

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR "ESCULAPIO"

I.S.T.E.

REGISTRO SENESYT No. 17-061

ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES

2018

LA TÉCNICA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL (TAPPING) COMO
APOYO EMOCIONAL A PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
CÁNCER EN LA CIUDAD DE QUITO

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

ELIZABET SANDRA ESCOBAR VILLAMIL

Dr. RICARDO VÉJAR

LA PRESENTE INVESTIGACIÓN SE REALIZÓ CON EL AFAN DE CONTAR CON UNA HERRAMIENTA RÁPIDA, EFECTIVA Y FÁCIL DE APRENDER PARA QUE EL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER, UNA VEZ QUE HAYA COMPROBADO SU EFICACIA CONSIGO MISMO, PUEDA ACUDIR A ELLA EN CUALQUIER MOMENTO QUE SIENTA QUE SUS EMOCIONES LO ESTÉN ALTERANDO.

LA TÉCNICA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL (TAPPIG) UTILIZA PUNTOS DE ACUPUNTURA QUE TIENEN ACCIÓN SOBRE LAS EMOCIONES SIN EL USO DE AGUJAS, UTILIZANDO SOLAMENTE LOS DEDOS PARA TOPAR LOS PUNTOS INDICADOS EN CONJUNTO DEL PODER DE LA PALABRA DE ACUERDO A LA EMOCIÓN QUE SIENTA CUANDO RECUERDA DETERMINADAS CIRCUNSTANCIAS.

LOS RESULTADOS SON MUY ALENTADORES COMO MÉTODO DE TERAPIA EMOCIONAL NATURAL Y EFICAZ A CORTO PLAZO. ES ASÍ QUE POR MEDIO DE ESTA TERAPIA SE OBTUVO UNA EFECTIVIDAD EN CUANTO A DISMINUCIÓN DE LA EMOCIÓN NEGATIVA DEL 83,33% EN LOS PACIENTES VOLUNTARIOS PARA ESTE ESTUDIO.

EL 90% DE LOS PACIENTES PARTICIPANTES MANIFESTÓ ESTAR DE ACUERDO CON APLICAR LA TÉCNICA EN SÍ MISMOS EN EL FUTURO, Y UN 80% DE ELLOS CONSIDERA IMPORTANTE COMPARTIR ESTA TERAPIA CON OTROS.

Palabras Claves: fácil, aprender, cáncer, acupuntura, emociones, dedos, recuerda, natural, eficaz.

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

CERTIFICO QUE ESTE TRABAJO: LA TÉCNICA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL (TAPPING) COMO APOYO EMOCIONAL A PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN LA CIUDAD DE QUITO: FUE REALIZADO POR ELIZABET ESCOBAR.

Quito, 18 de Agosto 2018

Dr. Ricardo Véjar

"ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SE PRESENTA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PREVIOS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE TECNÓLOGO EN NATUROPATÍA POR LO QUE AUTORIZO AL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO PARA QUE HAGA USO DE ESTE TRABAJO Y SU CONTENIDO COMO UN DOCUMENTO DISPONIBLE PARA SU LECTURA SEGÚN LAS NORMAS DE LA INSTUTUCIÓN.

CEDO AL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO, LOS DERECHOS DE PUBLICACIÓN DE ESTE TRABAJO O DE SUS PARTES, MANTENIENDO MIS DERECHOS DE AUTOR HASTA UN PERIODO DE 3 AÑOS CONTADOS DESPUÉS DE SU APROBACIÓN."

Elizabet Escobar

DEDICATORIA

A Jean, mi difunto esposo dondequiera que se encuentre; si no pudo beneficiarse de los frutos de este trabajo, ni de los conocimientos adquiridos a lo largo de esta hermosa carrera antes de que el cáncer lo venza, me queda la satisfacción de poder ayudar a muchas personas que se encuentren en circunstancias parecidas a las que Él vivió.

A Melina, mi preciosa hija y compañera en las buenas y en las no tan buenas. Gracias por el valioso tiempo que sacrifiqué y no compartí contigo.

Elizabeth Escobar

AGRADECIMIENTOS

A mis queridas Maestras y Maestros del Instituto Esculapio. Gracias por el apoyo incondicional, por compartir sin medida su sabiduría, por el ejemplo de entrega y amor por la profesión y por lo que hacen en favor de los demás.

A la Fundación FUDIS y a sus dirigentes quienes generosamente me abrieron las puertas de su espacio para que yo pueda cumplir con mi misión, y hacer realidad este trabajo.

A mis compañeras y compañeros de clase, gracias por la camaradería y apoyo. Por caminar alegremente junto conmigo este trecho del camino de mi vida. Se han ganado un lugar especial en mi corazón, y quedarán grabados como parte de mi querida familia.

Elizabet Escobar

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1	
METODOLOGÍA.....	6
1.1 Emociones a tratar.....	7
1.2 Encuestas.....	7
1.3 Consentimiento Informado.....	10
1.4 Historia Clínica.....	11
1.5 Ficha de evaluación.....	12
CAPÍTULO 2	
MARCO TEÓRICO.....	13
CAPÍTULO 3	
GUÍA PRÁCTICA DE TAPPING.....	15
3.1 ¿Qué es la Técnica de Liberación Emocional o Tapping?.....	15
3.2 Puntos a ser topados.....	15
3.3 Pasos a seguir.....	17
3.4 Recomendaciones generales.....	18
3.4.1 Altibajos emocionales.....	18
3.4.2 Para mantener los buenos resultados.....	18
3.4.3 Variaciones sugeridas.....	19
3.4.4 Si no logra mejorar la puntuación.....	20
3.4.5 La estructura de la frase.....	20
3.4.6 Más frases.....	21

CAPÍTULO 4	Página
RESULTADOS E INTERPRETACIÓN.....	22
4.1 Resultados de encuestas antes de la Terapia de Liberación Emocional....	22
4.2 Resultados de encuestas después del Tapping.....	24
4.3 Emociones más frecuentes con relación al cáncer.....	26
4.4 Género de los participantes.....	28
4.5 Tipos de cáncer más frecuentes en los pacientes tratados.....	29
4.6 Edad de los participantes.....	32
4.7 Resultados del Tapping registrados en la Historia Clínica.....	34
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXOS.....	40

ÍNDICE DE CUADROS

	Página
Cuadro N° 1: Encuesta Inicial.....	8
Cuadro N° 2: Encuesta al final de las terapias.....	9
Cuadro N° 3: Consentimiento Informado.....	10
Cuadro N° 4: Historia Clínica.....	11
Cuadro N° 5: Ficha de evaluación.....	12
Cuadro N° 6: Tabulación de resultados a Encuesta N° 1.....	22
Cuadro N° 7: Resumen de resultados de Encuesta N° 1.....	23
Cuadro N° 8: Tabulación de respuesta a Encuesta N° 2.....	24
Cuadro N° 9: Resumen de resultados de Encuesta N° 2.....	25
Cuadro N° 10: Emociones negativas más frecuentes.....	26
Cuadro N° 11: Resultado de emociones negativas más frecuentes.....	27
Cuadro N° 12: Género de los participantes.....	28
Cuadro N° 13: Resumen del Cuadro N° 12.....	28
Cuadro N° 14: Tipos de cáncer en pacientes tratados.....	29
Cuadro N° 15: Resumen de tipos de cáncer en pacientes tratados.....	30
Cuadro N° 16: Edad de los participantes.....	32
Cuadro N° 17: Resumen de la edad de los participantes.....	33
Cuadro N° 18: Resultados de la Historia Clínica.....	34
Cuadro N° 19: Promedios de valoración en la escala EVA.....	35

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico N° 1: Pacientes con apoyo emocional.....	23
Gráfico N° 2: Emociones negativas más frecuentes.....	27
Gráfico N° 3: Tipos de cáncer en pacientes tratados.....	31
Gráfico N° 4: Promedios de antes y después de la terapia Tapping.....	36

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura N° 1: Puntos de la mano.....	15
Figura N° 2: Puntos de la cara.....	16
Figura N° 3: Puntos del torso.....	16

INTRODUCCIÓN

La sociedad de lucha contra el cáncer SOLCA, es una institución de derecho privado con finalidad de servicio público, que desde sus inicios en 1951 tuvo el propósito de efectuar la campaña nacional contra el cáncer en la República del Ecuador (SOLCA, 2018).

En una publicación editada por esta prestigiosa Institución se define al cáncer como un proceso de crecimiento y diseminación incontrolada de células malignas de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (SOLCA, 2018).

Esta enfermedad se puede presentar en cualquier órgano o tejido del cuerpo y puede afectar a personas de todas las edades, razas y condición socioeconómica. Hoy en día se sabe que cuando una persona padece cáncer el organismo produce un exceso de células malignas en crecimiento y división que van más allá de los límites normales que invaden los tejidos circundantes y en algunas ocasiones producen nuevos tumores en otros órganos (SOLCA, 2018).

En otra publicación de la página web de SOLCA se afirma que el cáncer es un problema importante y creciente que atañe a la salud pública, puesto que constituye la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares, y entre las mujeres de entre 30 y 64 años, el cáncer es la primera causa de muerte. Es por eso que un porcentaje importante de cánceres se pueden curar mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana.

Otro dato importante que se da a conocer en el año 1980, indica que el cáncer constituía el 6% de todas las defunciones, mientras que en el año 2016 se incrementó al 16%. Según el INEC, 29 personas murieron por cáncer cada día durante ese año. Se cree que para el año 2020 los casos de cáncer en el Ecuador aumentarían a 31420 (INEC, 2017).

En este estudio se ha considerado importante abarcar el aspecto emocional y humano de los pacientes cuyos diagnósticos confirman que padecen cáncer, ya que en muchos momentos de la enfermedad, que incluye el conocimiento de cáncer y su pronóstico futuro, son causas suficientes para que la persona se desequilibre tanto física como psicológica y emocionalmente. Y es precisamente aquí donde la Técnica de Liberación Emocional Tapping, sirve como una terapia alternativa natural, que

pretende llegar a comprobar la posibilidad de apoyar a estas personas para mejorar su calidad de vida.

Esta técnica nace en 1980, gracias a investigaciones realizadas por el Dr. Roger Callahan, psicólogo clínico con especialidad en fobias, quien impulsó la teoría de los campos. El doctor Callahan descubrió que al estimular los puntos de acupuntura en pacientes con fobias, éstos reportaban mejorías de inmediato (Sánchez, 2017).

Posteriormente en 1991 Gary Craig, un ingeniero americano que estudió con el Dr. Callahan, tuvo la idea de seleccionar un grupo básico de puntos de acupuntura para tratarlos de manera conjunta, dando origen a la técnica del Tapping. Convirtiéndose en una técnica eficaz y rápida para tratar diferentes problemas emocionales que impiden a las personas vivir a plenitud (Sánchez, 2017).

Gary Craig en su libro Manual EFT, dice que nuestros cuerpos tienen una naturaleza profundamente eléctrica (energética). Los mensajes eléctricos fluyen constantemente a través del cuerpo para mantenerlo informado de lo que sucede. Sin esta energía, no se podría ver, oír, sentir, saborear u oler (Craig, 2011).

Según Craig, nuestros sistemas eléctricos o energéticos son vitales para la salud física. Cuando la energía deja de fluir, nos morimos. De hecho, las civilizaciones lo han sabido durante milenios.

“Hace alrededor de 5.000 años, los chinos descubrieron un sistema complejo de circuitos de energía que circulan a través del cuerpo. Estos circuitos de energía, que se denominan meridianos, constituyen el eje central de las prácticas orientales de salud y forman la base de la acupuntura moderna, la digitopresión y una amplia gama de técnicas de sanación.” (Craig, 2011).

De acuerdo a esta técnica se cree que la energía fluye a través del cuerpo y es invisible al ojo humano ya que no se la puede ver sin aparatos de alta tecnología; sin embargo, se sabe que está ahí por sus efectos. Un claro ejemplo se evidencia con la información transmitida entre aparatos electrónicos por donde los sonidos e imágenes son la evidencia permanente de que el flujo energético existe.

De la misma manera, EFT da una evidencia contundente de que la energía fluye por el cuerpo porque produce los efectos que hacen saber que está ahí. Con tan solo golpear levemente cerca de los terminales de los meridianos energéticos, se puede experimentar cambios profundos en la salud emocional y física. Estos cambios no ocurrirían si no existiera un sistema energético.

El planteamiento del problema en la presente investigación radica en que el cáncer puede afectar a personas de todas las edades, incluso a fetos, pero el riesgo de sufrir los cánceres más comunes se incrementa con la edad. El cáncer causa cerca del 13 % de todas las muertes. De acuerdo con la Sociedad Americana Contra el Cáncer, 7,6 millones de personas murieron por esta enfermedad en el mundo durante el año 2007.

Según GLOBOCAN 2012, un proyecto de la Organización Mundial de la Salud, se estimó que, en ese año, en Ecuador la incidencia de cáncer en hombres fue de 162 por 100.000 habitantes, por encima de países como Perú (140,9) o Venezuela (146,9), pero por debajo de Brasil (231,6) o Cuba (250,8).

El Registro Nacional de Tumores de Solca Quito informa que los dos cánceres más frecuentes son en mujeres el de mama y cuello uterino. En el cáncer de mama, el 50% de los casos se presenta entre los 46 y 66 años. El 21% de estos tumores podrían ser modificables ya que se deben al consumo de alcohol, obesidad y falta de actividad física. Se informa también que la mejor estrategia para evitar la muerte por este tipo de cáncer es el diagnóstico temprano por medio de la mamografía (SOLCA 2018)

En los hombres, el cáncer más frecuente es el de próstata. En el cáncer de próstata, el 75% de los pacientes diagnosticados en el año 2012 fueron mayores de 64 años. Para prevenir, es necesario a partir de los 40 años someterse a una prueba en sangre para determinar el PSA antígeno prostático específico, el tacto rectal o la biopsia de la próstata.

Los datos estadísticos revisados anteriormente nos dan una idea acerca del alcance que ha tenido número de personas que padecen la enfermedad en cuestión, así como también del alcance que se podría llegar a tener en el caso de que este estudio tenga resultado positivo, pues el poner en práctica esta sencilla herramienta

podría mejorar la calidad de vida de mucha gente, puesto que emociones como miedo, angustia, pánico, culpa, incertidumbre, ira, tristeza, impotencia, etc., podrían ser manejadas desde su inicio.

De acuerdo a los Lineamientos de Investigación del Instituto Tecnológico Superior Esculapio, esta investigación se sujeta a la línea Salud y Terapias Naturales, con sublínea, Salud: Terapéutica Innovadora, puesto que es una terapia natural que no ha sido materia de estudio en pacientes oncológicos.

Según el documento de la UNESCO: Campos de Educación y Capacitación 2013 de la CINE (ISCED-F2013), manual que acompaña la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación 2011, el presente trabajo de investigación se encuentra en el área 09 de Salud y Bienestar, con sublínea 0917, Medicina y terapia tradicional y complementaria. Se clasifica así porque se está utilizando una herramienta complementaria tradicional no invasiva por medio de la cual se busca la manera de asistir a los pacientes con diagnóstico de cáncer que en su mayoría están en tratamientos de quimioterapia y/o radioterapia y que necesitan de apoyo emocional.

Se considera que el presente estudio se encuentra dentro de los Objetivos Nacionales de Desarrollo para el Buen Vivir, diseñados en el PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR, puesto que se propone:

- Aplicar la Técnica de Liberación Emocional Tapping a 30 personas con diagnóstico de cáncer.
- Hacer el seguimiento adecuado durante el tiempo que dure el estudio, con la finalidad de que la aplicación de esta terapia contribuya a mejorar la calidad de vida de los pacientes en estudio.

Es por eso que para desarrollar este trabajo se considera como pregunta de investigación conocer si la Técnica de Liberación Emocional Tapping contribuye positivamente a mejorar la condición emocional de los pacientes con diagnóstico de cáncer en la ciudad de Quito.

CAPÍTULO 1: METODOLOGÍA

La presente investigación se realizará en 30 personas que tengan diagnóstico de cáncer de cualquier tipo. El número necesario de pacientes se obtendrá de fuentes familiares, de consultorios privados que accedan a dar un apoyo extra a sus pacientes, de amigos con sus respectivos entornos, y de contactos casuales.

- En el primer contacto con los posibles participantes de este estudio se procederá a llenar una primera encuesta que permitirá conocer si el encuestado es paciente de cáncer, si recibe algún tipo de terapia emocional, si siente alguna emoción negativa y si desea recibir terapia emocional.
- Las personas seleccionadas serán visitadas en sus domicilios permanentes o temporales por tres ocasiones para cumplir con tres terapias de Tapping.
- En la primera visita se le informará cómo funciona el Tapping y el estudio que se está realizando.
- Seguidamente se procederá a la firma del documento consentimiento informado.
- Se realizará la Historia Clínica.
- A continuación se realizará la primera terapia siguiendo los pasos de la Guía Práctica de Tapping del Capítulo 4 del presente estudio.
- En la primera ronda el terapeuta indicará en el participante los puntos indicados mientras que éste repite la frase completa o la palabra clave.
- En la siguiente ronda el participante lo hace solo, mientras que el terapeuta lo guía.
- La meta será superar la emoción negativa en la primera cita, si este objetivo se cumple, se aprovechará para tratar otras emociones en las citas siguientes.
- Se proveerá de la Guía Práctica de Tapping a cada participante, junto con un cuadro para registro de su avance hasta la siguiente cita.

1.1 Emociones a tratar

Las emociones negativas pueden afectar a la salud de una persona común y corriente, de tal manera que pueden llegar a desencadenar una enfermedad mayor impidiendo una recuperación rápida y fácil. La técnica del Tapping utiliza la Escala de Evaluación Visual Analógica EVA que permite identificar el grado de intensidad de algunas emociones como: miedo, temor, inquietud, nerviosismo, ansiedad o incertidumbre.

El miedo es una emoción primaria de supervivencia totalmente saludable cuando la persona reacciona inmediatamente al sentir que su vida está en peligro (Sánchez, 2017). Por ejemplo, una reacción que se considera saludable es aquella que se tiene al apartarse inmediatamente de un peligro, para salvar su vida. Por el contrario, cuando el miedo o alguna de las emociones citadas anteriormente, está presente permanentemente en la vida de las personas puede afectar a la salud a largo plazo.

