno																					
Adultez: Ninguno																					
AGO																					
MENARQUÍA	13	FUM	01-mar	G	2	P	0	A	0	C	2	HV	2	HM	0	PF		CICLOS	regulares		
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																					
1. Cardiopatía	X	2. Diabetes		3. Enf. C. vascular		4. Hipertensión		5. Cáncer		6. Tuberculosis		7. Enf. Mental		8. Enf. Infecciosas		9. Malformación		10. Otros			
mamá microinfarto																					
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																					
CARDIOPULMONAR																					
Sin patología aparente																					
GASTROINTESTINAL																					
Sin patología aparente																					
GENITOURINARIO																					
Sin patología aparente																					
NEUROLÓGICO																					
Sin patología aparente																					
MÚSCULO ESQUELÉTICO																					
Sin patología aparente																					
ENDOCRINOLÓGICO																					
Sin patología aparente																					
SIGNOS VITALES																					
EXAMEN FÍSICO																					
TENSIÓN ARTERIAL			110/70			PULSO			80			F. RESPIRATORIA			16			TALLA		1,52	
PESO			69			IMC			29,87			MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)			104						
CABEZA																					
Normocefálica																					
Simetría										Sí											
1. Manchas										Ninguna											
2. Cicatrices										Ninguna											
PALPACIÓN										Reflejo pupilar											
3. Puntos dolorosos										MT-MD											
CUELLO										INSPECCIÓN											
1. Simetría										Sí											
2. Protuberancias										Ninguna											
3. Manchas										No											
4. Cicatrices										No											
TÓRAX										PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)											
1. Simetría										Sí											
2. Manchas										No											
3. Lunares										No											
4. Cicatrices										No											
PERCUSIÓN										Claro											
AUSCULTACIÓN										Pulmonar: Murmullo vesicular											
CORAZÓN										Rítmico caracterizado "LUB-DUB"											
ABDOMEN																					
INSPECCIÓN										PALPACIÓN											
1. Manchas										Ninguna											
2. Cicatrices										cesárea											
3. Estrías										Ninguna											
PERCUSIÓN										5. Superficial											
Mate en órganos mazisos; timpánico en estómago										suave y depresible, no doloroso											
9. Renal										dolor en riñón derecho											
AUSCULTACIÓN										6. Profunda											
sonidos hidroaéreos presentes										no hay viceromegalias, no doloroso											
HÁBITOS ALIMENTICIOS										7. Puntos dolorosos											
Alimentos que consume en el desayuno										arroz, agua aromática, pan y huevos											
Alimentos que consume en la media mañana										nada											
Alimentos que consume en el almuerzo										sopa, arroz y jugo											
Alimentos que consume en la media tarde										nada											
Alimentos que consume en la merienda										nada											
EVOLUCIÓN																					
		Peso								IMC											
Primer mes	04/03/2019																				
	11/03/2019																				
	18/03/2019																				
	25/03/2019	66								28,57											
Segundo mes	01/04/2019																				
	08/04/2019																				
	15/04/2019																				
	22/04/2019	64,5								27,92											
Tercer mes	29/04/2019																				
	06/05/2019																				
	13/05/2019																				
	20/05/2019	64,5								27,92											

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 27-03-2019

Yo, con C.I. autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI. NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI. NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI. NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI. NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI. NO..... he leído este documento en su totalidad y SI. NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI. NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: 

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:
 Edad: 30 Género: Femenino Fecha de encuesta: 27-03-2019

Antecedentes de sobrepeso

1. a) ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
 0 meses - 1 año 1 año - 3 años 4 años a más
1. b) Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:

Hábitos alimenticios	<input checked="" type="checkbox"/>	Problemas emocionales	<input type="checkbox"/>	Afectación de su sistema hormonal	<input type="checkbox"/>
----------------------	-------------------------------------	-----------------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
 Si No

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
 1-2 2-3 Más de 3
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
 Poco Normal Mucho
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?

Carbohidratos	<input checked="" type="checkbox"/>	Grasas	<input type="checkbox"/>	Proteínas	<input type="checkbox"/>
---------------	-------------------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
 Si No
5. Con frecuencia usted come:

Rápido	<input checked="" type="checkbox"/>	Despacio	<input type="checkbox"/>
--------	-------------------------------------	----------	--------------------------
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?

