



# Dr. Henry Barrios-Cisneros

Especialista en Medicina Interna

Investigador en Salud Holística

Naturista Quiropráctico

Psicoterapeuta Holístico

**Estrés, ansiedad y depresión**



HISTORIA N° \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICACIÓN DEL SER HUMANO

## Parte A.

_____	_____
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	NOMBRE PREFERIDO
_____	_____
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN COMPLETA	TELÉFONO Y E. MAIL.
_____	_____

_____	_____	_____	_____
PROCEDENCIA	SEXO	EDAD	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO
_____	M 1 F 2	_____	_____

_____	_____	_____	_____	_____
EDO. CIVIL	CEDULA I.	GRUPO SANGUINEO	RELIGIÓN	HOBBIE

### DATOS ACADÉMICOS Y PROFESIONALES

PROFESIÓN QUE TERMINO O ESTUDIA (SEMESTRE)	INSTITUCIÓN DONDE ESTUDIO O ESTUDIA	ARTE U OFICIO:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

_____	_____
INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA Y CARGO QUE DESEMPEÑA, ESPECIFIQUE LOS AÑOS DE SERVICIO (INCLUYE AMA DE CASA)	DIRECCIÓN, TELÉFONO O FAX DE TRABAJO.
_____	_____
_____	_____

NIVEL SOCIOECONÓMICO (Según Graffar modificado): \_\_\_\_\_

TALLA	PESO	IMC	GRADO DE OBESIDAD	CIRCUNF. DE CINTURA	CIRCUNF. DE CADERA	RELACIÓN CINTURA/CADERA
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

DESDE CUANDO CON SOBREPESO, ESPECIFIQUE LA EDAD DE COMIENZO

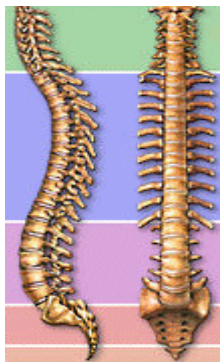
NIÑEZ < 6 AÑOS	ESCOLAR 6 A 12 AÑOS	ADOLESCENTE 12 A 18 AÑOS	JOVEN 19 A 29 AÑOS	ADULTO > 30 AÑOS
_____	_____	_____	_____	_____

DEPORTE QUE PRACTICA: \_\_\_\_\_ EJERCICIOS QUE PRACTICA \_\_\_\_\_  
DESDE CUANDO \_\_\_\_\_ CUANTAS VECES POR SEMANA: \_\_\_\_\_ TIEMPO QUE PRACTICA POR DÍA: \_\_\_\_\_

Indique a continuación si usted padece alguna de las siguientes enfermedades

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Asma         | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer       | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca  |
| <input type="checkbox"/> Litiasis     | <input type="checkbox"/> Insuficiencia coronaria |
| <input type="checkbox"/> Diabetes     | <input type="checkbox"/> Infarto del miocardio   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia    | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea    |
| <input type="checkbox"/> Alergias     | <input type="checkbox"/> Fibromatosis uterina    |
| <input type="checkbox"/> HIV positivo | <input type="checkbox"/> Otras: _____            |

\_\_\_\_\_ LUGAR DE LA ENTREVISTA ENTREVISTADOR



# Dr. Henry Barrios-Cisneros

Especialista en Medicina Interna  
 Investigador en Salud Holística  
 Naturista Quiropráctico

**Psicoterapeuta Holístico**

**Estrés, ansiedad y depresión**



## HISTORIA HOLÍSTICA

## Parte B

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

(Historia de la Clínica Para la Mente y el Cuerpo, Facultad de Medicina de Harvard - modificado)

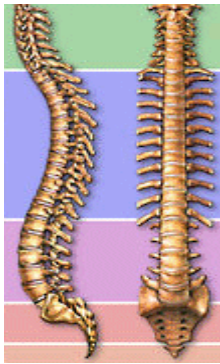
Lea cuidadosamente las instrucciones. A continuación aparece una lista de síntomas físicos. Sírvase indicar con una raya, de acuerdo al código de ingreso y evoluciones que aparecen al pie de la pagina, la frecuencia que corresponda con los síntomas que le han afectado, según las escalas y frecuencias que aparecen a continuación.