En la terapia natural se considera al paciente como un ser integral, es decir que para tratar alguna dolencia en su cuerpo, no solamente se toma en cuenta la parte física, sino también su parte emocional, mental y espiritual. Según la visión de la Medicina Tradicional China, al tratar un órgano se puede saber si otras partes del cuerpo también podrían estar afectadas, y además saber qué emociones y pensamientos suelen predominar en ese ser. La buena noticia es que transmitiendo este conocimiento con palabras sencillas a los pacientes se puede conseguir que éstos integren esta información y puedan colaborar con mayor voluntad y consciencia para su recuperación.

1.2 Encuestas

Con la finalidad de hacer un primer acercamiento y obtener información de los posibles participantes en este estudio, se ha elaborado la siguiente encuesta:

Cuadro N° 1: Encuesta Inicial

ENCUESTA 1	Paciente N° __
1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a su enfermedad?	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Elizabet Escobar (2018) *Encuesta inicial*

En la encuesta del Cuadro N° 1 se toma en cuenta primeramente la pregunta para saber si son o no pacientes con diagnóstico de cáncer, si se encuentran o no en tratamiento, si siguen algún tipo de tratamiento emocional, si estarían dispuestos a recibir terapia natural emocional.

Con el fin de evaluar la efectividad de la terapia al finalizar las tres sesiones programadas, se solicitó a los participantes llenar una encuesta que consta de cinco preguntas para conocer su grado de satisfacción y bienestar.

Cuadro N° 2: Encuesta al final de las terapias

ENCUESTA 2	Paciente N°__	
1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	TAL VEZ <input type="checkbox"/>
4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	TAL VEZ <input type="checkbox"/>
5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	TAL VEZ <input type="checkbox"/>

Elizabet Escobar (2018) *Encuesta al final de las terapias*

En el Cuadro N° 2 se encuentra la encuesta final que permite obtener información complementaria con respecto al nivel de satisfacción por el estudio realizado, la posibilidad de que el participante se aplique la técnica en el futuro y la posibilidad de que comparta este aprendizaje o recomiende la técnica a otras personas que la necesiten.

1.3 Consentimiento Informado

Cuadro N° 3: Consentimiento Informado


CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Yo, _____, con cédula de identidad N° _____	
Domiciliado(a) en _____ de la Ciudad de _____ en calidad de paciente _____ o como representante del(la) paciente _____, autorizo a _____, con profesión o especialidad: _____; para la realización de procedimiento de _____, previo a lo cual	
SI ___ NO ___ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en _____	
SI ___ NO ___ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del tratamiento.	
SI ___ NO ___ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de otra técnica diferente a la presente.	
SI ___ NO ___ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada persona y enfermedad.	
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.	
SI ___ NO ___ estoy de acuerdo con su contenido.	
Por este motivo SI ___ NO ___ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.	
FIRMA: _____	
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: _____	
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____	
FIRMA: _____	
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____	
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____	

Elizabet Escobar (2018) *Consentimiento Informado*

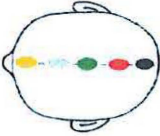
Como requerimiento previo a la realización de las terapias se procede a la lectura, respuesta y firma del documento consentimiento informado cuyo modelo se encuentra en el Cuadro N° 3

1.4 Historia Clínica

Cuadro N° 4: Historia Clínica



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE		FECHA			N° HISTORIA CLÍNICA											
ESTADO CIVIL		LUGAR DE ORIGEN	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO											
S	C	D	V	U	L											
DIRECCIÓN			CIUDAD	TELÉFONO												
PROFESIÓN	OCUPACIÓN	REFERENCIA FAMILIAR		TELÉFONO												
1 MOTIVO DE CONSULTA																
2 ENFERMEDAD ACTUAL																
1. FECHA APARENTE DE COMIENZO																
2. FECHA REAL DE COMIENZO																
3. FORMA DE COMIENZO																
4. CAUSA APARENTE																
5. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES																
6. EVOLUCIÓN																
7. RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS																
8. ESTADO ACTUAL																
3 ANTECEDENTES PERSONALES																
INFANCIA																
NIÑEZ																
ADOLESCENCIA																
ADULTO JOVEN																
ADULTO MAYOR																
4 ANTECEDENTES FAMILIARES																
1. DIABETES 2. ENFEMES 3. EP. & HEMORR. 4. HIPERTENSIÓN 5. CÁNCER 6. TUBERCULOSIS 7. EP. NEURAL 8. EP. EPIDEMIA 9. MAL. FOSFORADA 10. OTRO																
5 MICROSISTEMA EMOCIONAL																
																
6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)																
EMOCIÓN	Escala Visual Análoga de Intensidad Emocional Negativa										CITAS					
	Ninguna emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa	1	2	3

Elizabet Escobar (2018) *Historia Clínica*

La historia clínica del Cuadro N° 4 ha sido diseñada para el presente estudio y toma en cuenta datos generales del padecimiento, la evolución y estado actual, así como también los antecedentes personales y familiares del paciente.

En la parte inferior se encuentra el espacio para la emoción a tratar y el resultado de la evolución de las tres terapias programadas en las tres citas que servirán para evaluar los resultados según la Escala Visual Análoga EVA.

1.5 Ficha de evaluación

Cuadro N° 5: Escala Visual Análoga EVA

Escala Visual Analógica EVA de Intensidad Emocional Negativa

Ninguna emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo de emoción negativa

Elizabet Escobar (2018) *Escala Visual Análoga EVA*

La ficha de evaluación del Cuadro N° 5 de la Escala Visual Análoga EVA permite medir el nivel de intensidad en que se encuentra la emoción negativa en el paciente. El primer resultado obtenido servirá de base para poder medir el progreso en el tratamiento. Al final cada terapia se volverá a la Escala Visual Análoga para comprobar el avance.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

La Revista de Investigación y Educación en Enfermería de la Universidad de Antioquia publicó un interesante artículo en septiembre de 1988. Dicho artículo coincide con el tema de la presente monografía: el cáncer y su relación con la tensión emocional, este estudio fue realizado por Silvia Orrego Sierra y Liria Perez Pelaez; quienes recuerdan que el interés por determinar si existe algún tipo de relación entre los aspectos psicológicos y la enfermedad maligna ha existido entre los investigadores desde hace siglos, remontándose al siglo II con Galeano de Pérgamo (Orrego y Pérez, 1988).

Galeano de Pérgamo observó que la mujer melancólica era más propensa a contraer cáncer frente a la mujer con temperamento sanguíneo. En 1759 Sir Richard Guy daba a conocer que el cáncer se daba más frecuentemente en personas histéricas y nerviosas, especialmente en las melancólicas. Observaciones parecidas las hicieron Paget en 1870 y Williard Parker en 1885.

En los años 30 del siglo pasado se hicieron un sinnúmero de estudios sobre este aspecto y algunos investigadores como Brainsky en 1980, Morris en 1981 y Jansen en 1984 han encontrado cierta relación entre el cáncer de mama y factores psicológicos planteados en términos de concomitancia y no necesariamente como relación causa-efecto.

La depresión a menudo relacionada con la pérdida de seres queridos ha sido una emoción que comparten las mujeres con cáncer de mama.

En la misma revista de la Universidad de Antioquia se da a conocer otro estudio sobre el cáncer de mama realizado por Renneker en 1963, aquí se encontraron características de estructura masoquista, inhibición sexual y maternal, fachada de complacencia que cubre la incapacidad de manejar debidamente la hostilidad y la agresividad, conflictos no resueltos con la madre que son manejados con hostilidad y agresividad.

También se notó que previamente al diagnóstico de cáncer, la persona sufría de depresión crónica con sentimientos vagos de ansiedad y culpa, fuerte autocrítica y recriminación personal.

El estrés es otro factor que influye en el desarrollo de esta enfermedad, puesto que dan lugar a respuestas fisiológicas del sistema nervioso autónomo, el sistema endócrino, el hipotálamo y la corteza cerebral que a su vez influyen sobre otros sistemas y órganos del cuerpo.

En el estudio citado anteriormente también se dice que no hay una única relación causa-efecto para el desarrollo del cáncer, sino que es una interrelación compleja entre múltiples factores que harán sucumbir al individuo ante el estrés dando paso al proceso disfuncional.

También se afirma que el identificar la naturaleza de la relación existente entre la tensión emocional y la aparición del cáncer, puede servir de base para crear programas orientados a la intervención oportuna y apropiada en los estados de ansiedad, lo que posiblemente en una prevención del cáncer al disminuir los factores de riesgo asociados con dicha patología.

¿Cómo ayudar a las personas que se encuentran frente a esta circunstancia de la vida?

El EFT es una forma de deshacer cortocircuitos emocionales que la persona lleva dentro, una vez superado este paso, se puede proceder a hacer tomar conciencia de las emociones positivas que contrarrestan la situación, en este caso la aceptación, el amor, el agradecimiento, etc.

Corroborando lo anterior, en el texto guía del módulo de Técnicas de Sanación Emocional del Instituto Esculapio compilado por la Dra. Norma Sánchez, se afirma lo siguiente:

“Cuando el ser humano guarda en el subconsciente e inconsciente cualquier información negativa del pasado, éstas se convierten en herramientas energéticas que desencadenan desórdenes físicos y emocionales de diferente grado de afectación. Al Tapping se lo puede considerar como una acupuntura sin agujas para resolver los cortocircuitos y permitir que la energía fluya nuevamente, permitiendo reducir la ansiedad e incrementar la confianza desde la primera aplicación.”

(Sánchez, 2017).

CAPÍTULO 3: GUÍA PRÁCTICA DE TAPPING

La siguiente guía tiene como finalidad el facilitar la práctica de la Técnica de Liberación Emocional o Tapping y está dirigida a cualquier persona que esté en la búsqueda de un método fácil y rápido para liberarse de emociones que le están impidiendo tener la calidad de vida que se merece.

3.1 ¿Qué es la Técnica de Liberación Emocional o Tapping?

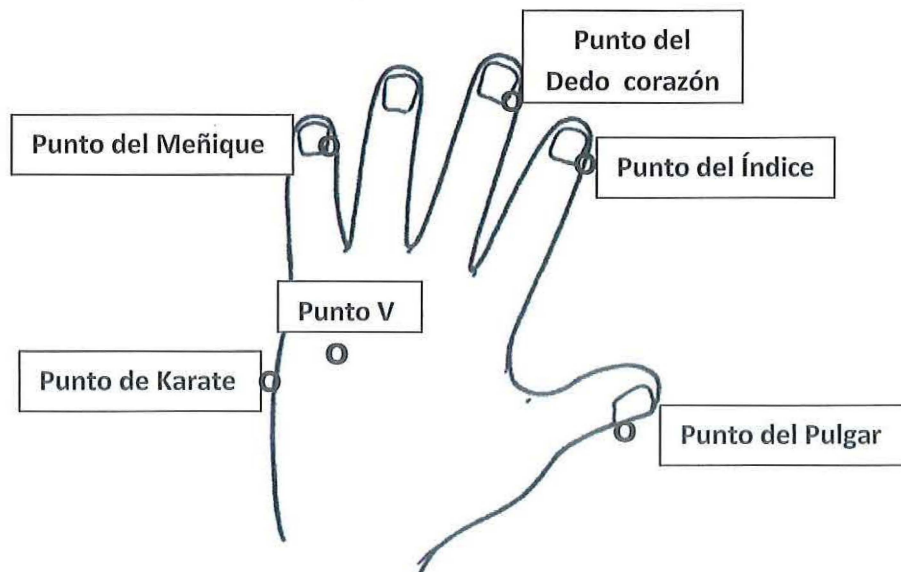
El Tapping es una terapia eficaz y rápida para tratar diferentes problemas emocionales que impiden a las personas vivir a plenitud. El Dr. Callahan y su seguidor Gary Craig son los creadores de este método que utiliza el conocimiento ancestral de la acupuntura; pero que cualquier persona lo puede realizar utilizando sus dedos.

El presente manual se basa en el libro: Tapping, escrito por la Dra. Roberta Temes.

3.2 Puntos a ser topados

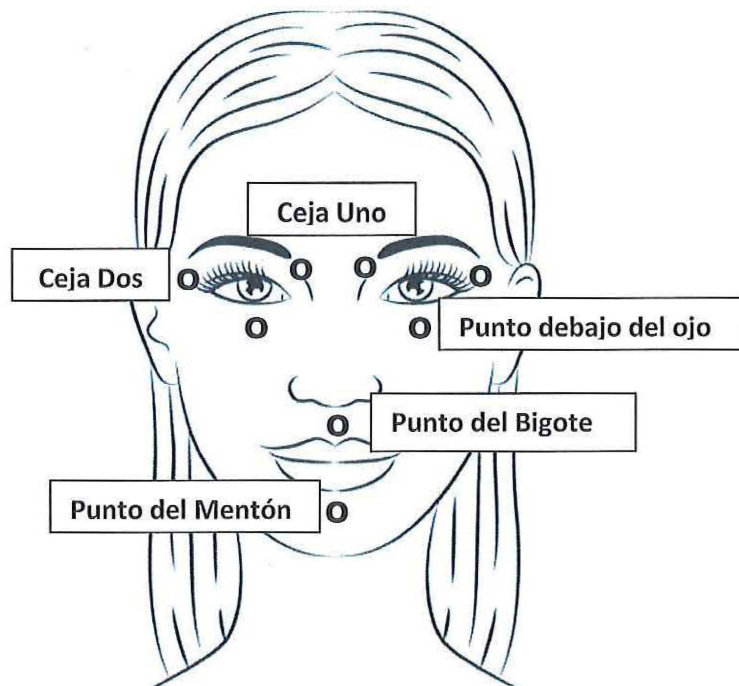
Necesitamos dar suaves golpecitos en grupos de puntos situados en la mano, la cara y el torso.

Figura N° 1: Puntos de la mano



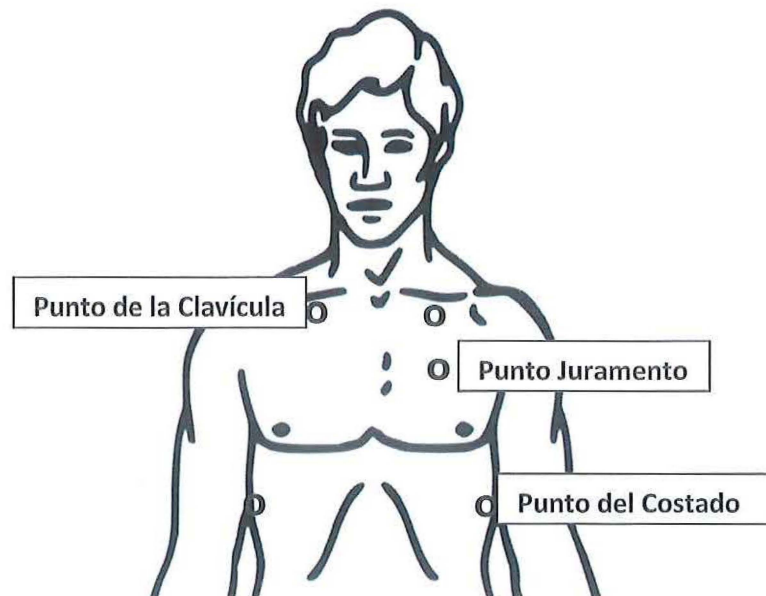
Elizabet Escobar (2018) *Puntos de la mano*

Figura N° 2: Puntos de la cara



Elizabeth Escobar (2018) *Puntos de la cara*

Figura N° 3: Puntos del torso



Elizabeth Escobar (2018) *Puntos del torso*

3.3 Pasos a seguir:

A manera de recordatorio, la Técnica de Liberación Emocional requiere que las condiciones en las que el paciente haga la terapia sea en un lugar privado y apartado de posibles interrupciones.

1. Encuentre la emoción de la que quiera liberarse (ira, miedo, pánico, vergüenza, culpa, frustración, soledad, etc.)
2. Identifique el recuerdo que le genera la emoción del paso anterior.
Este paso provoca pensamientos negativos relacionados tanto con el presente como con el futuro. Ejemplo: Estoy sola en el mundo y la soledad me pesa.
3. Sumérjase en los recuerdos, sentimientos, pensamientos y deje aflorar las emociones. Reviva los recuerdos, mientras más fuertes mejor.
4. Califique su estado en la Escala Visual Analógica EVA de 0 al 10, en el que 10 es la emoción negativa al máximo y cero es ninguna emoción ni pensamiento negativo con respecto al paso 1. Tome en cuenta que la calificación óptima de la presente Técnica es llegar a conseguir un Cero (cero emociones negativas).

Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa

Ninguna emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa

5. Formule la frase ideal en base al paso anterior, comenzando con *aunque* o *a pesar de....* y terminando con *estoy bien* o *me amo y me acepto*. Así:
Aunque _____, *estoy bien*.
Por ejemplo: *Aunque* estoy sola en el mundo y la soledad me pesa, *estoy bien*.
6. Encuentre la palabra clave de la frase del paso 5: por ejemplo: *soledad*.
7. Ahora es el momento de realizar los pequeños golpecitos del Tapping en los puntos indicados en las figuras expuestas anteriormente. Comience con el Punto Karate utilizando los pulpejos de los cuatro dedos de la otra mano y repitiendo la frase completa dos veces. Continúe frotando con los nudillos de la mano derecha en el Punto Juramento y repetir la frase completa una vez, muy concentrado(a) en lo que está diciendo.

8. Continúe con el resto de los puntos siguiendo la secuencia: ceja uno, ceja dos, debajo del ojo, bigote, mentón, clavícula, costado, punto v, meñique, corazón, índice y pulgar dando golpecitos con los pulpejos de los dedos índice y/o medio, repitiendo la palabra clave. Deje aflorar todo lo que pueda sentir.
9. Termine la ronda en el Punto Karate repitiendo la frase completa tres veces.
10. Inhale y exhale lenta y profundamente por tres ocasiones, párese y de unos pasos, mueva los hombros, la cabeza, las manos.
11. Cierre los ojos y reviva los eventos y sentimientos que despertaron la emoción tratada y vuelva a calificarla en la Escala Visual Analógica del 0 al 10. Note si en lo más profundo de su ser encuentra un cambio con el recuerdo y la emoción que ello provocaba.
12. Si la emoción negativa persiste, volver a realizar otras rondas utilizando el mismo método explicado, golpetee los puntos con los que mejor se haya sentido o siguiendo las recomendaciones que se explicarán más adelante.