Dulce	<input type="checkbox"/>	Salado	<input checked="" type="checkbox"/>	Agrio	<input type="checkbox"/>	Ácido	<input type="checkbox"/>	Picante	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	--------	-------------------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	---------	--------------------------
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
 Si No
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?

1-4 vasos	<input type="checkbox"/>	4-8 vasos	<input type="checkbox"/>	Más de 8 vasos	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------------	-------------------------------------

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?

Ira	<input type="checkbox"/>	Preocupación- obsesión	<input type="checkbox"/>	Miedo	<input type="checkbox"/>	Tristeza- melancolía	<input checked="" type="checkbox"/>	Insatisfacción	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	------------------------	--------------------------	-------	--------------------------	----------------------	-------------------------------------	----------------	--------------------------
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
 Si No

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:

Orgánico	<input checked="" type="checkbox"/>	Emocional	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-----------	--------------------------
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?

Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	Colesterol elevado	<input checked="" type="checkbox"/>	Triglicéridos elevados	<input type="checkbox"/>	Dolores osteomusculares	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------	-------------------------------------	------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?

1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input checked="" type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/>	Más de 3	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	---	-------------------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------
2. ¿Cuántas veces orina al día?

1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	Más de 3	<input checked="" type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	----------	-------------------------------------

HISTORIA CLÍNICA																			
Fecha: 11-03-2019																			
1. DATOS DE FILIACIÓN																			
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN								
						31/12/1987			31	F	Católica								
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS										
Tumbaco: Barrio Tumbaco Alto Ocaña						Quito													
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO										
Docente			Docente																
2. MOTIVO DE CONSULTA																			
Paciente refiere: Ninguno																			
3. ENFERMEDAD ACTUAL																			
Paciente refiere: Ninguno																			
4. ANTECEDENTES PERSONALES																			
Nacimiento: Cesárea																			
Infancia: Ninguno																			
Adolescencia: Ninguno																			
Adultez: Inflación de vías urinarias																			
AGO																			
MENARQUIA	13	FUM	15-mar	G	2	P	2	A		C	2	HV	2	HM	0	PF		CICLOS	Regular
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																			
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. Cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros										
Tía cancer al útero																			
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																			
CARDIOPULMONAR																			
Sin patología aparente																			
GASTROINTESTINAL																			
Sin patología aparente																			
GENITOURINARIO																			
Inflamación de vías urinarias																			
NEUROLÓGICO																			
Sin patología aparente																			
MÚSCULO ESQUELÉTICO																			
Sin patología aparente																			
ENDOCRINOLÓGICO																			
Sin patología aparente																			
EXAMEN FÍSICO																			
SIGNOS VITALES																			
TENSIÓN ARTERIAL	120/80	PULSO	60	F. RESPIRATORIA	12	TALLA	1,56												
PESO	72	IMC	29,62	MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)	97														
CABEZA																			
Normocefálica																			
Simetría			Sí			Reflejo pupilar													
1. Manchas	Ninguna			1. A la luz			normoreactivo												
2. Cicatrices	Ninguna			2. Consensuado			normoreactivo												
PALPACIÓN			3. Acomodación			normoreactivo													
3. Puntos dolorosos	3ro: Md: 8/10			4. Convergencia			normoreactivo												
CUELLO																			
INSPECCIÓN						PALPACIÓN													
1. Simetría	Sí			5. Puntos dolorosos			No												
2. Protuberancias	Ninguna			6. Ganglios linfáticos			No												
3. Manchas	No			7. Glándula tiroides			tamaño y forma normal												
4. Cicatrices	No																		
TÓRAX																			
INSPECCIÓN						PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)													
1. Simetría	Sí			V13	V19		V23												
2. Manchas	No			V14	V20		V25												
3. Lunares	No			V15	V21		V27												
4. Cicatrices	No			V18	V22		V28												
PERCUSIÓN						AUSCULTACIÓN													
Claro						Rítmico caracterizado "LUB-DUB"													
ABDOMEN						CORAZÓN													
Pulmonar: Murmullo vesicular						Rítmico caracterizado "LUB-DUB"													
INSPECCIÓN						PALPACIÓN													
1. Manchas	Ninguna			5. Superficial			suave y depresible, no doloroso												
2. Cicatrices	cesárea			6. Profunda			no hay viceromegalias, no doloroso												
3. Estrías	Ninguna			7. Puntos dolorosos			Murphy: Negativos		MC Burney: Negativos										
PERCUSIÓN						8. Puntos uterinos													
Mate en órganos mates; timpánico en estómago						Superiores: Negativos			Medios: Negativos										
9. Renal						No doloroso													
						sonidos hidro aéreos presentes													
HÁBITOS ALIMENTICIOS																			
Alimentos que consume en el desayuno						arroz, pollo													
Alimentos que consume en la media mañana						empanada													
Alimentos que consume en el almuerzo						sopa y jugo													
Alimentos que consume en la media tarde						galleta													
Alimentos que consume en la merienda						arroz													
EVOLUCIÓN																			
		Peso				IMC													
Primer mes	12/03/2019																		
	19/03/2019																		
	26/03/2019																		
	02/04/2019	70				28,8													
Segundo mes	09/04/2019																		
	16/04/2019																		
	23/04/2019																		
	30/04/2019	69,5				28,6													
Tercer mes	07/05/2019																		
	14/05/2019																		
	21/05/2019																		
	28/05/2019	69				28,39													