- A) Con cuanta frecuencia tiene los síntomas, elija un número en la escala 0 a 7.      B) El grado de interferencia que le produce cada síntoma en sus actividades diarias, elija un número de 0 a 9.

Síntomas <b>ORGÁNICOS</b>	(A) Frecuencia								(B) grado de interferencia									
	Nunca o Casi Nunca	Menos de 1 vez al mes	1 ó 2 veces por mes	1 vez por semana	2 a 3 veces por semana	4 a 6 veces por semana	1 vez al día	Mas de 1 vez al día	Ninguna	Leve ocasional	Leve continua	Moderado ocasional	Moderado continua	Limitación leve	Limitación moderada	Limitación fuerte	No permite actividad	Desesperante
<b>I. Síntomas Generales</b>																		
1. Mareo	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Sensación de desvanecimiento	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Perdida de peso	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Aumento de peso	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Fatiga o debilidad	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Aumento de la temperatura o fiebre	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. No le provoca hacer nada	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Intolerancia al calor	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Intolerancia al frío	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Otro:	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>II. PIEL, Indique el lugar</b>																		
12. Edema o hinchazón.	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Resequedad	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Erupciones	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. Sudoración fría	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. Prurito o picazón	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. Ronchas	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. Acne	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. Otro:	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>III. OJOS.</b>																		
20. Disminución de la agudeza visual	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. Otro:	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Continuación Síntomas ORGÁNICOS	(A) Frecuencia							(B) grado de interferencia										
	Nunca o Casi Nunca	Menos de 1 vez al mes	1 ó 2 veces por mes	1 vez por semana	2 a 3 veces por semana	4 a 6 veces por semana	1 vez al día	Mas de 1 vez al día	Ninguna	Leve ocasional	Leve continua	Moderado ocasional	Moderado continua	Limitación leve	Limitación moderada	Limitación fuerte	No permite actividad	Desesperante
<b>III. OÍDOS</b>																		
22. Dolor de oído	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23. Disminución de la agudeza	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24. Secreciones	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25. Otro:	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>IV. FOSAS NASALES</b>																		
26. Expulsión de mocos o secreciones	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27. Prurito nasal	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28. Sangrado nasal	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29. Estornudos	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
30. Oclusión nasal	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
31. Otro:	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>V. BOCA</b>																		
32. Caries dentales	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
33. Perdida de piezas dentales	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
34. Mal aliento	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
35. Boca amarga	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
36. Boca seca	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
37. Lesiones ulcerosas	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
38. Otro:	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>VI. FARINGE Y LARINGE</b>																		
39. Ardor en la faringe	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
40. Dolor de faringe	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
41. Dificultad para tragar	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
42. Dificultad para hablar	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
43. Dolor de laringe	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
44. Secreciones	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
45. Nudo glótico (nudo en a garganta)	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>VII. CABEZA Y CUELLO, Indique lugar</b>																		
46. Caída del cabello	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
47. Dolor de cabeza	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
48. Mareo	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
49. Mareo ortostático (al levantarse)	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
50. Sensación de cabeza ligera	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
51. Sensación de cabeza pesada	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
52. Dolor en el cuello	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
53. Pesadez o tensión en la nuca	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
54. Dolor en hombros	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
55. Pesadez en hombros	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>VII. RESPIRATORIO</b>																		
56. Dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
57. Tos	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
58. Dolor torácico	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
59. Expectोरaciones	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
60. Sibilantes	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
61. Otro:	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Continuación Síntomas ORGÁNICOS	(A) Frecuencia							(B) grado de interferencia										
	Nunca o Casi Nunca	Menos de 1 vez al mes	1 ó 2 veces por mes	1 ves por semana	2 a 3 veces por semana	4 a 6 veces por semana	1 vez al día	Mas de 1 vez al día	Ninguna	Leve ocasional	Leve continua	Moderado ocasional	Moderado continua	Limitación leve	Limitación moderada	Limitación fuerte	No permite actividad	Desesperante
<b>IX. CARDIVASCULAR</b>																		
62. Palpitaciones	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
63. Taquicardia	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
64. Dolor torácico	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
65. Opresión en el pecho o espalda	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
66. Claudicación intermitente	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
67. Sensación de ahogo al esfuerzo	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
68. Otro:	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>X. GASTROINTENAL</b>																		
69. Estreñimiento	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
70. Distensión o llenura	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
71. Ardor en epigastrio	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
72. Dolor abdominal ( ALICIA DR)	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
73. Nauseas	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
74. Vómitos	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
75. Eructos	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
76. Diarreas o esteatorrea	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
77. Vientos por el ano o flatos	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
78. Otro:	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>XI. URINARIO</b>																		
79. Dolor o ardor al orinar	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
80. Micciones nocturnas	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
81. Secreciones	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
82. Puja para orinar	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
83. Otro:	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>XII. GINECOLÓGICO</b>																		
84. Flujo vaginal (Describa característica)	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
85. Dolor menstrual	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
86. Acto sexual doloroso	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
87. Queda con dolor luego de la relación	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
88. Poca satisfacción sexual	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
89. Aumento del deseo sexual	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
90. Disminución del deseo sexual	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
91. Dificultad para la erección	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
92. Eyaculación precoz	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
93. Otro:	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>XIII. OSTEOMUSCULAR</b>																		
94. Dolor articular (Cuales)	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
95. Dolor óseo (Cuales)	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
96. Dolor muscular (Cuales)	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
97. Dolor en ligamentos (Cuales)	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
98. Tumoración (Donde)	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
99. Contractura muscular (Cuales)	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
100. Falta de fuerza muscular (Cuales)	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
101. Otro:	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9