3.4 Recomendaciones generales

3.4.1 Altibajos emocionales

Si luego de haber superado una emoción negativa que hacía mucho daño y haber logrado una calificación de Cero (0) ésta regresa, el frotar con los nudillos de los dedos de la mano derecha en el Punto Juramento repitiendo la siguiente frase puede ayudar: "Aunque mis síntomas persistan, estoy bien".

3.4.2 Para mantener los buenos resultados

Las estadísticas indican que los resultados obtenidos perduran con el método expuesto; sin embargo, si desea asegurarse de ello, termine la secuencia golpeteando el Punto V mientras que su cabeza permanece erguida mirando al frente, no deje de golpetear mientras en esa posición baja la mirada al piso y luego lentamente suba la mirada al techo para luego volver a la posición de mirada al frente. Es importante mover solamente los ojos y no dejar de golpetear el Punto V mientras se realizan los movimientos oculares.

3.4.3 Variaciones sugeridas

Si es una persona que todavía no se siente a gusto con el método expuesto, o si simplemente desea experimentar otras maneras, existen variantes a tomar en cuenta sin que eso afecte los resultados. Seguidamente se presentan otras opciones, pruebe las que le atraigan de una en una; también puede alternar. Si encuentra una con la que se siente a gusto, ya no necesita probar otras.

- Haga Tapping al menos una vez al día frente al espejo.
- Haga Tapping bilateralmente, es decir con las dos manos al mismo tiempo en los puntos Ceja Uno, Ceja Dos, Debajo del Ojo y los dos puntos de Clavícula.
- Realizar la secuencia de manera acelerada.
- Realizar la secuencia de forma pausada.
- Si tiene un punto preferido, golpetéelo entre uno y otro punto.
- Beba agua antes de comenzar la ronda y después de la misma.
- Pida que alguien le realice la sesión de Tapping.
- Cambie la hora del día en la que tiene costumbre de hacer Tapping.
- En lugar de golpetear, presione los puntos.
- En lugar de golpetear, frote los puntos.
- Evite hacer Tapping cuando tiene hambre. Coma algo antes.
- Diga la frase y la palabra clave gritando.
- Diga la frase cantando.
- De algunos saltos antes de hacer Tapping.
- Mientras golpetea los puntos inhale y exhale pensando en la situación y diciendo la palabra clave.
- Frote el Punto Juramento mientras dice claramente la frase en voz alta, como si creyera en ella con toda su alma, hágalo varias veces al día sin necesidad de que sea parte de la secuencia habitual.
- Si siente que el Punto V le ayuda, golpetéelo al terminar la secuencia.
- Si es diestro, haga Tapping con la mano izquierda; si es zurdo hágalo con la mano derecha.
- Golpetee con más firmeza los puntos, sin hacerse daño.
- Realice Tapping en silencio, solo pensando en el objetivo.

- Al terminar la sesión, mientras golpetee el Punto V y con la cabeza erguida, mueva solamente los ojos lo más bajo posible, lo más alto posible y regrese la mirada al frente.
- Alterne la frase completa con la palabra clave.

3.4.4 Si no logra mejorar la puntuación EVA

Puede ser que de manera inconsciente se esté aferrando a los síntomas por alguna razón; sin embargo, si sigue la instrucción siguiente sin darse por vencido, logrará el objetivo deseado. Golpetee el Punto Karate diciendo:

- Aunque siga aferrándome a este problema, me acepto a mí mismo(a).
- Aunque me merezca este problema, me acepto a mí mismo(a).
- Aunque me de miedo dejar de aferrarme a este problema, me acepto a mí mismo(a).
- Aunque me sienta mal sin este problema, me acepto a mí mismo(a).
- Aunque no haya logrado solucionar este problema del todo, me acepto a mí mismo(a).

Si a pesar del paso anterior no lo consigue, haga Tapping en el Punto Mentón diciendo: “Aunque no me merezca superar este problema, estoy bien”.

Si a pesar de la variación anterior sigue igual, haga Tapping en lo Punto Bigote diciendo: “Aunque no consiga nunca resolver del todo este problema, estoy bien” o “Aunque no consiga nunca resolver del todo este problema, me acepto a mí mismo(a)”.

3.4.5 La estructura de la frase

Como hemos visto, la última parte de la frase suele terminar en “me acepto a mí mismo(a)” o “estoy bien”; pero a veces puede resultar mejor si se dice:

- Me libraré de estos síntomas negativos.
- Sé que pronto estaré bien.
- Me merezco sentirme bien.
- Me siento estupendamente.

3.4.6 Más frases

Puede ser que se identifique con alguna de las frases siguientes:

- Aunque esté muy disgustado(a) por _____, me acepto a mí mismo(a).
- Aunque me sienta mal por _____, lo estoy superando.
- Aunque haya cometido una estupidez, estoy bien.
- Aunque haya cometido una estupidez, me perdono a mí mismo(a).
- Aunque deba pagar por lo que he hecho, estoy bien.
- Aunque ahora esté hecho un lío, me acepto a mí mismo(a).
- Aunque creyera que _____, ahora sé la verdad.
- Aunque ahora esté hecho un lío, pronto formará parte del pasado.
- Aunque _____, ahora ya no me importa.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

4.1 Resultados de encuestas antes de la Terapia de Liberación Emocional

Cuadro N° 6: Tabulación de Resultados de Encuesta 1

PACIENTE N°	INICIALES	RESPUESTAS A PREGUNTAS DE LA ENCUESTA 1									
		1		2		3		4		5	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	C.A.T.	X		X			X	X		X	
2	R.A.J.M	X		X			X	X		X	
3	D.G.J.J.	X		X			X	X		X	
4	A.E.E.V.	X		X			X	X		X	
5	R.C.S.J.	X		X			X	X		X	
6	B.C.E.	X		X			X	X		X	
7	P.A.I.R.	X		X			X	X		X	
8	M.D.P.	X		X		X		X		X	
9	M.N.B.C.	X		X			X	X		X	
10	J.M.L.C.	X		X		X		X		X	
11	J.M.G.V.	X		X			X	X		X	
12	A.L.R.B.	X		X			X	X		X	
13	A.D.A.V.	X		X			X	X		X	
14	M.L.R.M.	X		X			X	X		X	
15	E.B.O.P.	X		X			X	X		X	
16	I.A.G.R.	X		X			X	X		X	
17	M.J.L.C.	X		X			X	X		X	
18	J.G.P.T.	X		X			X	X		X	
19	R.J.D.P.	X		X			X	X		X	
20	B.A.A.CH.	X		X		X		X		X	
21	L.M.C.P.	X		X			X	X		X	
22	L.B.M.	X		X			X	X		X	
23	N.A.H.B.	X		X			X	X		X	
24	M.A.A.B.	X		X			X	X		X	
25	M.J.M.C.	X		X			X	X		X	
26	W.C.T.Y.	X		X			X	X		X	
27	J.B.L.B.	X		X			X	X		X	
28	M.E.M.S.	X		X			X	X		X	
29	R.L.V.	X		X			X	X		X	
30	D.A.O.D.	X		X			X	X		X	

Elizabet Escobar (2018) *Tabulación de Resultados de Encuesta 1*, Cuadro elaborado en base de los datos encuestados.

La información detallada obtenida en la primera encuesta se observa en el Cuadro N° 6, en donde constan las iniciales de cada uno de los 30 pacientes tratados y sus respuestas a cada una de las preguntas. El detalle de las preguntas se puede encontrar en el Cuadro N° 1.

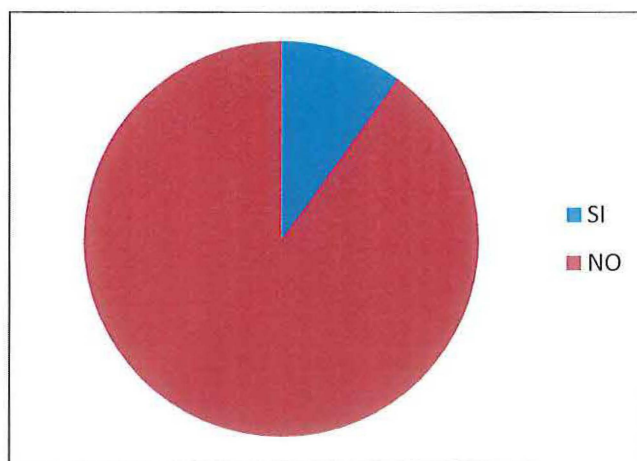
Cuadro N° 7: Resumen de Resultados de Encuesta Inicial

RESULTADO DE ENCUESTA 1		
PREGUNTAS	SI	NO
PREGUNTA 1	30	0
PREGUNTA 2	30	0
PREGUNTA 3	3	27
PREGUNTA 4	30	0
PREGUNTA 5	30	0

Elizabet Escobar (2018) *Resumen de Resultados de Encuesta Inicial*,
Tabla elaborada en base de los datos encuestados.

El Cuadro N° 7 se obtiene de la información recogida en el Cuadro N° 6. Llama la atención que solamente 3 de 30 participantes responden que SI están siendo tratados emocionalmente; es decir el 10 %. Mientras que el 90% de las personas que se encuentran con diagnóstico de cáncer no tienen ningún tipo de apoyo emocional.

Gráfico N° 1: Pacientes con apoyo emocional



Elizabet Escobar (2018) *Pacientes con apoyo emocional*, Gráfico elaborado en base de los datos encuestados.

El Gráfico N° 1 muestra de manera visual la gran diferencia entre quienes reciben cuidado emocional y quienes no, que ha sido analizado en el Cuadro N° 7.

4.2 Resultados de encuesta después del Tapping

Cuadro N° 8 Tabulación de respuestas a Encuesta N° 2

PACIENTE N°	INICIALES	RESPUESTAS A PREGUNTAS DE LA ENCUESTA 2													
		1		2		3			4			5			
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	TAL VEZ	SI	NO	TAL VEZ	SI	NO	TAL VEZ	
1	C.A.T.	X		X		X				X			X		
2	R.A.J.M	X		X		X				X			X		
3	D.G.J.J.	X		X		X					X		X		
4	A.E.E.V.	X		X		X				X			X		
5	R.C.S.J.	X		X		X				X			X		
6	B.C.E.	X		X		X				X			X		
7	P.A.I.R.	X		X		X				X			X		
8	M.D.P.	X		X		X				X			X		
9	M.N.B.C.	X		X				X		X					X
10	J.M.L.C.	X		X		X					X		X		
11	J.M.G.V.	X		X		X				X			X		
12	A.L.R.B.	X		X		X				X			X		
13	A.D.A.V.	X		X		X				X			X		
14	M.L.R.M.	X		X		X				X			X		
15	E.B.O.P.	X		X		X				X			X		
16	I.A.G.R.	X		X		X				X			X		
17	M.J.L.C.	X		X				X			X		X		
18	J.G.P.T.	X		X		X				X			X		
19	R.J.D.P.	X		X		X				X			X		
20	B.A.A.CH.	X		X		X					X		X		
21	L.M.C.P.	X		X				X			X		X		
22	L.B.M.	X		X		X				X			X		
23	N.A.H.B.	X		X		X				X			X		
24	M.A.A.B.	X		X		X				X			X		
25	M.J.M.C.	X		X		X				X			X		
26	W.C.T.Y.	X		X		X				X			X		
27	J.B.L.B.	X		X		X				X			X		
28	M.E.M.S.	X		X		X				X			X		
29	R.L.V.	X		X		X				X			X		
30	D.A.O.D.	X		X		X				X			X		

Elizabet Escobar (2018) *Tabulación de respuestas a Encuesta N° 2, Cuadro elaborado en base de los datos encuestados.*

El Cuadro N° 8 muestra la tabulación de los datos de la Encuesta N° 2 cuyo detalle de preguntas se encuentra en el Cuadro N° 2. Dicha encuesta se realizó una vez terminada la tercera terapia, a cada uno de los pacientes.

En la pregunta N° 2 se puede observar que todos los participantes se encuentran satisfechos con los resultados de la terapia. En la pregunta N° 3 solamente 3 personas tal vez se aplicarían a sí mismos la terapia Tapping; mientras que todos los demás afirman que sí lo harían. En cuanto a compartir la terapia con otras personas de la Pregunta N° 4, 5 participantes tal vez lo harían, 1 participante no lo haría y 24 sí lo harían. En lo referente a la recomendación se obtiene que solamente 1 persona tal vez lo recomendaría; mientras que las restante 29 participantes sí recomendarían esta terapia.

Cuadro N° 9: Resumen de resultados de Encuesta N° 2

RESULTADOS DE ENCUESTA 2			
PREGUNTAS	SI	NO	TAL VEZ
PREGUNTA 1	30	0	0
PREGUNTA 2	30	0	0
PREGUNTA 3	27	0	3
PREGUNTA 4	24	1	5
PREGUNTA 5	29	0	1

Elizabet Escobar (2018) *Resumen de resultados de Encuesta N° 2*,
Cuadro elaborado en base de los datos encuestados.

En el Cuadro N° 9 se observa el resultado de las preguntas del Cuadro N° 8 en donde se puede apreciar que 3 de 30 pacientes tal vez se aplicarían a ellos mismos la Terapia Tapping en la Pregunta N° 3; mientras que 27 sí estarían dispuestos a aplicar esta Terapia, es decir el 90%.

Según la Pregunta N° 4 se aprecia que 5 de 30 participantes tal vez podrían compartir lo aprendido con otras personas; mientras que 1 participante no estaría dispuesto. Sin embargo, 24 participantes sí estarían dispuestos a compartir la Técnica de Liberación Emocional con otras personas que la necesiten, correspondiendo al 80%.

En cuanto a la pregunta N° 5 que se refiere a la recomendación del Tapping, solamente una persona respondió que tal vez la recomendaría, lo que corresponde al 3,3% de la totalidad; mientras que 29, es decir el 96,7% respondió que sí recomendaría.

4.3 Emociones más frecuentes con relación al cáncer

Cuadro N° 10: Emociones negativas más frecuentes

PACIENTE N°	INICIALES	EMOCIÓN NEGATIVA
1	C.A.T.	Incertidumbre
2	R.A.J.M	Miedo
3	D.G.J.J.	Ansiedad
4	A.E.E.V.	Ansiedad
5	R.C.S.J.	Miedo
6	B.C.E.	Miedo
7	P.A.I.R.	Nerviosismo
8	M.D.P.	Incertidumbre
9	M.N.B.C.	Nerviosismo
10	J.M.L.C.	Incertidumbre
11	J.M.G.V.	Miedo
12	A.L.R.B.	Miedo
13	A.D.A.V.	Ansiedad
14	M.L.R.M.	Nerviosismo
15	E.B.O.P.	Miedo
16	I.A.G.R.	Incertidumbre
17	M.J.L.C.	Nerviosismo
18	J.G.P.T.	Miedo
19	R.J.D.P.	Nerviosismo
20	B.A.A.CH.	Miedo
21	L.M.C.P.	Miedo
22	L.B.M.	Miedo
23	N.A.H.B.	Miedo
24	M.A.A.B.	Ansiedad
25	M.J.M.C.	Miedo
26	W.C.T.Y.	Miedo
27	J.B.L.B.	Incertidumbre
28	M.E.M.S.	Miedo
29	R.L.V.	Miedo
30	D.A.O.D.	Temor

Elizabet Escobar (2018) *Emociones negativas más frecuentes*, cuadro elaborado en base de los datos encuestados.

En el Cuadro N° 10 se encuentra el resultado de las respuestas obtenidas al momento de realizar la historia clínica. Es en base a estas respuestas que se puede lograr el objetivo del presente estudio. La emoción negativa más frecuente entre los participantes de este estudio, tiene que ver con el miedo, seguido por la incertidumbre, el nerviosismo, la ansiedad y el temor.

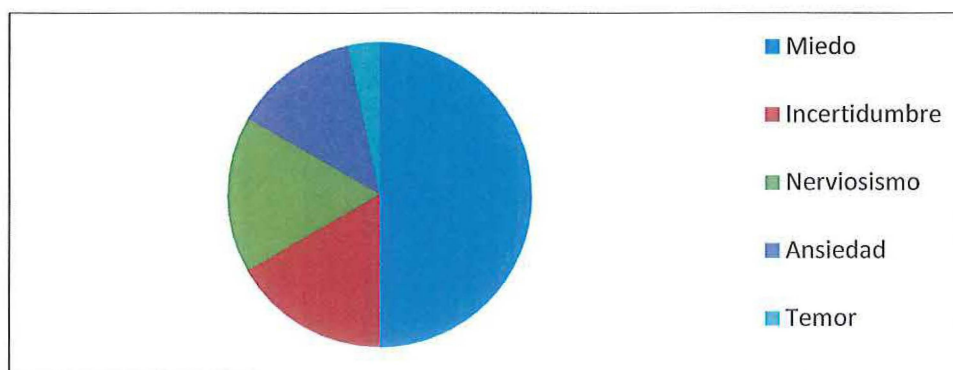
Cuadro N° 11: Resultado de emociones negativas más frecuentes

EMOCIÓN	REITERACIÓN
Miedo	15
Incertidumbre	5
Nerviosismo	5
Ansiedad	4
Temor	1
TOTAL	30

Elizabet Escobar (2018) *Resultado de emociones negativas más frecuentes*, cuadro elaborado en base de los datos encuestados.

El Cuadro N° 11 muestra que la emoción negativa miedo es la más sentida entre los participantes. De los 30 pacientes con diagnóstico de cáncer, 15 se identificaron con esta emoción negativa, lo que corresponde al 50% de la totalidad. El tema del miedo se revisó en el Capítulo 2. Este resultado fue de alguna manera esperado debido a las condiciones emocionales en que un paciente con diagnóstico de cáncer se encuentra sometido.

Gráfico N° 2: Emociones negativas más frecuentes



Elizabet Escobar (2018) *Emociones negativas más frecuentes*, Gráfico elaborado en base de los datos encuestados.