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 14-03-19.....

Yo con CI., autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI./... NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI./... NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI./... NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI./... NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI./... NO..... he leído este documento en su totalidad y SI./... NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI./... NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: 

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta Inicial

Nombre:
Edad: 31 Género: Femenino Fecha de encuesta: 19-03-12

Antecedentes de sobrepeso

1. ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
 0 meses - 1 año 1 año - 3 años 4 años a más
1. ¿Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:
 Hábitos alimenticios Problemas emocionales Afectación de su sistema hormonal
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
 Sí No

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
 1-2 2-3 Más de 3
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
 Poco Normal Mucho
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?
 Carbohidratos Grasas Proteínas
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
 Sí No
5. Con frecuencia usted come:
 Rápido Despacio
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?
 Dulce Salado Agrio Ácido Picante
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
 Sí No
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?
 1-4 vasos 4-8 vasos Más de 8 vasos

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?
 Ira Preocupación- obsesión Miedo Tristeza- melancolía Insatisfacción
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
 Sí No

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:
 Orgánico Emocional
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?
 Presión arterial alta Presión arterial baja Colesterol elevado Triglicéridos elevados Dolores osteomusculares

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?
 1 2 3 Ninguna Más de 3
2. ¿Cuántas veces orina al día?
 1 2 3 Más de 3