# Dr. Henry Barrios-Cisneros

Especialista en Medicina Interna  
 Investigador en Salud Holística  
 Naturista Quiropráctico

**Psicoterapeuta Holístico**

**Estrés, ansiedad y depresión**



## PLANILLA PARA EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS PSÍCOLÓGICOS **Parte C**

(Historia de la Clínica para la Mente y el Cuerpo Facultad de Medicina de Harvard, Modificado)

Lea cuidadosamente las instrucciones y con toda **sinceridad** sírvase colocar una raya de acuerdo al código de ingreso que aparece al pie de cada página, en el número que representan la intensidad y la frecuencia en que de los siguientes pensamientos, sentimientos y comportamientos le han afectado.

SINTOMAS PSICOLÓGICOS	FRECUENCIA DE SÍNTOMAS							
	Nunca o Casi Nunca	Menos de 1 vez al mes	1 ó 2 veces por mes	1 vez por semana	2 a 3 veces por semana	4 a 6 veces por semana	1 vez al día	Mas de 1 vez al día
<b>I. PENSAMIENTOS</b>								
1. Pesimismo (llevar las cosas a su peor desenlace)	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Tendencia a exagerar las cosas	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Culparse a sí mismo	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Deseos de cuidar a otros	0	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensar y repensar sobre el mismo asunto	0	1	2	3	4	5	6	7
6. Criticar constantemente	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Guardar Rencor	0	1	2	3	4	5	6	7
8. Pensar que mi mente o cuerpo no está bien	0	1	2	3	4	5	6	7
6. Desear que se apague mi mente	0	1	2	3	4	5	6	7
9. Desear desaparecerme o salir corriendo	0	1	2	3	4	5	6	7
10. Me siento agredido cuando me llevan la contraria	0	1	2	3	4	5	6	7
11. Necesidad de tener la razón	0	1	2	3	4	5	6	7
12. Me siento solo	0	1	2	3	4	5	6	7
13. Sensación de haber perdido algo	0	1	2	3	4	5	6	7
14. Creo que alguien me quiere hacer daño	0	1	2	3	4	5	6	7
15. Creo que no puedo cambiar	0	1	2	3	4	5	6	7
16. Deseo hacerme daño	0	1	2	3	4	5	6	7
17. Deseo tirar las cosas	0	1	2	3	4	5	6	7
18. Deseo pelear con alguien	0	1	2	3	4	5	6	7
19. Creo que he vivido bastante	0	1	2	3	4	5	6	7
20. Creo que soy un estorbo	0	1	2	3	4	5	6	7
21. Ya soy un viejo achacoso	0	1	2	3	4	5	6	7
22. Parezco un carro viejo	0	1	2	3	4	5	6	7
23. Mi vida en un fracaso	0	1	2	3	4	5	6	7
24. Mi vida es una desgracia	0	1	2	3	4	5	6	7
25. Soy un triunfador	0	1	2	3	4	5	6	7
26. Soy un emprendedor	0	1	2	3	4	5	6	7
27. Siento deseos de morir	0	1	2	3	4	5	6	7
28. Yo no tengo remedios	0	1	2	3	4	5	6	7