El Gráfico N° 2 representa visualmente los resultados del Cuadro N° 11

4.4 Género de los participantes

Cuadro N° 12: Género de los participantes

PACIENTE N°	INICIALES	GÉNERO	
		M	F
1	C.A.T.		X
2	R.A.J.M	X	
3	D.G.J.J.	X	
4	A.E.E.V.	X	
5	R.C.S.J.		X
6	B.C.E.		X
7	P.A.I.R.		X
8	M.D.P.		X
9	M.N.B.C.		X
10	J.M.L.C.	X	
11	J.M.G.V.	X	
12	A.L.R.B.		X
13	A.D.A.V.	X	
14	M.L.R.M.		X
15	E.B.O.P.		X
16	I.A.G.R.		X
17	M.J.L.C.		X
18	J.G.P.T.	X	
19	R.J.D.P.		X
20	B.A.A.CH.	X	
21	L.M.C.P.		X
22	L.B.M.		X
23	N.A.H.B.		X
24	M.A.A.B.	X	
25	M.J.M.C.		X
26	W.C.T.Y.		X
27	J.B.L.B.		X
28	M.E.M.S.		X
29	R.L.V.		X
30	D.A.O.D.	X	

Elizabet Escobar (2018) *Género de los participantes*, Cuadro elaborado en base de los datos encuestados.

El género de los pacientes participantes es mayoritariamente femenino, como lo muestra el Cuadro N° 12.

Cuadro N° 13: Resumen del Cuadro N° 12

GÉNERO	REITERACIÓN
MASCULINO	10
FEMENINO	20
TOTAL	30

Elizabet Escobar (2018) *Resumen del Cuadro N° 12*, Cuadro elaborado en base de los datos encuestados.

El Cuadro N° 13 da a conocer que 20 de los 30 participantes son de género femenino, correspondiendo al 66,67%, mientras que del género masculino se encuentran 10, que corresponde al 33,33% del total. El género de los participantes fue tomado en cuenta para un análisis posterior debido a la incidencia de ciertos tipos de cáncer según el género del paciente.

4.5 Tipos de cáncer más frecuentes en los pacientes tratados

Cuadro N° 14 Tipos de cáncer en pacientes tratados

PACIENTE N°	INICIALES	TIPO DE CÁNCER
1	C.A.T.	Cérvix
2	R.A.J.M	Hueso
3	D.G.J.J.	Linfoma no hodgkin
4	A.E.E.V.	Linfoma no hodgkin
5	R.C.S.J.	Cérvix
6	B.C.E.	Tiroides
7	P.A.I.R.	Mama
8	M.D.P.	Tiroides
9	M.N.B.C.	Pulmón
10	J.M.L.C.	Estómago
11	J.M.G.V.	Riñón
12	A.L.R.B.	Riñón
13	A.D.A.V.	Hígado
14	M.L.R.M.	Cérvix
15	E.B.O.P.	Colon
16	I.A.G.R.	Cérvix
17	M.J.L.C.	Cérvix
18	J.G.P.T.	Cerebro
19	R.J.D.P.	Mama
20	B.A.A.CH.	Sarcoma de Ewin
21	L.M.C.P.	Cérvix
22	L.B.M.	Cérvix
23	N.A.H.B.	Mama
24	M.A.A.B.	Linfoma no hodgkin
25	M.J.M.C.	Mama
26	W.C.T.Y.	Tiroides
27	J.B.L.B.	Cérvix
28	M.E.M.S.	Cérvix
29	R.L.V.	Cérvix
30	D.A.O.D.	Cuerda vocal

Elizabet Escobar (2018) *Tipos de cáncer en pacientes tratados*, Cuadro elaborado en base de los datos encuestados.

El Cuadro N° 14 da a conocer el tipo de cáncer que cada uno de los pacientes participantes padece.

Cuadro N° 15: Resumen de tipos de cáncer en pacientes tratados

TIPO DE CÁNCER	REITERACIÓN
CÉRVIX	10
MAMA	4
LINFOMA NO HODGKIN	3
TIROIDES	3
RIÑÓN	2
PULMÓN	1
ESTÓMAGO	1
HUESO	1
HÍGADO	1
COLON	1
CEREBRO	1
SARCOMA DE EWING	1
CUERDA VOCAL	1
TOTAL	30

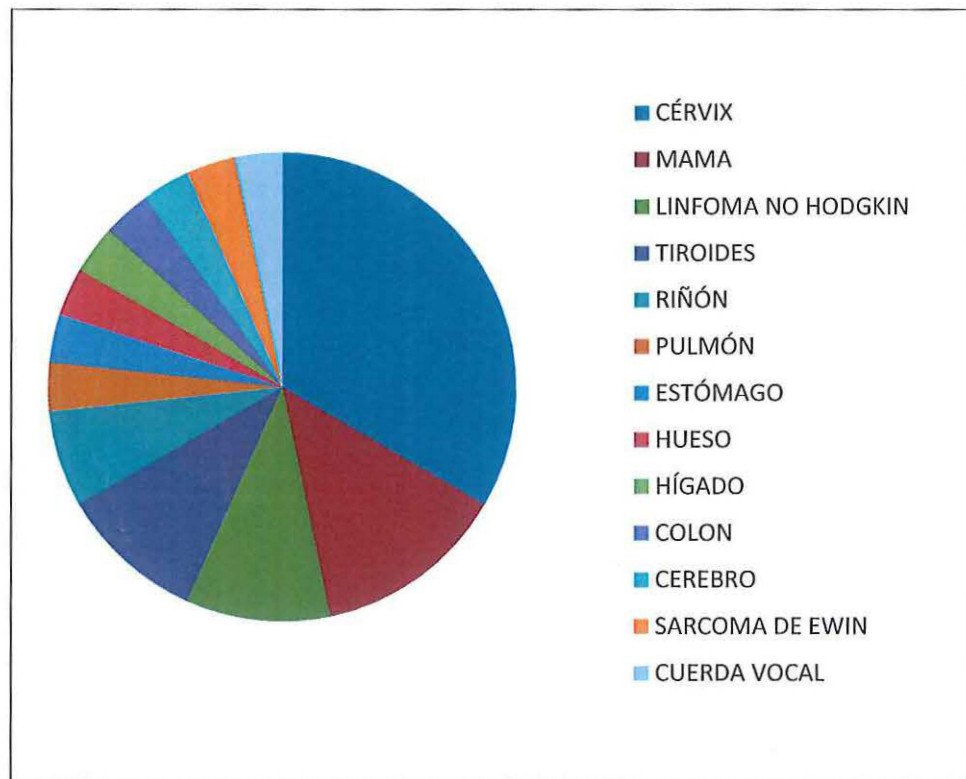
Elizabet Escobar (2018) *Resumen de tipos de cáncer en pacientes tratados*, Cuadro elaborado en base de los datos encuestados.

Como se pudo observar anteriormente en el Cuadro N° 13, el género mayoritario dentro de los pacientes voluntarios en este estudio es el femenino, lo que justifica la incidencia mayoritaria del cáncer de cérvix y el cáncer de mama en el Cuadro N° 15.

Si se analiza el resultado de cáncer de cérvix y de mama del Cuadro N° 15 dentro de la población femenina de este estudio, se obtiene que de 20 mujeres participantes 14 padecen de estos dos tipos de cáncer, lo que da como resultado que el 70% de las mujeres participantes padecen de cáncer de cérvix o de mama.

Por otro lado, también se constata que de 20 mujeres participantes, 10 sufren de cáncer de cérvix, lo que permite afirmar que el 50% de los pacientes de género femenino participantes en la presente investigación, padece de cáncer de cérvix.

Gráfico N° 3 Tipos de cáncer en pacientes tratados



Elizabet Escobar (2018) *Tipos de cáncer en pacientes tratados*, Gráfico elaborado en base de los datos encuestados.

El Gráfico N° 3 demuestra visualmente la gran incidencia del cáncer de cérvix entre las pacientes mujeres participantes.

4.6 Edad de los participantes

Cuadro N° 16: Edad de los participantes

PACIENTE N°	INICIALES	EDAD
1	C.A.T.	58
2	R.A.J.M	20
3	D.G.J.J.	20
4	A.E.E.V.	63
5	R.C.S.J.	53
6	B.C.E.	63
7	P.A.I.R.	49
8	M.D.P.	58
9	M.N.B.C.	55
10	J.M.L.C.	80
11	J.M.G.V.	58
12	A.L.R.B.	32
13	A.D.A.V.	77
14	M.L.R.M.	67
15	E.B.O.P.	57
16	I.A.G.R.	46
17	M.J.L.C.	53
18	J.G.P.T.	39
19	R.J.D.P.	60
20	B.A.A.CH.	14
21	L.M.C.P.	45
22	L.B.M.	67
23	N.A.H.B.	66
24	M.A.A.B.	59
25	M.J.M.C.	43
26	W.C.T.Y.	33
27	J.B.L.B.	64
28	M.E.M.S.	28
29	R.L.V.	69
30	D.A.O.D.	24

Elizabet Escobar (2018) *Edad de los participantes*, Cuadro elaborado en base de los datos encuestados.

El Cuadro N° 16 da a conocer la edad de cada uno de los participantes que van desde la edad de los 14 años hasta la edad de 80 años.

Cuadro N° 17: Resumen de la edad de los participantes

EDAD	REITERACIÓN
ENTRE 10 Y 20 AÑOS	3
ENTRE 21 Y 30 AÑOS	2
ENTRE 31 Y 40 AÑOS	3
ENTRE 41 Y 50 AÑOS	4
ENTRE 51 Y 60 AÑOS	9
ENTRE 61 Y 70 AÑOS	7
ENTRE 71 Y 80 AÑOS	2
TOTAL	30

Elizabet Escobar (2018) *Resumen de la edad de los participantes*, Cuadro elaborado en base de los datos encuestados.

El Cuadro N° 17 da a conocer que 9 participantes se encuentran entre las edades de 51 a 60 años y 7 se encuentran entre los 61 a 70 años. Sumando estos dos rangos se obtiene 16 voluntarios de una totalidad de 30, de lo que se deduce que el 53,33% de los participantes se encuentra entre las edades de 51 y 70 años de edad.

4.7 Resultados antes y después del Tapping registrados en la Historia Clínica

Cuadro N° 18: Resultados de la Historia Clínica

PACIENTE N°	INICIALES	RESULTADOS DE LA ESCALA VISUAL ANÁLOGA (EVA)				
		EMOCIÓN NEGATIVA	EVOLUCIÓN DE RESULTADOS SEGÚN LAS TERAPIAS			
			INICIO	TERAPIA 1	TERAPIA 2	TERAPIA 3
1	C.A.T.	Incertidumbre	8	5	0	
2	R.A.J.M	Miedo	8	6	5	3
3	D.G.J.J.	Ansiedad	8	7	4	2
4	A.E.E.V.	Ansiedad	4	3	2	2
5	R.C.S.J.	Miedo	8	0	-	-
6	B.C.E.	Miedo	10	6	0	-
7	P.A.I.R.	Nerviosismo	9	3	2	0
8	M.D.P.	Incertidumbre	8	6	4	1
9	M.N.B.C.	Nerviosismo	6	5	4	3
10	J.M.L.C.	Incertidumbre	9	5	4	1
11	J.M.G.V.	Miedo	6	5	3	2
12	A.L.R.B.	Miedo	8	4	3	1
13	A.D.A.V.	Ansiedad	8	5	4	2
14	M.L.R.M.	Nerviosismo	6	5	4	2
15	E.B.O.P.	Miedo	8	4	2	0
16	I.A.G.R.	Incertidumbre	8	3	1	0
17	M.J.L.C.	Nerviosismo	5	4	3	1
18	J.G.P.T.	Miedo	5	0	-	-
19	R.J.D.P.	Nerviosismo	8	3	0	-
20	B.A.A.CH.	Miedo	7	6	4	3
21	L.M.C.P.	Miedo	7	2	1	1
22	L.B.M.	Miedo	5	0	-	-
23	N.A.H.B.	Miedo	6	4	0	-
24	M.A.A.B.	Ansiedad	4	2	1	0
25	M.J.M.C.	Miedo	10	0	-	-
26	W.C.T.Y.	Miedo	8	2	0	-
27	J.B.L.B.	Incertidumbre	5	4	3	1
28	M.E.M.S.	Miedo	8	4	2	1
29	R.L.V.	Miedo	6	3	0	-
30	D.A.O.D.	Temor	7	4	2	0
SUMATORIA			213	110	58	26
PROMEDIO			7,10	4,23	2,76	1,73

Elizabet Escobar (2018) *Resultados de la Historia Clínica*, Cuadro elaborado en base de los datos encuestados.

En el Cuadro N° 18 se puede observar la evolución de la terapia aplicada. En la primera cita se procedió a encontrar un punto de partida gracias a la Escala Visual Analógica EVA, para tratar las diferentes emociones de los pacientes. Este dato se encuentra en la columna inicio. En las sesiones siguientes se volvió a medir el avance de los resultados de la terapia.

Se constata que todos los participantes obtuvieron un progreso en los resultados desde la primera cita, tomando en cuenta que el resultado óptimo en esta escala es el cero.

Otro resultado obtenido muestra que cuatro personas superaron sus problemas de emoción negativa en la primera terapia, seis personas en la segunda terapia y cinco en la tercera terapia.

El resultado anterior muestra que 15 pacientes con diagnóstico de cáncer superaron sus problemas de emociones negativas en el transcurso de las tres terapias programadas, correspondiendo al 50% de la totalidad.

Dentro de las 3 terapias programadas se obtiene también el resultado de que 25 pacientes alcanzaron una calificación entre 0 y 1 en la Escala Visual Análoga EVA, lo que en porcentaje representa el 83,33%.

Al final del cuadro N° 18 se encuentra el promedio correspondiente a las calificaciones dadas a las emociones negativas tanto al inicio como en las siguientes terapias.

Cuadro N° 19: Promedios de valoración en la Escala EVA

PROMEDIOS DE VALORACIÓN EN ESCALA EVA	
INICIO	7,10
PRIMERA TERAPIA	4,23
SEGUNDA TERAPIA	2,76
TERCERA TERAPIA	1,73

Elizabet Escobar (2018) *Promedios de valoración en la Escala EVA*, Cuadro elaborado en base de los datos encuestados.

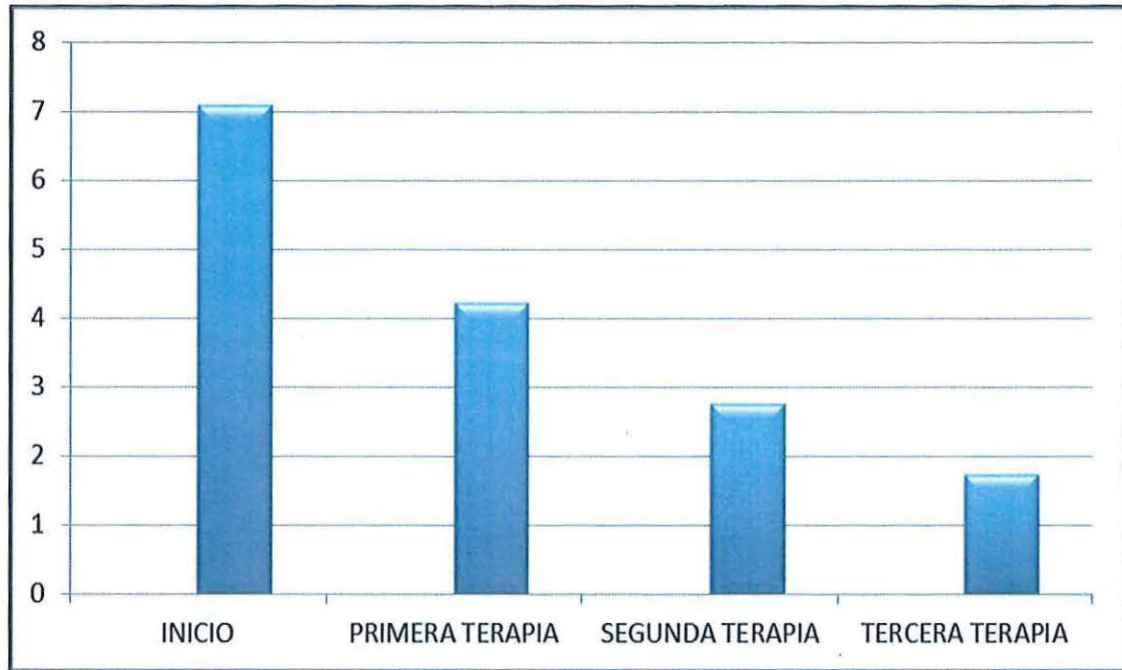
El Cuadro N° 19 muestra claramente dicha variación del promedio en la calificación de las emociones de acuerdo a cómo sigue avanzando la terapia.

El promedio de 7,10 obtenido en el inicio bajó a un promedio de 4,23 luego de la primera terapia.

Se observa también que de la primera terapia a la segunda existe un promedio de mejoría, bajando de 4,23 a un promedio de 2,76.

De igual manera existe una mejoría de la segunda terapia a la tercera, pasando de 2,76 a un promedio de 1,73 en la Escala Visual Análoga EVA.

Gráfico N° 4: Promedios de antes y después de la Terapia Tapping



Elizabet Escobar (2018) *Promedios de antes y después de la Terapia Tapping*, Gráfico elaborado en base de los datos encuestados.

Lo expuesto con respecto al Cuadro N° 19 se corrobora en el Gráfico N° 4, en el que se observa claramente cómo desciende el promedio de la calificación de la emoción en la Escala EVA hacia la calificación ideal igual a cero.

CONCLUSIONES

1. Los resultados obtenidos indican que hubo efectividad de la Técnica de Liberación Emocional Tapping en el 83,33% de los pacientes; lo que de alguna manera contribuye positivamente en su bienestar y calidad de vida, cumpliendo así con el objetivo específico de este estudio.
2. Solamente el 17% de los pacientes atendidos han recibido terapia psicológica paralela a los tratamientos para el cáncer, el 83% no tiene ningún tipo de apoyo a este nivel. De aquí la importancia de expandir una técnica tan sencilla como la aplicada en esta ocasión, que puede ser de gran apoyo no solamente para los enfermos, sino para los acompañantes y toda la familia.
3. El 90% de los pacientes participantes en este estudio manifiesta que si se aplicaría la Técnica de Liberación Emocional a sí mismos en el futuro, cumpliendo de esta manera con otro de los objetivos trazados al inicio.
4. El 80% de los participantes también manifiesta que estaría dispuesto a compartir con otras personas el conocimiento adquirido en estas terapias, puesto que tienen material de apoyo y la experiencia de haberlo aplicado personalmente.
5. El 83,33% de los pacientes atendidos pasaron de un promedio de 7,10 de intensidad de la emoción negativa, a un nivel de entre 0 y 1 que según la Escala Visual Análoga, es un resultado excelente. Demostrando de esta manera la efectividad de la Técnica de Liberación Emocional Tapping en pacientes con diagnóstico de cáncer en la ciudad de Quito.