HISTORIA CLÍNICA																			
Fecha: 11-03-2019																			
1. DATOS DE FILIACIÓN																			
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN								
						03/02/1986			33	F	Católica								
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS										
Tumbaco						Quito													
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO										
Docente			Profesora																
2. MOTIVO DE CONSULTA																			
Paciente refiere: No padece ninguna dolencia																			
3. ENFERMEDAD ACTUAL																			
Paciente refiere: Ninguna																			
4. ANTECEDENTES PERSONALES																			
Nacimiento: Parto normal a término																			
Infancia: Ninguna																			
Adolescencia: Ninguna																			
Adultez: Ninguna																			
AGO																			
MENARQUÍA	15	FUM	05-mar	G	O	P	O	A	O	C	O	HV	O	HM	O	PF	O	CICLOS	regulares
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																			
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. Cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros										
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																			
CARDIOPULMONAR																			
Sin patología aparente																			
GASTROINTESTINAL																			
Sin patología aparente																			
GENITOURINARIO																			
Sin patología aparente																			
NEUROLÓGICO																			
Sin patología aparente																			
MÚLCULO ESQUELÉTICO																			
Sin patología aparente																			
ENDOCRINOLÓGICO																			
Sin patología aparente																			
EXAMEN FÍSICO																			
SIGNOS VITALES																			
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	PULSO	60	F. RESPIRATORIA				16	TALLA	1.55									
PESO	71	JMC	29.58	MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)				90											
CABEZA																			
Normocefálica																			
Simetría			Sí			Reflejo pupilar													
1. Manchas	Ninguna			1. A la luz			normoreactivo												
2. Cicatrices	Ninguna			2. Consensuado			normoreactivo												
PALPACIÓN			3. Acomodación			normoreactivo													
3. Puntos dolorosos	3ro: Mí: 8/10			4. Convergencia			normoreactivo												
CUELLO																			
INSPECCIÓN			PALPACIÓN																
1. Simetría	Sí			5. Puntos dolorosos			No												
2. Protuberancias	Ninguna			6. Ganglios linfáticos			No												
3. Manchas	No			7. Glándula tiroides			tamaño y forma normal												
4. Cicatrices	No																		
TÓRAX																			
INSPECCIÓN			PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)																
1. Simetría	Sí			V13	positivos	V19		V23											
2. Manchas	No			V14		V20		V25											
3. Lunares	No			V15	positivos	V21		V27											
4. Cicatrices	No			V18		V22		V28											
PERCUSIÓN			Claro																
AUSCULTACIÓN			Pulmonar: Murmullo vesicular			CORAZÓN			Rítmico caracterizado "LUB-DUB"										
ABDOMEN																			
INSPECCIÓN			PALPACIÓN																
1. Manchas	Ninguna			5. Superficial			suave y depresible, no doloroso												
2. Cicatrices	Ninguna			6. Profunda			no hay viceromegalias, no doloroso												
3. Estrías	Ninguna			7. Puntos dolorosos			Murphy: Negativos			MC Burney: Negativos									
PERCUSIÓN			8. Puntos uterinales			Superiores: Negativos			Medios: Negativos										
Mate en órganos macisos; timpánico en estómago			AUSCULTACIÓN																
9. Renal	No doloroso			sonidos hidro aéreos presentes															
HÁBITOS ALIMENTICIOS																			
Alimentos que consume en el desayuno						Café, pan y huevo													
Alimentos que consume en la media mañana						Nada													
Alimentos que consume en el almuerzo						Sopa, arroz con acompañado													
Alimentos que consume en la media tarde						Nada													
Alimentos que consume en la merienda						Pan con café													
EVOLUCIÓN																			
		Peso						IMC											
Primer mes	12/03/2019																		
	19/03/2019																		
	26/03/2019																		
	02/04/2019	69,5						28,95											
Segundo mes	09/04/2019																		
	16/04/2019																		
	23/04/2019																		
	30/04/2019	69						28,75											
Tercer mes	07/05/2019																		
	14/05/2019																		
	21/05/2019																		
	28/05/2019	68,5						28,54											

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 12-03-2019

Yo, _____, con C.I. _____
...zo al señor Luis Enrique Mantilla,
estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su
investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como
tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de
edad en la ciudad de Quito".

SI..... NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de
auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón
auricular para combatir el sobrepeso.

SI..... NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del
tratamiento.

SI..... NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un
trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología
a tratar.

SI..... NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de
formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma
satisfactoria.

SI..... NO..... he leído este documento en su totalidad y SI..... NO..... estoy
de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI..... NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta
terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: [Firma]

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:
 Edad: 33 Género: Femenino Fecha de encuesta: 09-04-2019

Antecedentes de sobrepeso

- 1.a) ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
 0 meses - 1 año 1 año - 3 años 4 años a más
- 1.b) Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:

Hábitos alimenticios	<input checked="" type="checkbox"/>	Problemas emocionales	<input type="checkbox"/>	Afectación de su sistema hormonal	<input type="checkbox"/>
----------------------	-------------------------------------	-----------------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------
- 2) ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
 Si No

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
 1-2 2-3 Más de 3
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
 Poco Normal Mucho
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?

Carbohidratos	<input checked="" type="checkbox"/>	Grasas	<input type="checkbox"/>	Proteínas	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------	-------------------------------------	--------	--------------------------	-----------	-------------------------------------
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
 Si No
5. Con frecuencia usted come:
 Rápido Despacio
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?

Dulce	<input checked="" type="checkbox"/>	Salado	<input type="checkbox"/>	Agrio	<input type="checkbox"/>	Ácido	<input checked="" type="checkbox"/>	Picante	<input type="checkbox"/>
-------	-------------------------------------	--------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	-------------------------------------	---------	--------------------------
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
 Si No
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?