CONTINUACIÓN SINTOMAS PSICOLÓGICOS	FRECUENCIA DE SÍNTOMAS							
	Nunca o Casi Nunca	Menos de 1 vez al mes	1 ó 2 veces por mes	1 vez por semana	2 a 3 veces por semana	4 a 6 veces por semana	1 vez al día	Más de 1 vez al día
<b>II. EMOCIONES</b>								
29. Miedo, temor, susto, pánico	0	1	2	3	4	5	6	7
30. Confianza, seguridad	0	1	2	3	4	5	6	7
31. Tristeza, soledad	0	1	2	3	4	5	6	7
32. Alegría, felicidad	0	1	2	3	4	5	6	7
33. Rabia, ira, cólera	0	1	2	3	4	5	6	7
34. Amor	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>III. SENTIMIENTOS</b>								
35. Temor a fracasar	0	1	2	3	4	5	6	7
36. Temor a cometer errores	0	1	2	3	4	5	6	7
37. Temor a ser rechazado	0	1	2	3	4	5	6	7
38. Temor a la soledad	0	1	2	3	4	5	6	7
39. Odio por lo que me hicieron	0	1	2	3	4	5	6	7
40. Culpable por lo que yo hice	0	1	2	3	4	5	6	7
41. Desesperado por el futuro	0	1	2	3	4	5	6	7
42. Preocupado por el mundo tan malo	0	1	2	3	4	5	6	7
43. Preocupado por el pasado	0	1	2	3	4	5	6	7
44. Siento que no me quieren	0	1	2	3	4	5	6	7
45. Temeroso por la crisis del mundo	0	1	2	3	4	5	6	7
46. Siento que no me quiero	0	1	2	3	4	5	6	7
47. No me agrada una parte de mi cuerpo (Cual)	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>IV. CONDUCTA</b>								
48. Morderme o comerme las uñas	0	1	2	3	4	5	6	7
49. Usar tabaco o cigarrillo	0	1	2	3	4	5	6	7
50. Tomar bebidas alcohólicas	0	1	2	3	4	5	6	7
51. Tomar tranquilizantes	0	1	2	3	4	5	6	7
52. Masticar chicles	0	1	2	3	4	5	6	7
53. Comer dulces o golosinas	0	1	2	3	4	5	6	7
54. Comer cualquier cosa	0	1	2	3	4	5	6	7
55. Consumir drogas	0	1	2	3	4	5	6	7
56. Hablar mucho	0	1	2	3	4	5	6	7
57. Reír mucho	0	1	2	3	4	5	6	7
58. Llorar mucho	0	1	2	3	4	5	6	7
59. Rezongar	0	1	2	3	4	5	6	7
60. Gritar o pelear	0	1	2	3	4	5	6	7
61. Evadir responsabilidades	0	1	2	3	4	5	6	7
62. Consumir alguna comida en exceso	0	1	2	3	4	5	6	7
63. Buscar acciones violentas	0	1	2	3	4	5	6	7
64. Desobedecer	0	1	2	3	4	5	6	7
65. Salir con amigos	0	1	2	3	4	5	6	7
66. Aislarme o estar sola	0	1	2	3	4	5	6	7
67. Llevar siempre la contraria	0	1	2	3	4	5	6	7
68. No me provoca hacer nada	0	1	2	3	4	5	6	7
69. Pedir que me ayuden	0	1	2	3	4	5	6	7
70. Otro	0	1	2	3	4	5	6	7