RECOMENDACIONES

1. Durante el proceso de estudio, en algunas ocasiones se vio la necesidad de hacer paralelamente Terapia Tapping a los acompañantes del paciente, este es un grupo que no es tomado en cuenta por el sistema de salud y creo que es necesario cuidar del cuidador. Este grupo de familiares cercanos al paciente también sintió los beneficios de la terapia; pues la tensión física y psicológica que experimentan es muy fuerte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Campos de la Educación y Capacitación de la CINE. (2013). *Manual que acompaña la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación 2011*. UNESCO. Montreal, Québec.

Craig, G. (2011). *La receta básica del EFT Tapping*. Recuperado de internet: <https://www.emofree.com/es/eft-tutorial-es/tapping-basics-es/how-to-do-eft-es.html> la receta básica del eft.

Instituto Nacional de Estadística y Censo INEC. (2017). El cáncer de mama en el Ecuador. Recuperado de internet: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/el-cancer-de-mama-en-ecuador/>.

Instituto Tecnológico Superior Esculapio. (2018). *Líneas de Investigación*. Recuperado de Internet: <http://www.institutoesculapio.edu.ec/index.php/programas-academicos/lineas-de-investigacion>.

Markhoff, E. (2014). *Técnica de Tapping para el cáncer y/o miedo*. Video recuperado de internet: <https://mujerholistica.com/tapping-para-cancer-yo-miedo/>.

Sánchez N. (2017). *Digitopuntura y Técnicas de Sanación Emocional*. Texto Guía – Módulo. Instituto Esculapio. Quito, Ecuador.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – Senplades. (2017). *Plan Nacional para el Buen Vivir. (2017-2021)*. Senplades. Quito, Ecuador.

Sociedad de lucha contra el cáncer SOLCA (2016). *Solca es una institución de derecho privado que recibe fondos públicos*. Recuperado de internet: <https://confirmado.net/2016/03/10/solca-es-una-institucion-de-derecho-privado-que-recibe-fondos-publicos/>.

Sociedad de lucha contra el cáncer SOLCA (2016). *Epidemiología del cáncer en Quito 2006 – 2016*. Recuperado de internet: <http://www.solcaquito.org.ec/index.php/publicaciones/epidemiologia/cancer-en-quito-2006-2010>.

Sociedad de lucha contra el cáncer SOLCA (2018). *Día mundial de lucha contra el cáncer*. Recuperado de internet: https://issuu.com/solcaquito/docs/dia_mundial_del_cancer_2018.

Sociedad de lucha contra el cáncer SOLCA (2017). *Incidencia del cáncer en Quito periodo 2011-2013*. Recuperado de internet: https://issuu.com/solcaquito/docs/rnt_2010_2013.

Temes R. (2014). *Tapping*. Ediciones Urano S.A. Barcelona, España.

ANEXOS

30 Historias Clínicas

30 Consentimiento Informado.

30 Encuestas antes de Terapias

30 Encuestas después de terapias

ENCUESTA 1

Paciente N° 1

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a su enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 2

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a la enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 3

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a su enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 4

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a la enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 5

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a su enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 6

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a la enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 7

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a su enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 8

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a la enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 9

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a su enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 10

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a la enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 11

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a su enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 12

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a la enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 13

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a su enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 14

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a la enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 15

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a su enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 16

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a la enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 17

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a su enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 18

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a la enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 19

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a su enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 20

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a la enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 21

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a su enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 22

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a la enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 23

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a su enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 24

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a la enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 25

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a su enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 26

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a la enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 27

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a su enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 28

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a la enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 29

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a su enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 1

Paciente N° 30

1.- ¿Sufre Usted de alguna enfermedad degenerativa?

SI NO

2.- ¿Se encuentra bajo algún tipo de tratamiento?

SI NO

3.- ¿Recibe Usted apoyo emocional?

SI NO

4.- ¿Siente Usted alguna sensación como miedo, temor, inquietud, nerviosismo; ansiedad o incertidumbre con respecto a la enfermedad?

SI NO

5.- ¿Acepta Usted participar en una terapia natural emocional que apoye su tratamiento?

SI NO

ENCUESTA 2

Paciente N° 1

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 2

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 3

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 4

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 5

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 6

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 7

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 8

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 9

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 10

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 11

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 12

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 13

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 14

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 15

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 16

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 17

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 18

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 19

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 20

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 21

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 22

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 23

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 24

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 25

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 26

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 27

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 28

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 29

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

ENCUESTA 2

Paciente N° 30

1.- ¿Ha recibido Usted 3 terapias de la Técnica de Liberación Emocional Tapping?

SI NO

2.- ¿Se encuentra satisfecho(a) con los resultados adquiridos?

SI NO

3.- ¿Cree Usted que podría aplicarse Usted mismo(a) Tapping en el futuro?

SI NO TAL VEZ

4.- ¿Sería Usted capaz de compartir esta terapia con otras personas?

SI NO TAL VEZ

5.- ¿Recomendaría Usted la Técnica de Liberación Emocional Tapping a otra persona que necesite de apoyo emocional?

SI NO TAL VEZ

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, T.C.A., con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en QUITO - Noruega 117 de la Ciudad
de QUITO en calidad de paciente o como representante _____
del(la) paciente _____, autorizo a ELIZABET
ESCOBAR, con profesión o especialidad: NATURÓPATA; para la realización del
procedimiento de TÉCNICA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL previo a lo cual

SI NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en TOPAR
PUNTOS DE ACUPUNTURA CON LOS DEDOS PARA EMOCIONES

SI NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: Johanes Fernando

NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: T.C.A.

CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: Elizabet Escobar

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabet Escobar

CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

2

Yo, J. J. D. G., con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en Lomas de Pungasi de la Ciudad
de Quito en calidad de paciente X o como representante
del(la) paciente _____, autorizo a Elizabeth
Escobar, con profesión o especialidad: Naturópata; para la realización del
procedimiento de Tapping, previo a lo cual

SI X NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en golpeteos
en puntos de acupuntura para tratar emociones

SI X NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI X NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI X NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI X NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI X NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: Jibson
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: J. J. D. G.
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: Elizabeth Escobar
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabeth Escobar
CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

3

Yo, Alexander Jurado, con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en Canocoto de la Ciudad
de Quito en calidad de paciente X o como representante
del(la) paciente _____, autorizo a Elizabet
Escobar, con profesión o especialidad: Naturopata; para la realización del
procedimiento de TAPPING, previo a lo cual

SI X NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en Terapia
Emocional en puntos de Acupuntura

SI X NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI X NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI X NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI X NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI X NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: _____

CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: Elizabet Escobar

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabet Escobar

CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

4

Yo, A. E. E. V (14), con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en CASPAR DE VILLARROEL 220 de la Ciudad
de QUITO en calidad de paciente o como representante
del(la) paciente _____, autorizo a ELIZABET
ESCOBAR, con profesión o especialidad: NATUROPATA; para la realización del
procedimiento de TAPPING, previo a lo cual

SI NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en TOPAR
PUNTOS DE ACUPUNTURA PARA EMOCIONES

SI NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: _____
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: A. E. E. V.
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: _____
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabet Escobar
CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600160795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

5

Yo, E. B. C., con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en los 2 puentes de la Ciudad
de Quito en calidad de paciente o como representante
del(la) paciente _____, autorizo a Elizabeth
Escobar, con profesión o especialidad: Naturopata; para la realización del
procedimiento de Tapping, previo a lo cual

SI NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en Trabar
puntos de acupuntura para las emociones

SI NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

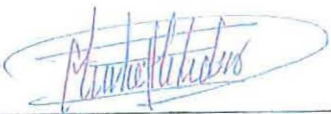
SI NO _____ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular
preguntas; las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO _____ he leído este documento en su totalidad.

SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: E. B. C.
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: E. B. C.
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: 
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabeth Escobar
CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

6

Yo, J. M. G. V, con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en Calderón de la Ciudad
de Quito en calidad de paciente X o como representante
del(la) paciente _____, autorizo a Elizabeth
Escribar, con profesión o especialidad: Naturopata; para la realización del
procedimiento de Tapping, previo a lo cual

SI X NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en Tapar
puntos de acupuntura con los dedos

SI X NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI X NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI X NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI X NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI X NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: Juan Mena
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: J. M. G. V
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: Elizabeth Escribar
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabeth Escribar
CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166495

CONSENTIMIENTO INFORMADO

7

Yo, M.D.P., con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en OTumbaco de la Ciudad
de Quito en calidad de paciente o como representante
del(la) paciente _____, autorizo a Elizabet
Escobar, con profesión o especialidad: Nocturna pata; para la realización del
procedimiento de Tapping, previo a lo cual

SI NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en Topont
Puntos de acupuntura con los dedos para emociones

SI NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: [Signature]
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: M.D.P.
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: [Signature]
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabet Escobar
CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

8

Yo, A.L.R.B., con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en Sector El Batán de la Ciudad
de Quito en calidad de paciente o como representante
del(la) paciente _____, autorizo a Elizabeth
Escobar, con profesión o especialidad: Naturopata; para la realización del
procedimiento de Tapping, previo a lo cual

SI NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en alguito
puntura para emociones

SI NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: A.L.R.B.

NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: _____

CÉDULA DE IDENTIDAD: A.L.R.B.

FIRMA: [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, S. J. R. C., con cédula de identidad N° 9
Domiciliado(a) en San Antonio de Pichincha de la Ciudad
de Quito en calidad de paciente o como representante
del(la) paciente _____, autorizo a Elizabeth
Escobar, con profesión o especialidad: Naturópata; para la realización del
procedimiento de Tapping, previo a lo cual

SI NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en puntos
de acupuntura para emociones

SI NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

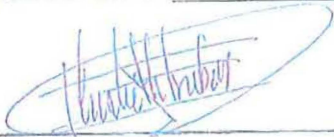
SI NO _____ reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular
preguntas; las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO _____ he leído este documento en su totalidad.

SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: S. J. R. C.
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: S. J. R. C.
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: 
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabeth Escobar
CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

10

Yo, P. A. I. R., con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en Sector La Y de la Ciudad
de Quito en calidad de paciente X o como representante _____
del(la) paciente _____, autorizo a Elizabeth
Escobar, con profesión o especialidad: Naturópata; para la realización del
procedimiento de Tapping, previo a lo cual

SI X NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en Tocar
puntos de acupuntura para emociones

SI X NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI X NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI X NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI X NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI X NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: P A I R
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: P. A. I. R.
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: [Signature]
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabeth Escobar
CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

11

Yo, M. N. B. G, con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en Ciudad Alegria (Calderón) de la Ciudad
de Quito en calidad de paciente o como representante
del(la) paciente _____, autorizo a Elizabeth
Escobar, con profesión o especialidad: Naturopata; para la realización del
procedimiento de Tapping, previo a lo cual

SI NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en Trabar
puntos para sanar emociones negativas (puntos acupuntura)

SI NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: 

NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: M N B G

CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabeth Escobar

CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

12

Yo, J.M. L.C., con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en Ambaya de la Ciudad
de Quito en calidad de paciente X o como representante
del(la) paciente _____, autorizo a Elizabet
Escobar, con profesión o especialidad: Maturópata; para la realización del
procedimiento de Tapping, previo a lo cual

SI X NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en digito
puntura emocional

SI X NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI X NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI X NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI X NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI X NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: J.M.L.C.
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: J. M. L. C.
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: Elizabet Escobar
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabet Escobar
CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

13

Yo, A.D.A.V., con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en Av. Brasil de la Ciudad
de Quito en calidad de paciente X o como representante
del(la) paciente _____, autorizo a Elizabeth
Escobar, con profesión o especialidad: Naturopata; para la realización del
procedimiento de Tapping, previo a lo cual

SI X NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en Topar
con los dedos puntos de acupuntura para emociones.

SI X NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI X NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI X NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI X NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI X NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: [Signature]
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: A.D.A.V.
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: [Signature]
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabeth Escobar
CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

14

Yo, M. L. R. M, con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en Parroquia Valle Hermoso de la Ciudad
de Santo Domingo en calidad de paciente X o como representante
del(la) paciente _____, autorizo a Elizabeth
Escobar, con profesión o especialidad: Maturopata; para la realización del
procedimiento de Tapping, previo a lo cual

SI X NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en Topar
puntos de Acupuntura con los dedos

SI X NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI X NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI X NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI X NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI X NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: [Signature]
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: M L R M
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: [Signature]
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabeth Escobar
CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

15

Yo, E.B.O.P, con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en La Maná (solca) de la Ciudad
de La Alana en calidad de paciente X o como representante
del(la) paciente _____, autorizo a Elizabeth
Escobar, con profesión o especialidad: Naturopata; para la realización del
procedimiento de Tapping, previo a lo cual

SI X NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en Topai
puntos de acupuntura

SI X NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI X NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI X NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI X NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI X NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: [Signature]
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: EB OP
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: [Signature]
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabeth Escobar
CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

16

Yo, I. A. G. R., con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en El Empalme de la Ciudad
de _____ en calidad de paciente X o como representante _____
del(la) paciente _____, autorizo a Elizabeth
Escobar, con profesión o especialidad: Naturopata; para la realización del
procedimiento de Tapping, previo a lo cual

SI X NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en tapar
puntos de acupuntura para emociones

SI X NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI X NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI X NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI X NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI X NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: Salvador Garcia Ruiz

NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: J A G R

CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabeth Escobar

CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

17

Yo, M. J. L. C., con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en Pelileo Barrio Central de la Ciudad
de Pelileo en calidad de paciente o como representante _____
del(la) paciente _____, autorizo a Elizabeth
Escobar, con profesión o especialidad: Naturopata; para la realización del
procedimiento de Tapping, previo a lo cual

SI NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en topar
puntos de acupuntura para emociones

SI NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: M. J. L. C.

NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: M J L C

CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: Elizabeth Escobar

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabeth Escobar

CÉDULA DE IDENTIDAD: 16 001 667 95

CONSENTIMIENTO INFORMADO

18

Yo, J. G. P. T, con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en Santa Elena de la Ciudad
de Santa Elena en calidad de paciente X o como representante
del(la) paciente _____, autorizo a Elizabeth
Escobar, con profesión o especialidad: Naturopata; para la realización del
procedimiento de Tapping, previo a lo cual

SI X NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en topar
puntos de acupuntura para las emociones

SI X NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI X NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI X NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI X NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI X NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: Jorge G.P.T
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: J. G. P. T
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: Elizabeth Escobar
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabeth Escobar
CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166799

CONSENTIMIENTO INFORMADO

19

Yo, R. J. D. P., con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en Salinas (Parroquia J. L. Tamayo) de la Ciudad
de Salinas en calidad de paciente o como representante
del(la) paciente _____, autorizo a Elizabeth
Escobar, con profesión o especialidad: Naturopata; para la realización del
procedimiento de Tapping, previo a lo cual

SI NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en Tapar
puntos de acupuntura para las emociones

SI NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: [Handwritten Signature]
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: R. J. D. P.
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: [Handwritten Signature]
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabeth Escobar
CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

20

Yo, B. A. A. CH / A. R. CH. P., con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en La Vicentina de la Ciudad
de Ambato en calidad de paciente ___ o como representante
del(la) paciente (madre): _____, autorizo a Elizabeth
Escobar, con profesión o especialidad: naturopata; para la realización del
procedimiento de Tapping, previo a lo cual

SI NO ___ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en Tratar
puntos de Acupuntura para emociones negativas.

SI NO ___ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI NO ___ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI NO ___ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI NO ___ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO ___ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: A. R. CH. P.

CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA:  _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabeth Escobar

CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

21

Yo, F. B. C. C., con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en M. O. P de la Ciudad
de Riobamba en calidad de paciente ___ o como representante X
del(la) paciente L. M. C. P, autorizo a Elizabeth
Escobar, con profesión o especialidad: Neurologa; para la realización del
procedimiento de T. A. P. P. J. N. G, previo a lo cual

SI X NO ___ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en _____
Tratar puntos de acupuntura para las emociones.

SI X NO ___ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI X NO ___ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI X NO ___ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI X NO ___ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI X NO ___ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: 

NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: F. B. C. C.

CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabeth Escobar

CÉDULA DE IDENTIDAD: 16 00166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

22

Yo, L. B. M. (E. A. M. M.), con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en Barrio Central de la Ciudad
de Pelileo en calidad de paciente ___ o como representante X
del(la) paciente L. B. M., autorizo a Elizabeth
Escobar, con profesión o especialidad: Naturopata; para la realización del
procedimiento de Tapping, previo a lo cual

SI X NO ___ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en Topar
puntos de apertura para las emociones.

SI X NO ___ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI X NO ___ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI X NO ___ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI X NO ___ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI X NO ___ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: [Signature]

NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: E. A. M. M.

CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: [Signature]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabeth Escobar

CÉDULA DE IDENTIDAD: 16 00166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

23

Yo, N. A. H. B., con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en Ciudadela Los Alamos 2 de la Ciudad
de Riobamba en calidad de paciente o como representante
del(la) paciente _____, autorizo a Elizabet
Escobar, con profesión o especialidad: Naturópata; para la realización del
procedimiento de TAPPING, previo a lo cual

SI NO he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en TOPAR
PUNTOS DE ACUPUNTURA

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI NO comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: [Firma manuscrita]
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: N. A. H. B.
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: [Firma manuscrita]
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabet Escobar
CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

24

Yo, J. A. H. A., con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en Tena Centro de la Ciudad
de Tena en calidad de paciente ___ o como representante X
del(la) paciente M. A. A. B., autorizo a ELIZABET
ESCOBAR, con profesión o especialidad: NATUROPATA; para la realización del
procedimiento de TAPPING, previo a lo cual

SI X NO ___ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en topar
puntos de acupuntura

SI X NO ___ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI X NO ___ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI X NO ___ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI X NO ___ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI X NO ___ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: _____
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: J. A. H. A.
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: _____
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabeth Escobar
CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

25

Yo, M.J.M.G., con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en QUIMINDÉ de la Ciudad
de QUIMINDÉ en calidad de paciente o como representante
del(la) paciente _____, autorizo a ELIZABET
ESCOBAR, con profesión o especialidad: Naturopata; para la realización del
procedimiento de TAPPING, previo a lo cual

SI NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en TOPAR
PUNTOS DE ACUPUNTURA CON MIS DEDOS

SI NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: [Firma]
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: M.J.M.G.
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: [Firma]
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: ELIZABET ESCOBAR
CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

26

Yo, W. C. T. Y, con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en Pelileo de la Ciudad
de Pelileo en calidad de paciente o como representante
del(la) paciente _____, autorizo a ELIZABET
ESCOBAR, con profesión o especialidad: HATURÓPITA; para la realización del
procedimiento de TAPPING, previo a lo cual

SI NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en _____
ACUPUNTURA PARAMEMOCIONES

SI NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: Gordio Escobar

NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: W. C. T. Y.

CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: Elizabet Escobar

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabet Escobar

CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

27

Yo, J. B. L. B., con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en Ambato Ficoa de la Ciudad
de Ambato en calidad de paciente o como representante
del(la) paciente _____, autorizo a Elizabeth
Escobar, con profesión o especialidad: NATUROPATA; para la realización del
procedimiento de TAPPING, previo a lo cual

SI NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en TOPAR
PUNTOS PARA EMOCIONES

SI NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: [Firma manuscrita]
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: J. B. L. B.
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: [Firma manuscrita]
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabeth Escobar
CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

28

Yo, M. E. M. S., con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en Quito Sur de la Ciudad
de Quito en calidad de paciente x o como representante
del(la) paciente _____, autorizo a Elizabeth
Escobar, con profesión o especialidad: Naturópata; para la realización del
procedimiento de Tapping, previo a lo cual

SI x NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en _____
Terapia Natural para emociones

SI x NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI x NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI x NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI x NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI x NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: _____
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: MEMS
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: _____
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabeth Escobar
CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, M. E. Y. G, con cédula de identidad N° 29
Domiciliado(a) en LA MERCED de la Ciudad
de PUYO en calidad de paciente o como representante
del(la) paciente R. L. V., autorizo a ELIZABET
ESCOBAR, con profesión o especialidad: NATUROPATA; para la realización del
procedimiento de TAPPING, previo a lo cual

SI NO he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en _____
En tomar puntos de acupuntura

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

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI NO comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: [Signature]
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: M. E. Y. G
CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: [Signature]
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabet Escobar
CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795

CONSENTIMIENTO INFORMADO

30

Yo, D.A.O.D., con cédula de identidad N° _____
Domiciliado(a) en Ventanas de la Ciudad
de Ventanas en calidad de paciente X o como representante
del(la) paciente _____, autorizo a Elizabet
Escobar, con profesión o especialidad: Naturopata; para la realización del
procedimiento de TERAPIA DE LIBERACIÓN EMOCIONAL, previo a lo cual

SI X NO _____ he sido informado(a) de que el tratamiento consiste en _____
TOPAR PUNOS DE ACUPUNTURA

SI X NO _____ he sido informado(a) sobre la frecuencia y el tiempo de duración del
tratamiento.

SI X NO _____ comprendo y acepto que durante el procedimiento se puede requerir
de una prolongación del tratamiento programado inicialmente, o la realización de
otra técnica diferente a la presente.

SI X NO _____ comprendo y acepto que la terapia natural no es una ciencia exacta
y que por lo tanto no se garantiza el 100% de los resultados esperados con
este procedimiento terapéutico emocional, ya que la eficacia del mismo no
depende solamente del terapeuta, sino también del cumplimiento de las
recomendaciones generales que debo seguir, y de la condición propia de cada
persona y enfermedad.

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.

SI X NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI X NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia
indicada.

FIRMA: 

NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: D.A.O.D.

CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Elizabet Escobar

CÉDULA DE IDENTIDAD: 1600166795



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE				FECHA			N° HISTORIA CLÍNICA		
T. C. A.				21-05-2018			1		
ESTADO CIVIL		LUGAR DE ORIGEN		FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION		
S	C	D	V	U	L	Q	58	F	Cristiana
DIRECCION				CIUDAD			TELEFONO		
Noruega 117 y 6 de diciembre				Quito					
PROFESION			OCUPACION		REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO	
Marketing			Ventas						

1 MOTIVO DE CONSULTA
 Cáncer de cérvix

2 ENFERMEDAD ACTUAL

1. FECHA APARENTE DE COMIENZO: 2003

2. FECHA REAL DE COMIENZO: 2001

3. FORMA DE COMIENZO: Dolor al tener relaciones sexuales.

4. CAUSA APARENTE: Problemas en el endometrio

5. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES: Sangrados abundantes.

6. EVOLUCIÓN: De un momento al otro le diagnosticaron carcinoma agresivo.

7. RELACION CON LOS TRATAMIENTOS: Histerectomía abdominal radical en 2003. Hace 1 año se descubrió el cáncer a nivel del mundo. Se procedió a Quimioterapia y Radioterapia.

8. ESTADO ACTUAL: Tiene metástasis a un ganglio de la ingle.

3 ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA:

NIÑEZ: A los 5 años tuvo un accidente de tránsito con herida leve en el pie derecho.

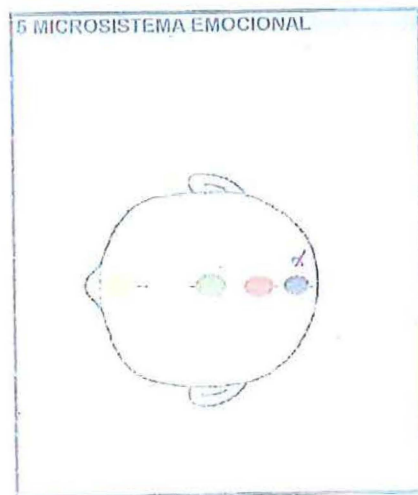
ADOLESCENCIA: En edad escolar, retiro de amígdalas y adenoides.

ADULTO JOVEN: Embarazo a los 15 años. Parto normal. Madre soltera. Única hija. Se casó, se divorció. Relación conflictiva con pareja.

ADULTO MAYOR: Cáncer apareció a los 43 años.

4 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. PADRE	2. MADRE	3. JEFE C. PARENTAL	4. HERMANOS	5. PADRES	6. HERMANOS	7. HERMANOS	8. HERMANOS	9. HERMANOS	10. HERMANOS	11. OTROS



6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)

EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa										CITAS						
	Ninguna emoción negativa										Emoción negativa intensa			1	2	3	
Incertidumbre											X				5	0	



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE <i>D. G. J. J.</i>		FECHA <i>25-05-2018</i>			Nº HISTORIA CLÍNICA <i>3</i>
ESTADO CIVIL	LUGAR DE ORIGEN	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGIÓN
<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> L	<i>Quevedo</i>	<i>29-01-1998</i>	<i>20</i>	<i>M</i>	<i>Cristiano</i>
DIRECCIÓN <i>Lomas de Pungasi</i>		CIUDAD <i>Quito</i>	TELÉFONO		
PROFESIÓN	OCUPACIÓN	REFERENCIA FAMILIAR	TELÉFONO		

1 MOTIVO DE CONSULTA
Linfoma no hodgkin (cuello e inguinales)

2 ENFERMEDAD ACTUAL

1. FECHA APARENTE DE COMIENZO: *Se descubrió hace 1 año.*

2. FECHA REAL DE COMIENZO: *Hace 1 año inicio con molestia en la columna.*

3. FORMA DE COMIENZO:

4. CAUSA APARENTE:

5. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES: *Se ha realizado 11 quimioterapias.*

6. EVOLUCIÓN: *Próximamente se realizarán radioterapia*

7. RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS: *Ahora ya puede caminar y se encuentra optimista.*

8. ESTADO ACTUAL:

3 ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA:

NIÑEZ: *Gripes frecuentes en la edad escolar.*

ADOLESCENCIA: *Desde la edad de 7-8 años se notó la presencia de bolitas en el cuello; pero no se le dio importancia.*

ADULTO JOVEN:


ADULTO MAYOR:

4 ANTECEDENTES FAMILIARES

<input type="checkbox"/> ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> SUP. C. VASCULAR	<input type="checkbox"/> HEMORRAGIAS	<input type="checkbox"/> CÁNCER	<input checked="" type="checkbox"/> ENFERMEDADES	<input type="checkbox"/> NEFRITIS	<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES	<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES	<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES	<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES
--------------------------------------	-----------------------------------	---	--------------------------------------	---------------------------------	--	-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Abuela Materna murió de cáncer.

5 MICROSISTEMA EMOCIONAL



6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)

EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa										CITAS					
	ninguna emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa	1	2	3
<i>Ansiedad</i>										<i>X</i>				<i>7</i>	<i>4</i>	<i>2</i>



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
R.C.S.J.		28-05-2018			3
ESTADO CIVIL	LUGAR DE ORIGEN	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
S G D X V U L	Quito	2-05-1965	53	F	Cristiana
DIRECCION		CIUDAD		TELEFONO	
San Antonio de Pichincha		Quito			
PROFESION	OCUPACION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	
	Ama de casa				

1 MOTIVO DE CONSULTA
Cáncer de útero

2 ENFERMEDAD ACTUAL

1. FECHA APARENTE DE COMIENZO: Apareció hace 3 años

2. FECHA REAL DE COMIENZO: Hace 10 años un examen de papanicolaou mostró una afección; pero no le dio importancia

3. FORMA DE COMIENZO: Años después el vientre se le hincharía; pero tampoco le dio importancia.

4. CAUSA APARENTE:

5. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES: Hace 3 años extracción de útero y ovarios.

6. EVOLUCIÓN: se realizó quimioterapia, radioterapia, braquiterapia.

7. REPLACIÓ CON LOS TRATAMIENTOS: Se encuentra bajo control en Solca.

8. ESTADO ACTUAL:

3 ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA: A los 3 años sufrió de abandono porque sus padres se fueron a trabajar a Estados Unidos dejándola sola con sus hermanos pequeños.

NIÑEZ:

ADOLESCENCIA: Se casó a los 27 años. Operación de la vesícula a los 30 años.

ADULTO JOVEN: A los 40 años fuertes problemas con su esposo. Separación a los 47 años. Cáncer a los 50 años. Divorcio a los 52 años.

ADULTO MAYOR: Seguimiento en Solca cada 6 meses.

4 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Hipertensión	<input type="checkbox"/>	3. Inf. C. Vascular	<input type="checkbox"/>	4. Asma	<input checked="" type="checkbox"/>	5. Cáncer	<input checked="" type="checkbox"/>	6. Enfermedades	<input type="checkbox"/>	7. Epilepsia	<input type="checkbox"/>	8. Demencia	<input type="checkbox"/>	9. Otros	<input type="checkbox"/>
-------------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	---------	-------------------------------------	-----------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-------------	--------------------------	----------	--------------------------

La tía sufre del corazón.
 Hermano y madre padecen de hipertensión.
 Abuela materna y tios sufren de cáncer

5 MICROSISTEMA EMOCIONAL

6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)

EMOCIÓN	Escala Visual Análogica de Intensidad Emocional Negativa										CITAS					
	ninguna emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa	1	2	3
Miedo										X				0		



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALAFÍO
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE B.C.E			FECHA 28-05-2018			N° HISTORIA CLÍNICA 6			
ESTADO CIVIL		LUGAR DE ORIGEN		FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGIÓN		
S	C	DX	VI	UL	Colombia	22-01-1955	63	F.	Católica
DIRECCIÓN Sector 2 Puentes				CIUDAD Quito		TELÉFONO			
PROFESIÓN		OCUPACIÓN		REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO		
		Comerciante							

1 MOTIVO DE CONSULTA
Cáncer de tiroides

2 ENFERMEDAD ACTUAL

1. FECHA APARENTE DE COMIENZO Comenzó hace 2 años cuando comenzó a sentirse muy cansada.

2. FECHA REAL DE COMIENZO Paulatinamente empezó a adelgazar sin motivo.

3. FORMA DE COMIENZO Una punción y biopsia dio como resultado un carcinoma.

4. CAUSA APARENTE Operación con extracción total de la tiroides.

5. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES Yodoterapia en Solca y 3 yodoterapias ambulatorias.

6. EVOLUCIÓN

7. RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS Se encuentra en seguimiento cada 6 meses.

8. ESTADO ACTUAL Se siente muy preocupada por la familia.

3 ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA

NIÑEZ En la niñez estuvo afectada de sarampión y paperas.

ADOLESCENCIA Tifoidea

ADULTO JOVEN Malaria.

ADULTO MAYOR Problemas de corazón, hipertensión y diabetes controladas.

A los 61 años empieza el problema de tiroides.

4 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. ENFERMEDAD	2. CAUSAS	3. FECHA DE COMIENZO	4. EVOLUCIÓN	5. TRATAMIENTO	6. RESULTADO	7. SÍNTOMAS	8. RELACIONES	9. INTERFERENCIAS	10. OTROS
Un hermano.									

5 MICROSISTEMA EMOCIONAL

6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)

EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa										CITAS							
	Ninguna emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa	1	2	3		
Miedo												X					6	0



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE <i>P. A. J. R.</i>				FECHA <i>3-06-2018</i>		N° HISTORIA CLÍNICA <i>7</i>			
ESTADO CIVIL		LUGAR DE ORIGEN		FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGIÓN		
<i>S</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>V</i>	<i>U</i>	<i>Quito</i>	<i>5-11-1968</i>	<i>49</i>	<i>F</i>	<i>Cristiana</i>
DIRECCIÓN				CIUDAD		TELÉFONO			
<i>Sector la Y</i>				<i>Quito</i>					
PROFESIÓN		OCUPACIÓN		REFERENCIA FAMILIAR		TELÉFONO			
<i>Ing. Comercial</i>		<i>Facilitadora</i>		<i>-</i>		<i>-</i>			

1 MOTIVO DE CONSULTA
Bulto en el seno derecho con herida abierta.

2 ENFERMEDAD ACTUAL

1. FECHA APARENTE DE COMIENZO: *Hace 2 años*

2. FECHA REAL DE COMIENZO: *Hace 3 años notó una bolita, se hizo examinar; pero le dijeron que no era maligno.*

3. FORMA DE COMIENZO: *Posibilidad de que haya sido causado por choque intenso de frito.*

4. CAUSA APARENTE: *Posibilidad de que haya sido causado por choque intenso de frito.*

5. SIGNOS ACOMPAÑANTES: *Tiene dolor del brazo derecho e hipersensibilidad.*

6. EVOLUCIÓN: *Se ha realizado solamente tratamientos naturales con suero de vit. C, imanes, factor de transferencia, dióxido de cloro.*

7. RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS: *Se siente bien; pero le molesta la herida abierta.*

8. ESTADO ACTUAL: *Se siente bien; pero le molesta la herida abierta.*

3 ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA: *Nació por cesárea.*

NIÑEZ: *En edad escolar, extracción de amígdalas.*

ADOLESCENCIA: *Tuvo su hijo a la edad de 27 años. Parto normal.*

ADULTO JOVEN: *Divorcio a los 35 años.*

ADULTO MAYOR: *A los 46 años empezó con el problema actual.*

4 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. ALCOHOLISMO	2. TABAQUE	3. DIF. C. VASCULAR	4. ENFERMEDAD	5. DIABETIS	<input checked="" type="checkbox"/> 6. ENFERMEDAD	7. ENFERMEDAD	8. ENFERMEDAD	9. ENFERMEDAD	10. ENFERMEDAD
----------------	------------	---------------------	---------------	-------------	---	---------------	---------------	---------------	----------------

Tias maternas tienen cáncer de mama.

5 MICRO SISTEMA EMOCIONAL

6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)

EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa										CITAS					
	Ninguna emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa	1	2	3
<i>Nerviosismo</i>												<i>X</i>		<i>3</i>	<i>2</i>	<i>0</i>



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALAFÍO
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE M. D. P.				FECHA 5-06-2018			Nº HISTORIA CLÍNICA 8		
ESTADO CIVIL		LUGAR DE ORIGEN		FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION		
S	C	DX	V	UL	Colombia	10-01-1960	58	F	-
DIRECCION Tumbaco				CIUDAD Quito		TELEFONO			
PROFESION		OCUPACION		REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO			
-		comerciante		-		-			

1 MOTIVO DE CONSULTA
Cáncer de Tiroides

2 ENFERMEDAD ACTUAL

1. FECHA APARENTE DE COMIENZO: **Hace 1 año.**

2. FECHA REAL DE COMIENZO: **Se detectó en un control de rutina cuando la doctora que le atendió notó un abultamiento en el cuello.**

3. FORMA DE COMIENZO: **Un mes más tarde se efectuó la extracción total de la glándula.**

4. CAUSA APARENTE: **Tuvo complicación post-operatoria afectando los pulmones y perdiendo totalmente la voz.**

5. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES: **Actualmente se encuentra bajo vigilancia médica y en terapias naturales de acupuntura. Recuperó un poco la voz.**

6. EVOLUCIÓN: **Actualmente se encuentra bajo vigilancia médica y en terapias naturales de acupuntura. Recuperó un poco la voz.**

7. RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS: **Actualmente se encuentra bajo vigilancia médica y en terapias naturales de acupuntura. Recuperó un poco la voz.**

8. ESTADO ACTUAL: **Actualmente se encuentra bajo vigilancia médica y en terapias naturales de acupuntura. Recuperó un poco la voz.**

3 ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA

NIÑEZ

ADOLESCENCIA: **Sufrió de quemaduras en todo su cuerpo a causa de un incendio en su casa.**

ADULTO JOVEN: **Tuvo 2 hijos.**

ADULTO MAYOR: **Problemas de pareja y con la familia.**

4 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. COMPRENSIÓN	2. ASERTIVIDAD	3. BÚSCA DE AYUDA	4. INTERVENCIÓN	5. COMIENZO	6. PROGRESOS	7. TERMINACIÓN	8. EVALUACIÓN	9. SÍNTOMAS	10. OTRO

5 MICROSISTEMA EMOCIONAL

6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)

EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa										CITAS					
	Ninguna emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa	1	2	3
Incertidumbre														6	4	1



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE M. N. B. C.				FECHA 6-06-2018			Nº HISTORIA CLÍNICA 9		
ESTADO CIVIL		LUGAR DE ORIGEN		FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGIÓN		
S	C	DX	V	UL	Prov. Bolívar	12-06-	55	F	Testigo de Jehová
DIRECCIÓN Ciudad Alegria - Calderón				CIUDAD Quito		TELÉFONO			
PROFESIÓN Maestra			OCUPACIÓN Maestra		REFERENCIA FAMILIAR		TELÉFONO		