1-4 vasos	<input type="checkbox"/>	4-8 vasos	<input checked="" type="checkbox"/>	Más de 8 vasos	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-----------	-------------------------------------	----------------	--------------------------

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?

Ira	<input type="checkbox"/>	Preocupación-obsesión	<input checked="" type="checkbox"/>	Miedo	<input type="checkbox"/>	Tristeza-melancolía	<input type="checkbox"/>	Insatisfacción	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----------------------	-------------------------------------	-------	--------------------------	---------------------	--------------------------	----------------	--------------------------
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
 Si No

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:

Orgánico	<input type="checkbox"/>	Emocional	<input checked="" type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------	-------------------------------------
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?

Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	Colesterol elevado	<input type="checkbox"/>	Triglicéridos elevados	<input type="checkbox"/>	Dolores osteomusculares	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?

1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input checked="" type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/>	Más de 3	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	---	-------------------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------
2. ¿Cuántas veces orina al día?

1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	Más de 3	<input checked="" type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	----------	-------------------------------------

HISTORIA CLÍNICA																			
Fecha: 01-03-2019																			
1. DATOS DE FILIACIÓN																			
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN								
						28/11/1994			24	F	Católica								
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS										
Lucha de los Pobres						Quito													
OCUPACIÓN			PROFESIÓN			REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO										
Profesora			Profesora																
2. MOTIVO DE CONSULTA																			
Paciente refiere: congestión gripal																			
3. ENFERMEDAD ACTUAL																			
Paciente refiere: últimamente gripes a repetición																			
4. ANTECEDENTES PERSONALES																			
Nacimiento: parto normal a término																			
Infancia: Ninguno																			
Adolescencia: Ninguno																			
Adultez: gastritis a los 22 años y media																			
AGO																			
MENARQUIA	12	FUM	04-mar	G	1	P	1	A	0	C	1	HV	1	HM	0	PF	X	CICLOS	Irregulares
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																			
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros										
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																			
CARDIOPULMONAR																			
Sin patología aparente																			
GASTROINTESTINAL																			
Sin patología aparente																			
GENITOURINARIO																			
infección de vías urinarias																			
NEUROLÓGICO																			
Sin patología aparente																			
MÚSCULO ESQUELÉTICO																			
Sin patología aparente																			
ENDOCRINOLÓGICO																			
Sin patología aparente																			
EXAMEN FÍSICO																			
SIGNOS VITALES																			
TENSIÓN ARTERIAL		110/70		PULSO		70		F. RESPIRATORIA		14		TALLA		1,59					
PESO		73		IMC		28,96		MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)		91									
CABEZA																			
Normocefálica																			
Simetría				Sí				Reflejo pupilar											
1. Manchas				Ninguna				1. A la luz		normoreactivo									
2. Cicatrices				Ninguna				2. Consensuado		normoreactivo									
				PALPACIÓN				3. Acomodación		normoreactivo									
3. Puntos dolorosos				3ro: Md: 8/10				4. Convergencia		normoreactivo									
CUELLO																			
INSPECCIÓN				PALPACIÓN															
1. Simetría				Sí				5. Puntos dolorosos		No									
2. Protuberancias				Ninguna				6. Ganglios linfáticos		No									
3. Manchas				No				7. Glándula tiroides		tamaño y forma normal									
4. Cicatrices				No															
TÓRAX																			
INSPECCIÓN				PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)															
1. Simetría				Sí				V13		V19		V23							
2. Manchas				No				V14		V20		V25							
3. Lunares				No				V15		V21		V27							
4. Cicatrices				No				V18		V22		V28							
PERCUSIÓN																			
Claro																			
AUSCULTACIÓN				Pulmonar: Murmullo vesicular				CORAZÓN		Rítmico caracterizado "LUB-DUB"									
ABDOMEN																			
INSPECCIÓN				PALPACIÓN															
1. Manchas				Ninguna				5. Superficial		suave y depresible, no doloroso									
2. Cicatrices				Ninguna				6. Profunda		no hay viceromegalias, no doloroso									
3. Estrías				Ninguna				7. Puntos dolorosos		Murphy: Negativos		MC Burney: Negativos							
				PERCUSIÓN				8. Puntos uterinales		Superiores: Negativos		Medios: Sí							
Mate en órganos macisos; timpánico en estómago										AUSCULTACIÓN									
9. Renal				No doloroso						sonidos hidro aéreos presentes									
HÁBITOS ALIMENTICIOS																			
Alimentos que consume en el desayuno								arroz, café y huevos											
Alimentos que consume en la media mañana								golosinas o dulces											
Alimentos que consume en el almuerzo								sopa, arroz y jugo											
Alimentos que consume en la media tarde								nada											
Alimentos que consume en la merienda								arroz con pollo, carne y café											
EVOLUCIÓN																			
		Peso				IMC													
Primer mes	04/03/2019																		
	11/03/2019																		
	18/03/2019																		
	25/03/2019	69								27,38									
Segundo mes	01/04/2019																		
	08/04/2019																		
	15/04/2019																		
	22/04/2019	70								27,77									
Tercer mes	29/04/2019																		
	06/05/2019																		
	13/05/2019																		
	20/05/2019	71								28,17									