CONTINUACIÓN SINTOMAS PSICOLÓGICOS	FRECUENCIA DE SÍNTOMAS							
	Nunca o Casi Nunca	Menos de 1 vez al mes	1 ó 2 veces por mes	1 vez por semana	2 a 3 veces por semana	4 a 6 veces por semana	1 vez al día	Mas de 1 vez al día
<b>V. Cuando me he encontrado en situaciones desesperantes o dolorosas, he tendido a.</b>								
71. Culparme a mi mismo	0	1	2	3	4	5	6	7
72. Culpar a otros	0	1	2	3	4	5	6	7
73. Tomarlo como un sufrimiento	0	1	2	3	4	5	6	7
74. Tomarlo como una fuente de aprendizaje	0	1	2	3	4	5	6	7
75. Tomarlo como un reto a superar	0	1	2	3	4	5	6	7
76. Deseo escapa o salir corriendo	0	1	2	3	4	5	6	7
77. Deseo quedarme dormido y no despertar más	0	1	2	3	4	5	6	7
78. Desear morir	0	1	2	3	4	5	6	7
79. Que me trague la tierra	0	1	2	3	4	5	6	7
80. Desear que Dios me ayude	0	1	2	3	4	5	6	7
81. Encomendarme a Dios	0	1	2	3	4	5	6	7
82. Seguro que lo puedo superar	0	1	2	3	4	5	6	7
83. Ser persistente	0	1	2	3	4	5	6	7
84. Sentir mucha rabia	0	1	2	3	4	5	6	7
85. Sentir mucho miedo	0	1	2	3	4	5	6	7
86. Sentirme triste o solo	0	1	2	3	4	5	6	7
87. Odio	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>VI. EN MI VIDA LO QUE MÁS A PREDOMINADO ES:</b>								
88. El fracaso	0	1	2	3	4	5	6	7
89. El triunfo	0	1	2	3	4	5	6	7
90. La desgracia	0	1	2	3	4	5	6	7

### ACTIVIDAD FÍSICA

1. Realiza ejercicio físico periódico, o practica algún deporte 1.1. Si___ 1.2 No___		Con que frecuencia a la semana lo realiza	Tiempo en minutos que dedica a cada practica de ejercicio	OBSERVACIÓN
Tipo de actividad física o ejercicio	Desde cuando			

2. ¿Le gusta realizar ejercicio físico?

2.1. Me encanta mucho    2.2. Me gusta    2.3. Lo ago por necesidad    2.4. No me gusta

3. De tener que hacer ejercicio físico, ¿Cuál le gustaría hacer, porque más le divierte?

---

<b>Antecedentes Familiares</b> <b>Indique el número de cada familiar</b>	Parentesco con antecedentes										
	Abuelos maternos	Abuelos paternos	Tíos maternos	Tíos paternos	Madre	Padre	Hermanas	Hermanos	Hijos	hijas	Nietos
1. Asma											
2. Hipertensión arterial											
3. Insuficiencia Cardiaca											
4. Insuficiencia coronaria											
5. Infarto del miocardio											
6. Diabetes											
7. Obesidad											
8. Artritis reumatoidea											
9. Fibromatosis uterina											
10. Fibromialgias											
11. Cáncer											
12. Epilepsia											
13. Trastornos mentales											
14. Sida											
15. Otra:											