1 MOTIVO DE CONSULTA
Cáncer de pulmón.

2 ENFERMEDAD ACTUAL

1. FECHA APARENTE DE COMIENZO: **Se detectó hace 3 años**

2. FECHA REAL DE COMIENZO: **Hace 8 años se detectó cáncer de mama de lado derecho.**

3. FORMA DE COMIENZO: **Extracción, luego de lo cual tuvo tratamiento de quimio y radioterapia que condujo con fuerte depresión.**

4. CAUSA APARENTE: **Hace 3 años comenzó el problema de pulmón izquierdo.**

5. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES: **Se operó y le realizaron quimioterapia.**

6. EVOLUCIÓN: **Se realiza los controles en Soledad cada 4 meses.**

7. RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS: **Actualmente se siente con mucho estrés. Problemas con ex-esposo.**

8. ESTADO ACTUAL:

3 ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA

NIÑEZ **En edad escolar sufrió de alergias frecuentes. Le brotaban ronchas por todo el cuerpo que se lograron controlar con fitoterapia.**

ADOLESCENCIA **A los 16 años le brotó "rascabonito" en el seno derecho, que luego se curó con tratamiento médico.**

ADULTO JOVEN **A los 47 años comenzó con problema de seno derecho.**

ADULTO MAYOR **A los 52 años cáncer de pulmón izquierdo.**

4 ANTECEDENTES FAMILIARES

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión - Padre													
Diabetes - Padre													
Cáncer de páncreas - hermanas													

5 MICROSISTEMA EMOCIONAL

6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)

EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa										CITAS			
	Ninguna emoción negativa										Emoción negativa intensa			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3
Nerviosismo									X			5	4	3



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE <i>J. M. L. C.</i>			FECHA <i>6-06-2018</i>			Nº HISTORIA CLÍNICA <i>10</i>		
ESTADO CIVIL		LUGAR DE ORIGEN		FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION	
		<i>Guayaquil</i>		<i>19-10-1937</i>	<i>80</i>	<i>M</i>		
DIRECCION <i>Combayá</i>			CIUDAD <i>QUITO</i>			TELEFONO		
PROFESION <i>Ingeniero Ind.</i>			OCUPACION <i>Jubilado</i>			REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO

1 MOTIVO DE CONSULTA <i>Cáncer de estómago</i>	
2 ENFERMEDAD ACTUAL	
1. FECHA APARENTE DE COMIENZO	<p><i>Comenzó hace 2 años con malestar digestivo, falta de apetito y poca energía; pero no prestó atención hasta cuando en un viaje perdió fuerzas y no pudo caminar.</i></p> <p><i>Se realizó endoscopia y la biopsia dio como resultado tumor maligno al estómago con metastasis al hígado.</i></p> <p><i>Se encuentra en tratamiento de quimioterapia.</i></p> <p><i>Paralelamente se ayuda con sueros de megadosis de Vitamina C.</i></p>
2. FECHA REAL DE COMIENZO	
3. FORMA DE COMIENZO	
4. CAUSA APARENTE	
5. SIGNOS ACOMPAÑANTES	
6. EVOLUCIÓN	
7. RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS	
8. ESTADO ACTUAL	

3 ANTECEDENTES PERSONALES	
INFANCIA	<p><i>Buena salud general hasta la edad laboral. Mucho estrés que acompañó con exceso de alcohol y tabaco.</i></p> <p><i>Infarto al miocardio a los 42 años. Operación.</i></p> <p><i>Operación de la próstata a los 75 años.</i></p> <p><i>Cáncer a los 78 años.</i></p>
NIÑEZ	
ADOLESCENCIA	
ADULTO JOVEN	
ADULTO MAYOR	

4 ANTECEDENTES FAMILIARES									
1. CONGENITA	2. CÁRTER	3. DEF. C. VASCULAR	4. ENFERMEDAD	5. CÁNCER	6. ENFERMEDAD	7. ENFERMEDAD	8. ENFERMEDAD	9. ENFERMEDAD	10. OTRO
<i>Cáncer Mama y hermano.</i>									

5 MICROSISTEMA EMOCIONAL 	6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">EMOCIÓN</th> <th colspan="10">Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa</th> <th colspan="3">CITAS</th> </tr> <tr> <th>ninguna emoción negativa</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> <th colspan="3">Emoción negativa intensa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Miedo</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><i>x</i></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><i>5</i></td> <td style="text-align: center;"><i>4</i></td> <td style="text-align: center;"><i>1</i></td> </tr> </tbody> </table>	EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa										CITAS			ninguna emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa			<i>Miedo</i>											<i>x</i>		<i>5</i>	<i>4</i>	<i>1</i>
EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa										CITAS																																			
	ninguna emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa																																	
<i>Miedo</i>											<i>x</i>		<i>5</i>	<i>4</i>	<i>1</i>																															



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE <i>J. M. G. V.</i>				FECHA <i>6-06-2018</i>			Nº HISTORIA CLINICA <i>11</i>
ESTADO CIVIL		LUGAR DE ORIGEN		FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIRECCION <i>Sector Pto XII</i>				CIUDAD <i>Quito</i>		TELEFONO	
PROFESIÓN <i>Arquitecto</i>		OCUPACIÓN <i>Arquitecto</i>		REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	

1 MOTIVO DE CONSULTA
Cáncer de riñón

2 ENFERMEDAD ACTUAL

1. FECHA APARENTE DE COMIENZO: *Comenzó hace 3 años con un cólico muy intenso al riñón izquierdo, se hizo exámenes y se pensó que había un cálculo.*

2. FECHA REAL DE COMIENZO: *Tres años más tarde tuvo un cólico similar, pero varias veces seguidas, se hospitalizó y le encontraron un tumor maligno, le extirparon el riñón izquierdo hace 2 meses*

3. FORMA DE COMIENZO: *Actualmente se encuentra bajo tratamiento de quimioterapia*

4. CAUSA APARENTE: *Se siente preocupado por su enfermedad*

5. SINTOMAS ACOMPAÑANTES

6. EVOLUCIÓN

7. RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS

8. ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA: *A los 5 años tuvo paperas.*

NIÑEZ:

ADOLESCENCIA: *De 45 a 50 años sufrió de hipoglucemia*

ADULTO JOVEN: *A los 50 años artroscopia de rodilla izquierda, lumbalgia, 2 hernias en la columna lumbar.*

ADULTO MAYOR:

4 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. ENFERMEDAD	2. ENFERMEDAD	3. DEF. C. VASCULAR	4. ENFERMEDAD	5. ENFERMEDAD	6. ENFERMEDAD	7. DEF. AUDITIVA	8. DEF. VISIVA	9. ENFERMEDAD	10. ENFERMEDAD
---------------	---------------	---------------------	---------------	---------------	---------------	------------------	----------------	---------------	----------------

5 MICROSISTEMA EMOCIONAL

6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)

EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa										CITAS					
	Marginal emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa	1	2	3
<i>Miedo</i>								X						5	3	2



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE <i>A. L. R. B.</i>				FECHA <i>6-06-2018</i>			Nº HISTORIA CLÍNICA <i>12</i>
ESTADO CIVIL		LUGAR DE ORIGEN	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION	
S <input checked="" type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	<i>Quito</i>	<i>19-04-1986</i>	<i>32</i>	<i>F</i>	-	
DIRECCION <i>Santa Anita No. 2</i>			CIUDAD <i>Quito</i>	TELEFONO			
PROFESION <i>Abogada</i>		OCUPACION <i>Abogada</i>	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO		

1 MOTIVO DE CONSULTA
Problema renal

2 ENFERMEDAD ACTUAL

1. FECHA APARENTE DE COMIENZO: *Hace 1 mes le detectaron cáncer de riñón derecho*

2. FECHA REAL DE COMIENZO: *Hace 6 años no podía orinar y también tenía dolor de espalda,*

3. FORMA DE COMIENZO: *escalofríos y vómito. Fue al hospital y le controlaron con*

4. CAUSA APARENTE: *fosfomicina. Tuvieron controles anuales; pero hace 1 mes sintió*

5. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES: *cólicos muy fuertes y volvió al hospital. Los exámenes dieron*

6. EVOLUCIÓN: *como resultado la presencia de cáncer al riñón derecho.*

7. RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS: *Actualmente está esperando empezar tratamiento de quimio-*

8. ESTADO ACTUAL: *terapia. Se siente angustiada.*

3 ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA:

NIÑEZ:

ADOLESCENCIA: *A los 12 años se detectó anemia que perdura hasta ahora. Problemas digestivos, hinchazón, gases hasta ahora.*

ADULTO JOVEN: *A los 14 años le detectaron quistes de ovario.*

ADULTO MAYOR: *A los 21 años parto por cesárea de su único hijo. A los 24 años operación de la apéndice.*

4 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. DIABETES	2. COLESTEROL	3. HIPERTENSIÓN	4. ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	5. ASMA	6. ENFERMEDAD RENAL	7. ENFERMEDAD HEPÁTICA	8. ENFERMEDAD NEUROLÓGICA	9. ENFERMEDAD PSÍQUICA	10. OTROS
-------------	---------------	-----------------	---------------------------	---------	---------------------	------------------------	---------------------------	------------------------	-----------

5 MICROSISTEMA EMOCIONAL

6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)

EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa										CITAS					
	Pregunta emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa	1	2	3
<i>Miedo</i>														<i>4</i>	<i>3</i>	<i>1</i>



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE A. D. A. V.			FECHA 19-06-2018			Nº HISTORIA CLÍNICA 13
ESTADO CIVIL	LUGAR DE ORIGEN	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION	
S C D X V U L	Quito	23-03-1941	77	M	Católico	
DIRECCION Av. Brasil N39-67			CIUDAD Quito			TELEFONO
PROFESION Administrador de E			OCUPACION Jubilado			REFERENCIA FAMILIAR
						TELEFONO

1 MOTIVO DE CONSULTA
Cáncer al hígado

2 ENFERMEDAD ACTUAL

1. FECHA APARENTE DE COMIENZO: **Comenzó hace 10 años cuando en un chequeo de rutina se descubrió una masa a la altura del duodeno.**

2. FECHA REAL DE COMIENZO: **Se decidió por tratamientos naturales.**

3. FORMA DE COMIENZO: **Comenzó con Biomagnetismo.**

4. CAUSA APARENTE: **Hace 6 meses luego de una crisis de cálculo a la vesícula y exámenes pertinentes se descubrió el problema actual.**

5. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES: **Siente mareo, falta de equilibrio, pérdida de la memoria.**

6. EVOLUCIÓN:

7. RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS: **Siente mareo, falta de equilibrio, pérdida de la memoria.**

8. ESTADO ACTUAL:

3 ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA

NIÑEZ

ADOLESCENCIA: **19-20 años: operación de amígdalas.**

ADULTO JOVEN: **Entre 50-60 años operación de hemorroides.**

ADULTO MAYOR: **Hace 31 años: Divorcio.**
A los 67 años: cáncer.

4 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. DIABETES	2. ENFERMEDAD	3. DE C. VISUAL	4. ENFERMEDAD	5. ENFERMEDAD	6. ENFERMEDAD	7. ENFERMEDAD	8. ENFERMEDAD	9. ENFERMEDAD	10. ENFERMEDAD
-------------	---------------	-----------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	----------------

5 MICROSISTEMA EMOCIONAL

6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)

EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa										CITAS					
	ninguna emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa	1	2	3
Ansiedad												X		5	4	2



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE <i>E. B. D. P.</i>			FECHA <i>19-06-2018</i>			N° HISTORIA CLÍNICA <i>15</i>		
ESTADO CIVIL		LUGAR DE ORIGEN		FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION	
S	<input checked="" type="checkbox"/> CX	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> UL	<i>La Maná</i>	<i>27-11-196</i>	<i>57</i>	<i>F</i>
DIRECCION <i>FUDIS</i>				CIUDAD <i>Quito</i>		TELEFONO		
PROFESION		OCUPACION		REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO		

1 MOTIVO DE CONSULTA
Cáncer de colon

2 ENFERMEDAD ACTUAL

1. FECHA APARENTE DE COMIENZO: *Hace 18 meses*

2. FECHA REAL DE COMIENZO: *Sufria de estreñimiento crónico. Iba al baño cada 4 o 5 días.*

3. FORMA DE COMIENZO: *Se realizo una operación de colostomía.*

4. CAUSA APARENTE: *Se ha realizado 12 quimioterapias.*

5. SINTOMAS ACOMPAÑANTES: *Actualmente se encuentra en la radioterapia 16 de 28 programadas.*

6. EVOLUCIÓN: *Se siente bien en general y con optimismo para seguir adelante.*

7. RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS: *Se siente bien en general y con optimismo para seguir adelante.*

8. ESTADO ACTUAL: *Se siente bien en general y con optimismo para seguir adelante.*

3 ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA: *-*

NIÑEZ: *-*

ADOLESCENCIA: *Tifoidea a los 15 años.*

ADULTO JOVEN: *45 años: Hemorragias abundantes; extirpación de útero.*

ADULTO MAYOR: *55 años: Cáncer de colon.*

4 ANTECEDENTES FAMILIARES

<input type="checkbox"/> 1. cáncer	<input type="checkbox"/> 2. diabetes	<input type="checkbox"/> 3. hipertensión	<input type="checkbox"/> 4. enfermedades del corazón	<input checked="" type="checkbox"/> 5. enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/> 6. enfermedades de los riñones	<input type="checkbox"/> 7. enfermedades de los pulmones	<input type="checkbox"/> 8. enfermedades de los nervios	<input type="checkbox"/> 9. enfermedades de los huesos	<input type="checkbox"/> 10. otras
------------------------------------	--------------------------------------	--	--	--	---	--	---	--	------------------------------------

Mamá falleció de cáncer de hígado.

5 MICROSISTEMA EMOCIONAL

6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)

EMOCION	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa										CITAS						
	ninguna emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa	1	2	3	
<i>Miedo</i>																	<i>4 2 0</i>



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE <i>L. A. G. R.</i>		FECHA <i>19-06-2018</i>		Nº HISTORIA CLÍNICA <i>16</i>
ESTADO CIVIL	LUGAR DE ORIGEN	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO
<i>S</i>	<i>El Empalme</i>	<i>25-02-1972</i>	<i>46</i>	<i>F</i>
DIRECCIÓN <i>FUDIS</i>		CIUDAD <i>Quito</i>	TELÉFONO	
PROFESIÓN	OCUPACIÓN	REFERENCIA FAMILIAR	TELÉFONO	

1 MOTIVO DE CONSULTA
Cáncer de útero.

2 ENFERMEDAD ACTUAL

1. FECHA APARENTE DE COMIENZO: *Diagnóstico hace 1 año.*

2. FECHA REAL DE COMIENZO: *Comenzó con hemorragia abundante.*

3. FORMA DE COMIENZO: *Comenzó con hemorragia abundante.*

4. CAUSA APARENTE: *-*

5. SINTOMAS ACOMPAÑANTES: *Se ha realizado 6 quimioterapias y se encuentra en la primera de 28 radioterapias programadas.*

6. EVOLUCIÓN: *-*

7. RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS: *-*

8. ESTADO ACTUAL: *Se siente muy debilitada.*

3 ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA: *-*

NIÑEZ: *-*

ADOLESCENCIA: *-*

ADULTO JOVEN: *A los 45 años le detectaron el cáncer al útero.*

ADULTO MAYOR: *-*

4 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. ENFERMEDAD	2. ENFERMEDAD	3. ENFERMEDAD	4. ENFERMEDAD	5. ENFERMEDAD	6. ENFERMEDAD	7. ENFERMEDAD	8. ENFERMEDAD	9. ENFERMEDAD	10. ENFERMEDAD

5 MICROSISTEMA EMOCIONAL

6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)

EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa										CITAS								
	Méjora emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa	1	2	3			
<i>Incertidumbre</i>																	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>0</i>



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALANTE
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE <i>M.T.L.C.</i>		FECHA <i>19-06-2018</i>			Nº HISTORIA CLÍNICA <i>17</i>
ESTADO CIVIL	LUGAR DE ORIGEN	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGIÓN
S C X D V U L	<i>Pelileo</i>	<i>8-01-1965</i>	<i>53</i>	<i>F</i>	-
DIRECCIÓN <i>F.U.D.I.S.</i>		CIUDAD <i>CRUITO</i>	TELÉFONO		
PROFESIÓN	OCUPACIÓN	REFERENCIA FAMILIAR	TELÉFONO		
-	-	-	-		

1 MOTIVO DE CONSULTA
Cáncer de útero.

2 ENFERMEDAD ACTUAL

1. FECHA APARENTE DE COMIENZO *Hace 1 año.*

2. FECHA REAL DE COMIENZO *Hace 3 años tenía mucho dolor en el bajo vientre y sangraba constantemente. Logró contrarrestar con tratamientos naturales.*

3. FORMA DE COMIENZO

4. CAUSA APARENTE

5. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES *Hace 1 año por medio de una ecografía se detectó el cáncer.*

6. EVOLUCIÓN *Se realizó 4 quimioterapias.*

7. RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS *Se encuentra en la radioterapia No. 14 de 28 programadas.*

8. ESTADO ACTUAL *se siente bien.*

3 ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA

NIÑEZ

ADOLESCENCIA *A los 19 años tuvo su hijo.*

ADULTO JOVEN *A los 50 años sintió los primeros síntomas de la enfermedad. Manifiesta relación conflictiva con pareja.*

ADULTO MAYOR

4 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. HIPERTENSIÓN	2. DIABETES	3. B.F.C. VASOCLAV.	4. ENFERMEDAD	5. CÁNCER	6. ENFERMEDAD	7. ENFERMEDAD	8. ENFERMEDAD	9. ENFERMEDAD	10. ENFERMEDAD	11. ENFERMEDAD

5 MICROSISTEMA EMOCIONAL

6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)

EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa										CITAS					
	Menor emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa	1	2	3
<i>Nerviosismo.</i>							X							<i>4</i>	<i>3</i>	<i>1</i>



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE J. G. P. T.			FECHA 26-06-2018			Nº HISTORIA CLÍNICA 18		
ESTADO CIVIL		LUGAR DE ORIGEN		FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGIÓN	
		Santa Elena		21-12-1978	39	M	Cristiano	
DIRECCIÓN FUDIS			CIUDAD Quito			TELÉFONO		
PROFESIÓN Albaril		OCUPACIÓN Albaril		REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO	
				-			-	

1. MOTIVO DE CONSULTA
 Tumor al cerebro.

2. ENFERMEDAD ACTUAL

1. FECHA APARENTE DE COMIENZO: Se detectó en marzo del 2018

2. FECHA REAL DE COMIENZO: Nunca sintió malestar.

3. FORMA DE COMIENZO: Comenzó con convulsión el 4 de marzo a las 5:45 pm.

4. CAUSA APARENTE: Siente punzadas y dolor en el pecho.

5. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES: Se cansa al caminar.