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 27 de Marzo del 2019

Yo,, con CI.
..... izo al señor Luis Enrique Mantilla,
estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su
investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como
tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de
edad en la ciudad de Quito".

SI..... NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de
auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón
auricular para combatir el sobrepeso.

SI..... NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del
tratamiento.

SI..... NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un
trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología
a tratar.

SI..... NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de
formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma
satisfactoria.

SI..... NO..... he leído este documento en su totalidad y SI..... NO..... estoy
de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI..... NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta
terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: 

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:

Edad: 24 Género: Femenino Fecha de encuesta: 27-03-2019

Antecedentes de sobrepeso

1. a. ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
- | | | |
|-----------------|----------------|--|
| 0 meses – 1 año | 1 año – 3 años | <input checked="" type="checkbox"/> 4 años a más |
|-----------------|----------------|--|
1. b. Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:
- | | | |
|--------------------------|---|-------------------------------------|
| Hábitos alimenticios | <input checked="" type="checkbox"/> Problemas emocionales | Afectación de su sistema hormonal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| Si | No |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
- | | | |
|-----|-----|--|
| 1-2 | 2-3 | <input checked="" type="checkbox"/> Más de 3 |
|-----|-----|--|
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
- | | | |
|------|--------|---|
| Poco | Normal | <input checked="" type="checkbox"/> Mucho |
|------|--------|---|
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?
- | | | |
|---------------|--|-----------|
| Carbohidratos | <input checked="" type="checkbox"/> Grasas | Proteínas |
|---------------|--|-----------|
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| Si | No |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
5. Con frecuencia usted come:
- | | |
|--------|--|
| Rápido | <input checked="" type="checkbox"/> Despacio |
|--------|--|
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?
- | | | | | |
|-------|--|-------|-------|---------|
| Dulce | <input checked="" type="checkbox"/> Salado | Agrio | Ácido | Picante |
|-------|--|-------|-------|---------|
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| Si | No |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?
- | | | |
|-----------|---|----------------|
| 1-4 vasos | <input checked="" type="checkbox"/> 4-8 vasos | Más de 8 vasos |
|-----------|---|----------------|

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Ira | Preocupación-obsesión | Miedo | Tristeza-melancolía | Insatisfacción |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| Si | No |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:
- | | |
|----------|---|
| Orgánico | <input checked="" type="checkbox"/> Emocional |
|----------|---|
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Presión arterial alta | Presión arterial baja | Colesterol elevado | Triglicéridos elevados | Dolores osteomusculares |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?
- | | | | | |
|---|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> Ninguna | Más de 3 |
|---|---|---|---|----------|
2. ¿Cuántas veces orina al día?
- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | Más de 3 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