**Resumen de exploración física y otras pruebas.**

<b>Armonía de los componentes del Ser humano</b> <b>1.En armonía</b> <b>2.Alteración espiritual</b> <b>3.Alteración psicológica</b> <b>4.Alteración orgánica</b> <b>5.Alteración social</b> <b>6.Alteración energética</b> <b>7.Alteración Alimentación</b>	<b>Nivel de Autoamor</b> <b>1__ 6__</b> <b>2__ 7__</b> <b>3__ 8__</b> <b>4__ 9__</b> <b>5__</b>	<b>Tipo de Personalidad</b> <b>1__ 6__</b> <b>2__ 7__</b> <b>3__ 8__</b> <b>4__ 9__</b> <b>5__</b>	<b>Nivel de Integración</b> <b>1__ 6__</b> <b>2__ 7__</b> <b>3__ 8__</b> <b>4__ 9__</b> <b>5__</b>	<b>Creencias centrales</b> <b>1__ 6__</b> <b>2__ 7__</b> <b>3__ 8__</b> <b>4__ 9__</b> <b>5__ 10__</b>
<b>Nivel de Consciencia:</b> <b>1ro__ 2do__ 3ro__ 4to__ 5to__</b>		<b>Inteligencia múltiple:</b> <b>1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__</b>		
<b>Prueba del cuadrante cerebral:</b> <b>1. Hemisferio derecho anterior (HDA).</b> <b>2. Hemisferio derecho posterior (HDP).</b> <b>3. Hemisferio izquierdo anterior (HIA).</b> <b>4. Hemisferio izquierdo posterior (HIP).</b>		<b>Sistema de representación:</b> <b>1. Visual</b> <b>2. Auditivo</b> <b>3. Cenestésico</b> <b>Dos principios de vida:</b> _____ _____		





## Peso Saludable

Peso saludable es el balance de músculos y grasas en proporciones adecuadas que facilitan un óptimo funcionamiento del organismo con vitalidad y salud. La definición clínica del peso saludable es usualmente expresada por el Índice de Masa Corporal (IMC). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera peso saludable cuando el IMC se encuentra entre 18,0 a 24,9, tal como se presenta en la tabla siguiente, donde se representa la clasificación del estado de peso según la OMS.<sup>1,2</sup>

**TABLA 1.  
CLASIFICACIÓN DEL PESO SEGÚN EL IMC**

Estado del peso	IMC en Kg/m <sup>2</sup>
Déficit de peso	Menos de 18,5
<b>Peso saludable</b>	<b>18,5 - 24,9</b>
Sobrepeso grado I	25,0 - 26,9
Sobrepeso grado II	27,0 – 29,9
Obeso grado I	30,0 - 34,9
Obeso grado II	35,0 - 39,9
Obesidad extrema	40,0 – 44,9
Obesidad morbosa	45,0 – 49,9
Súper Obeso	Más de 50

*Mantener nuestro cuerpo y peso saludable es nuestra responsabilidad*

### ¿Cómo se evalúa la cantidad de grasas?

Típicamente se evalúa por medio del IMC, que corresponde a la relación del peso de la persona con respecto a su altura. Para determinar la composición de grasa corporal o el porcentaje de grasa, de manera práctica se utiliza el índice de masa corporal, también conocido como el Índice de Quetelet (IQ), en honor al estadístico y antropometrista belga Adolphe Quetelet, que lo describió por primera vez en el año 1869. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos de la persona (Kg) entre la altura en metros al cuadrado (m<sup>2</sup>). El cual se representa en la siguiente formula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en Kg}}{(\text{Altura en m})^2}$$

### Por ejemplo.

Una mujer mide 160 m y pesa 72 Kg: Su IMC = 72/(1,60 x 1,60) = **28,13**. Según la clasificación del peso representado en la **Tabla 1**, esta persona se encuentra en **Sobrepeso grado II**.

Un hombre de 172 m y pesa 97 Kg: Su IMC = 97/(1,72 x 1,72) = **32,79**. **Obeso grado 1**  
**AP.1. Aplicando el conocimiento en mi vida para con persistencia mejorar mi bienestar.**

¿Cuál es mi IMC?      Peso      : \_\_\_\_\_ Kg  
\_\_\_\_\_ Dividido por = IMC: \_\_\_\_\_  
Talla en metros al cuadrado: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Según la tabla 1 en qué categoría de la clasificación de peso me encuentro:  
\_\_\_\_\_