6. EVOLUCIÓN:

7. RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS: Cree muy firmemente en el espíritu sanador.

8. ESTADO ACTUAL:

3. ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA:

NIÑEZ: A la edad aproximada de 9-10 años tuvo una caída golpeándose la cabeza. Quedó ciego y mudo por unas horas.

ADOLESCENCIA:

ADULTO JOVEN: A los 38 años se cayó de una escalera. Cayó sentado; quedó ciego y mudo por unos instantes y continuó trabajando.

ADULTO MAYOR: A los 39 años, en mayo 2018 se realizó operación abierta al cerebro. Debe realizarse tratamiento de radioterapia.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. PADRE	2. MADRE	3. DIF. C. MARITAL	4. HERMANOS	5. TANTOS	6. HERMANOS	7. HERMANOS	8. HERMANOS	9. HERMANOS	10. OTRO

5. MICROSISTEMA EMOCIONAL

6. REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)

EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa											CITAS						
	Ninguna emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa		1	2	3	
Miedo																		0



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE <i>R. T. D. P.</i>			FECHA <i>26-06-2018</i>			N° HISTORIA CLINICA <i>19</i>			
ESTADO CIVIL		LUGAR DE ORIGEN		FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION		
S	CX	D	V	UL	<i>Salinas</i>	<i>2-09-1957</i>	<i>60</i>	<i>F</i>	<i>Católica</i>
DIRECCIÓN <i>F.U.D.I.S</i>				CIUDAD <i>Quito</i>		TELÉFONO			
PROFESIÓN		OCUPACIÓN		REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO		

1 MOTIVO DE CONSULTA
Cáncer de Mama III

2 ENFERMEDAD ACTUAL

1. FECHA APARENTE DE COMIENZO: *Diagnóstico hace 18 meses*

2. FECHA REAL DE COMIENZO: *Hace 4 años se topó una bolita en el seno izquierdo que creció paulatinamente. La toma de muestras hizo que se inflamara más y sangró mucho. Le tomaron 3 muestras, le dio crisis nerviosa y decidió no volver al hospital.*

3. FORMA DE COMIENZO: *Hace 18 meses regresó porque su problema en el seno se agravó. Se realizó 20 quimioterapias en Guayaquil. El tumor persiste.*

4. CAUSA APARENTE: *Actualmente se encuentra en Quito realizando la 2da. radioterapia de 30 programadas.*

5. SINTOMAS ACOMPAÑANTES

6. EVOLUCIÓN

7. RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS

8. ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA: *Alergias a picaduras de insectos.*

ADOLESCENCIA:

ADULTO JOVEN: *A los 35 años tuvo una operación por hernia.*

ADULTO MAYOR: *A los 56 años empezaron los problemas del seno.*

4 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/>	2. GRIPE	<input type="checkbox"/>	3. DEF. C. VASCULAR	<input type="checkbox"/>	4. ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/>	5. TUBERC	<input checked="" type="checkbox"/>	6. ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/>	7. ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/>	8. ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/>	9. ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/>	10. ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/>
-------------	-------------------------------------	----------	--------------------------	---------------------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------	----------------	--------------------------

Mamá falleció con cirrosis
Papa tuvo marcapasos.

5 MICROSISTEMA EMOCIONAL

6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)

EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa										CITAS					
	Ninguna emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa	1	2	3
<i>Nerviosismo</i>												<i>X</i>		<i>3</i>	<i>0</i>	



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE <i>L. B. M</i>			FECHA <i>27-06-2018</i>			N° HISTORIA CLÍNICA <i>22</i>		
ESTADO CIVIL		LUGAR DE ORIGEN		FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGIÓN	
<input checked="" type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> V	<i>Peñero</i>	<i>2-09-1950</i>	<i>67</i>	<i>F</i>	<i>Cristiana</i>
DIRECCIÓN				CIUDAD		TELÉFONO		
<i>FUDIS</i>				<i>QUITO</i>				
PROFESIÓN		OCUPACIÓN		REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO	
-		<i>Ama de casa</i>						

1 MOTIVO DE CONSULTA
Cáncer de útero

2 ENFERMEDAD ACTUAL

1. FECHA APARENTE DE COMIENZO: *Hace 4 años.*

2. FECHA REAL DE COMIENZO: *Hace 7 años comenzó con sangrados, los doctores le decían que era por causa del riñón.*

3. FORMA DE COMIENZO: *Hace 4 años se agravó el sangrado. luego de análisis y exámenes comenzó con tratamiento para cáncer.*

4. CAUSA APARENTE: *Se realizó 12 quimioterapias y 40 radioterapias.*

5. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES: *Hace 3 meses comenzó de nuevo. Cada 21 días tiene 8 días de quimioterapia internada en Sdeca.*

6. EVOLUCIÓN: *Esta esperando el resultado de un Tac.*

7. RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS

8. ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA

NIÑEZ

ADOLESCENCIA

ADULTO JOVEN

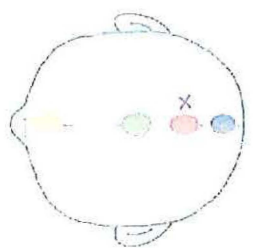
ADULTO MAYOR

A los 60 años empezó con la enfermedad actual.

4 ANTECEDENTES FAMILIARES

<input type="checkbox"/> 1. cáncer	<input type="checkbox"/> 2. diabetes	<input type="checkbox"/> 3. HTA o VASOCL.	<input type="checkbox"/> 4. hipertensión	<input type="checkbox"/> 5. alcohol	<input checked="" type="checkbox"/> 6. tabaco	<input type="checkbox"/> 7. hiperlipid.	<input type="checkbox"/> 8. osteoporosis	<input type="checkbox"/> 9. epilepsia	<input type="checkbox"/> 10. otros
------------------------------------	--------------------------------------	---	--	-------------------------------------	---	---	--	---------------------------------------	------------------------------------

Hermana tiene cáncer de útero.

<p>5 MICROSISTEMA EMOCIONAL</p> 	<p>6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">EMOCIÓN</th> <th colspan="11">Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa</th> <th colspan="3">CITAS</th> </tr> <tr> <th>Ninguna emoción negativa</th> <th>0</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th> <th colspan="3">Emoción negativa intensa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Miedo</i></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td><i>X</i></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td><i>0</i></td> </tr> </tbody> </table>	EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa											CITAS			Ninguna emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa			<i>Miedo</i>								<i>X</i>									<i>0</i>
EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa											CITAS																																					
	Ninguna emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa																																				
<i>Miedo</i>								<i>X</i>									<i>0</i>																																



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE N. A. H. B.			FECHA 27-06-2018			N° HISTORIA CLÍNICA 23			
ESTADO CIVIL		LUGAR DE ORIGEN		FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGIÓN		
S	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> U	Riobamba	10-08-1951	66	F.	Católica
DIRECCIÓN FUDIS			CIUDAD Quito			TELÉFONO			
PROFESIÓN		OCUPACIÓN		REFERENCIA FAMILIAR			TELÉFONO		
-		Tubitada		-			-		

1 MOTIVO DE CONSULTA
Cáncer de seno izquierdo.

2 ENFERMEDAD ACTUAL

1. FECHA APARENTE DE COMIENZO: **Hace 8 meses se detectó el problema con endurecimiento del seno.**

2. FECHA REAL DE COMIENZO: **Hace 9 años se operó 2 veces de la tiroides y se hizo el tratamiento recomendado: Yodoterapia y radioterapia.**

3. FORMA DE COMIENZO: **Actualmente se encuentra en la 4ta de 6 quimioterapias programadas**

4. CAUSA APARENTE: **Se siente muy bien. El seno está menos inflamado y duro.**

5. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES:

6. EVOLUCIÓN:

7. RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS:

8. ESTADO ACTUAL:

3 ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA:

NIÑEZ:

ADOLESCENCIA: **A los 22 años se operó de una bolita de grasa en el seno derecho.**

ADULTO JOVEN: **A los 55 años: Cáncer de tiroides que se encuentra bajo control.**

ADULTO MAYOR: **A los 66 años: Cáncer de seno.**

4 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. ALCOHOLISMO	2. TABAQUE	3. HIPERTENSIÓN	4. DIABETES	5. ENFERMEDADES	6. CÁNCER	7. ENFERMEDADES	8. ENFERMEDADES	9. ENFERMEDADES	10. ENFERMEDADES	11. OTROS

5 MICROSISTEMA EMOCIONAL

6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)

EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa										CITAS						
	Ninguna emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa	1	2	3	
Miedo																	4 0



NOMBRE M. A. A. B.		FECHA 3-07-2018			Nº HISTORIA CLÍNICA 24
ESTADO CIVIL	LUGAR DE ORIGEN	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGIÓN
S G D V U L	Tena	6-10-1958	59	M	Cristiano E.
DIRECCIÓN FUDIS		CIUDAD	TELÉFONO		
PROFESIÓN		OCUPACIÓN	REFERENCIA FAMILIAR	TELÉFONO	
Sup. Educación		Supervisor			

1 MOTIVO DE CONSULTA
 Linfoma no Hodgkin

2 ENFERMEDAD ACTUAL

1. FECHA APARENTE DE COMIENZO - Hace 6 años

2. FECHA REAL DE COMIENZO - Hace 8 años comenzó con sensación de mucho calor y hambre excesiva al mismo tiempo que adelgazaba.

3. FORMA DE COMIENZO

4. CAUSA APARENTE - Wego de tomar chicha de chonta fermentada, tuvo problemas digestivos, mucho malestar y luego de los exámenes se descubrió el cáncer.

5. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES

6. EVOLUCIÓN - Hace 6 años empezó con quimioterapia, 8 en el lapso de 1 1/2 años.

7. RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS - No realizó todos los exámenes de control posteriores.

8. ESTADO ACTUAL - Hace 2 meses empezó de nuevo con las quimios. Se siente debilitado.

3 ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA

NIÑEZ - Sarampión, problemas respiratorios, gripes.

ADOLESCENCIA - Molestias digestivas, mala digestión.

ADULTO JOVEN - Gripes, molestias digestivas, presión alta, problemas de corazón.

ADULTO MAYOR - A los 50 años empieza el problema actual.

4 ANTECEDENTES FAMILIARES

diabetes	hipertensión	asma	enfermedades renales	enfermedades cardíacas	enfermedades hepáticas	enfermedades pulmonares	enfermedades neurológicas	enfermedades autoinmunes	enfermedades infecciosas	enfermedades hereditarias	enfermedades oncológicas
		X		X							

Papa: leucemia, diabetes
 Mama: Cáncer de páncreas, diabetes, hipertensión.

5 MICROSISTEMA EMOCIONAL

6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)

EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa										CITAS			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa		
Ansiedad					X							1	2	3
												2	1	0



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE W.C.T.Y				FECHA 3-07-2018			Nº HISTORIA CLÍNICA 26
ESTADO CIVIL S C D X V U L		LUGAR DE ORIGEN Pelileo	FECHA NACIMIENTO 16-03-1985	EDAD 33	SEXO F	RELIGIÓN católica	
DIRECCIÓN F V D I S			CIUDAD Quito	TELÉFONO			
PROFESIÓN		Ocupación R. D.	REFERENCIA FAMILIAR		TELÉFONO		

1 MOTIVO DE CONSULTA
Carcinoma papilar de tiroides

2 ENFERMEDAD ACTUAL

1. FECHA APARENTE DE COMIENZO: **Hace 8 años**

2. FECHA REAL DE COMIENZO: **Hace 8 años y 6 meses sintió molestias al comer, se atoraba.**

3. FORMA DE COMIENZO: **El esposo la golpeaba y luego de un golpe fuerte en el cuello se detectó un tumor en ese lugar.**

4. CAUSA APARENTE: **Se detectó un tumor en ese lugar.**

5. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES: **Empezó con tratamiento de yodoterapia por 2 ocasiones.**

6. EVOLUCIÓN: **Hace 1 año se le realizó una 3a. Yodoterapia. Todo pasó bien.**

7. RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS: **Este año acaba de tener el control anual y se encuentra muy bien.**

8. ESTADO ACTUAL: **bien.**

3 ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA

NIÑEZ

ADOLESCENCIA

ADULTO JOVEN

ADULTO MAYOR

A los 21 años se casó. El esposo la maltrataba.

A los 22 años tuvo su único hijo.

A los 25 años empezó con el problema actual.

4 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. HIPERTENSIÓN	2. DIABETES	3. DEF. C. VISUAL	4. ENFERMEDAD DE	5. CÁNCER	6. ENFERMEDAD	7. EPILEPSIA	8. ENFERMEDAD	9. ENFERMEDAD	10. OTRO
-----------------	-------------	-------------------	------------------	-----------	---------------	--------------	---------------	---------------	----------

5 MICROSISTEMA EMOCIONAL

6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)

EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa										CITAS					
	Ninguna emoción negativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa	1	2	3
Miedo										X				2	0	



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE				FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA	
J. B. L. B.				11-07-2018			27	
ESTADO CIVIL		LUGAR DE ORIGEN		FECHA NACIMIENTO		EDAD	SEXO	RELIGION
S C D V U L		Ambato		20-12-1953		64	F	Católica
DIRECCION				CIUDAD			TELEFONO	
FUDIS				Quito				
PROFESION		OCUPACION		REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO	
		Q. D.						

1 MOTIVO DE CONSULTA

Cáncer de útero, colon y mama.

2 ENFERMEDAD ACTUAL

1. FECHA APARENTE DE COMIENZO - ca. Útero hace 14 años

2. FECHA REAL DE COMIENZO - ca. Colon hace 5 años

3. FORMA DE COMIENZO - ca. Mama hace 1 año.

4. CAUSA APARENTE - ca. útero comenzó con fuertes hemorragias y coágulos grandes, lo retiraron el útero y le realizaron radioterapia y braquiterapia.

5. SINTOMAS ACOMPAÑANTES - ca de colon empezó con estreñimiento desde que tenía 20 años, defecaba con sangre. le operaron y no tuvo ningún tratamiento.

6. EVOLUCION

7. RELACION CON LOS TRATAMIENTOS - ca. de Mama se ha realizado 16 quimios y se encuentra en la 3ta. radioterapia de 25 programadas. Se siente agotada.

8. ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA

NIÑEZ

ADOLESCENCIA

ADULTO JOVEN - Desde el 1er embarazo a los 20 años, al dar a luz siguió sangrando y teniendo sesiones por varios meses.

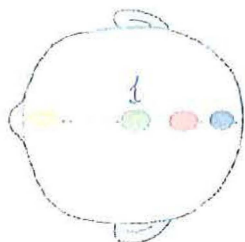
ADULTO MAYOR - A los 45 años se hospitalizó por hemorragia; pero no detectaron nada.

- A los 50 años se le diagnosticó cáncer.

4 ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMEDAD	DIABETES	✓	HTA	✓	ASMA	✓	ENFERMEDAD	ENFERMEDAD	ENFERMEDAD	ENFERMEDAD	ENFERMEDAD
Madre tuvo cáncer de colon y diabetes											
Abuela materna tuvo diabetes											

5 MICROSISTEMA EMOCIONAL



6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)

EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa										CITAS					
	Ninguna emoción relativa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Emoción negativa intensa	1	2	3
Incertidumbre								X						4	3	1



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

NOMBRE <i>D. A. O. D.</i>				FECHA <i>24-07-2018</i>			Nº HISTORIA CLÍNICA <i>30</i>
ESTADO CIVIL <i>S</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>C</i> <input type="checkbox"/> <i>D</i> <input type="checkbox"/> <i>V</i> <input type="checkbox"/> <i>U</i> <input type="checkbox"/> <i>L</i> <input type="checkbox"/>		LUGAR DE ORIGEN <i>Ventanas</i>		FECHA NACIMIENTO <i>23-02-1994</i>	EDAD <i>24</i>	SEXO <i>M</i>	RELIGION <i>católico</i>
DIRECCION <i>FODIS</i>				CIUDAD <i>QUITO</i>		TELÉFONO	
PROFESION		OCUPACION		REFERENCIA FAMILIAR		TELÉFONO	

1 MOTIVO DE CONSULTA
Tumor en la cuerda vocal izquierda

2 ENFERMEDAD ACTUAL

1. FECHA APARENTE DE COMIENZO *- Hace 18 meses.*

2. FECHA REAL DE COMIENZO *- Hace 3 años comenzó con picazón en la garganta, acompañada de flema blanquecina y pérdida de la voz.*

3. FORMA DE COMIENZO

4. CAUSA APARENTE *- Acudió al otorrino, la endoscopia dio el diagnóstico final.*

5. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES *- Operación en Octubre 2017. Recuperó la voz.*

6. EVOLUCIÓN *- En este momento está en la 5ta de 8 radioterapias, lo que le causa un pequeño dolor.*

7. RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS *- Se siente culpable por no haberse cuidado lo suficiente.*

8. ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES

INFANCIA
- A los 5 años empezó con alergias y asma que le duró hasta la edad de 12 años.

ADOLESCENCIA
A los 20 años, en un parqueadero localizado en un subsuelo sin utilizar protección.

ADULTO JOVEN
Trabajo también de albañil sin usar protección.

ADULTO MAYOR
- A los 21 años empieza con el problema actual.

4 ANTECEDENTES FAMILIARES

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

*Abuelo materno murió con cáncer al estómago
Padre tiene problemas de corazón y diabetes.*

5 MICROSISTEMA EMOCIONAL

6 REVISIÓN DE EMOCIÓN (Evolución según las citas)

EMOCIÓN	Escala Visual Analógica de Intensidad Emocional Negativa										CITAS			
	ninguna emoción negativa										Emoción negativa intensa			
<i>Temor</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3
												<i>4</i>	<i>2</i>	<i>0</i>