HISTORIA CLÍNICA																			
Fecha: 06-03-2019																			
1. DATOS DE FILIACIÓN																			
APELLIDOS			NOMBRES			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	RELIGIÓN								
						20/08/1987			34	F	Católica								
DIRECCIÓN						CIUDAD			TELÉFONOS										
El Conde: Quito Colonial						Quito													
OCUPACIÓN				PROFESIÓN				REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO								
Quehaceres domésticos				Quehaceres domésticos															
2. MOTIVO DE CONSULTA																			
Paciente refiere: control de peso																			
3. ENFERMEDAD ACTUAL																			
Paciente refiere: ninguno																			
4. ANTECEDENTES PERSONALES																			
Nacimiento: parto normal a término																			
Infancia: fractura de pierna																			
Adolescencia: hepatitis																			
Adultez: Ninguno																			
AGO																			
MENARQUIA	14	FUM	10-mar	G	2	P	2	A	0	C	0	HV	2	HM	0	PF		CICLOS	Regulares
5. ANTECEDENTES FAMILIARES																			
1. Cardiopatía	2. Diabetes	3. Enf. C. vascular	4. Hipertensión	5. Cáncer	6. Tuberculosis	7. Enf. Mental	8. Enf. Infecciosas	9. Malformación	10. Otros										
Abuela materna: presión alta; tío con cáncer al colon y próstata; tía tiene diabetes																			
6. REVISIÓN DE SISTEMAS																			
CARDIOPULMONAR																			
Sin patología aparente																			
GASTROINTESTINAL																			
Sin patología aparente																			
GENITOURINARIO																			
Sin patología aparente																			
NEUROLÓGICO																			
Sin patología aparente																			
MÚSCULO ESQUELÉTICO																			
Sin patología aparente																			
ENDOCRINOLÓGICO																			
Sin patología aparente																			
EXAMEN FÍSICO																			
SIGNOS VITALES																			
TENSIÓN ARTERIAL		110/70		PULSO		70		F. RESPIRATORIA				16		TALLA		1,51			
PESO		68		IMC		29,82		MEDIDA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)				98							
CABEZA																			
Normocefálica																			
Simetría										Sí									
1. Manchas										Ninguna									
2. Cicatrices										Ninguna									
3. Puntos dolorosos										3ro: Md: 8/10									
PALPACIÓN										Reflejo pupilar									
1. A la luz										nomoreactivo									
2. Consensuado										nomoreactivo									
3. Acomodación										nomoreactivo									
4. Convergencia										nomoreactivo									
CUELLO																			
INSPECCIÓN										PALPACIÓN									
1. Simetría										Sí									
2. Protuberancias										Ninguna									
3. Manchas										No									
4. Cicatrices										No									
5. Puntos dolorosos										No									
6. Ganglios linfáticos										No									
7. Glándula tiroidea										tamaño y forma normal									
TÓRAX																			
INSPECCIÓN										PALPACIÓN (PUNTOS DOLOROSOS)									
1. Simetría										Sí									
2. Manchas										No									
3. Lunares										No									
4. Cicatrices										No									
PERCUSIÓN										Claro									
AUSCULTACIÓN										Pulmonar: Murmullo vesicular									
CORAZÓN										Rítmico caracterizado "LUB-DUB"									
ABDOMEN																			
INSPECCIÓN										PALPACIÓN									
1. Manchas										Ninguna									
2. Cicatrices										Ninguna									
3. Estrías										Ninguna									
4. Puntos dolorosos										Superficial: suave y depresible, no doloroso									
5. Superficial										Profunda: no hay viceromegalias, no doloroso									
6. Profunda										Murphy: Negativos									
7. Puntos dolorosos										Superiores: Negativos									
8. Puntos uterinales										Medios: Negativos									
PERCUSIÓN										AUSCULTACIÓN									
Mate en órganos macisos; timpánico en estómago										sonidos hidro aéreos presentes									
9. Renal										No doloroso									
HÁBITOS ALIMENTICIOS																			
Alimentos que consume en el desayuno										Arroz y café									
Alimentos que consume en la media mañana										Pan o fruta									
Alimentos que consume en el almuerzo										Sopa o arroz con pollo, papas, ensalada y salsa									
Alimentos que consume en la media tarde										Plátano o alguna fruta									
Alimentos que consume en la merienda										arroz con algún acompañado									
EVOLUCIÓN																			
		Peso										IMC							
Primer mes	07/03/2019																		
	14/03/2019																		
	21/03/2019																		
	28/03/2019	64										28,07							
Segundo mes	04/04/2019																		
	11/04/2019																		
	18/04/2019																		
	25/04/2019	62										27,19							
Tercer mes	02/05/2019																		
	09/05/2019																		
	16/05/2019																		
	23/05/2019	62										27,19							

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 24 de abril de 2019

Yo, con C.I. autorizo al señor Luis Enrique Mantilla, estudiante del Instituto Tecnológico Superior "Esculapio" a que realice su investigación para su trabajo de titulación, cuyo tema es "La auriculoterapia como tratamiento para combatir el sobrepeso en personas entre los 18 y 50 años de edad en la ciudad de Quito".

SI..... NO..... he sido informado/a claramente acerca del tratamiento de auriculoterapia que consiste en colocar estímulos (semillas) en el pabellón auricular para combatir el sobrepeso.

SI..... NO..... he sido informado/a sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI..... NO..... comprendo y acepto que la terapia a realizarse es parte de un trabajo de investigación y no implica que mi representada se cure de la patología a tratar.

SI..... NO..... reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI..... NO..... he leído este documento en su totalidad y SI..... NO..... estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI..... NO..... doy consentimiento a que me sea realizada esta terapia.

FIRMA DEL PACIENTE: 

NOMBRE DEL PACIENTE:

C. IDENTIDAD:

FIRMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE RESPONSABLE: Luis Enrique Mantilla

C. IDENTIDAD DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE: 1703653566

Encuesta inicial

Nombre:

Edad: 311 Género: Femenino Fecha de encuesta: 24-04-2019

Antecedentes de sobrepeso

1. a) ¿Desde hace qué tiempo percibe su sobrepeso?
- | | | |
|-----------------|----------------|--------------|
| 0 meses – 1 año | 1 año – 3 años | 4 años a más |
|-----------------|----------------|--------------|
1. b) Usted cree que su sobrepeso se relaciona con:
- | | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Hábitos alimenticios | Problemas emocionales | Afectación de su sistema hormonal |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
2. ¿En su familia la constitución normal es el sobrepeso?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

Hábitos alimenticios

1. Por lo regular, ¿cuántas comidas ingiere a diario?
- | | | |
|-----|-----|----------|
| 1-2 | 2-3 | Más de 3 |
|-----|-----|----------|
2. La cantidad de alimentos que regularmente consume considera que es:
- | | | |
|------|--------|-------|
| Poco | Normal | Mucho |
|------|--------|-------|
3. De los siguientes grupos de alimentos ¿cuál o cuáles ingiere con mayor frecuencia?
- | | | |
|---------------|--------|-----------|
| Carbohidratos | Grasas | Proteínas |
|---------------|--------|-----------|
4. ¿Incorpora fibra en su dieta diaria?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|
5. Con frecuencia usted come:
- | | |
|--------|----------|
| Rápido | Despacio |
|--------|----------|
6. De los siguientes sabores ¿cuál o cuáles son sus favoritos?
- | | | | | |
|-------|--------|-------|-------|---------|
| Dulce | Salado | Agrio | Ácido | Picante |
|-------|--------|-------|-------|---------|
7. A pesar de estar satisfecho(a) con la comida, ¿siente la necesidad de seguir comiendo?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|
8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?
- | | | |
|-----------|-----------|----------------|
| 1-4 vasos | 4-8 vasos | Más de 8 vasos |
|-----------|-----------|----------------|

Aspecto emocional

1. De las siguientes emociones, ¿con cuál o cuáles se identifica?
- | | | | | |
|-----|------------------------|-------|----------------------|----------------|
| Ira | Preocupación- obsesión | Miedo | Tristeza- melancolía | Insatisfacción |
|-----|------------------------|-------|----------------------|----------------|
2. ¿Cuándo está estresada (preocupada) usted siente deseo de comer?
- | | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

Afectaciones

1. Considera usted que su sobrepeso le afecta en lo:
- | | |
|----------|-----------|
| Orgánico | Emocional |
|----------|-----------|
2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes afectaciones conoce usted que padece?
- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|
| Presión arterial alta | Presión arterial baja | Colesterol elevado | Triglicéridos elevados | Dolores osteomusculares |
|-----------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|

Evaluaciones

1. ¿Cuántas veces al día realiza la deposición?
- | | | | | |
|---|---|---|---------|----------|
| 1 | 2 | 3 | Ninguna | Más de 3 |
|---|---|---|---------|----------|
2. ¿Cuántas veces orina al día?
- | | | | |
|---|---|---|----------|
| 1 | 2 | 3 | Más de 3 |
|---|---|---|----------|