

ESTADOS ANÍMICOS Por favor, por su propio interés y para que este test sea eficaz, responda con sinceridad las siguientes las preguntas.

¿Se altera enseguida por cualquier insignificancia?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Se altera enseguida si alguien le critica?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Se desanima con facilidad?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene depresiones?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene dificultades para abordar nuevos asuntos?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Se siente a menudo abatido?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Se siente angustiado?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Es tímido/a o inseguro/a?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Ha pensado o piensa en el suicidio?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

SUEÑO CANSANCIO

¿Se siente muy cansado?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Necesita más horas de sueño de las acostumbradas?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Segue cansado después de haber dormido suficiente?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene insomnio?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Se despierta de repente porque se siente intranquilo/a?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Duerme mal, con muchos sueños?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene la sensación de estar a punto de resfriarse?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Es tembloroso/a?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene frío a menudo?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene la sensación de estar enfermo/a?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene sensación de debilidad?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

LENGUAJE & PENSAMIENTO

¿Olvida con frecuencia lo que iba a decir en ese momento?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas de concentración?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene dificultades para mover los labios y habla poco claro?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Pierde el hilo de lo que está pensando?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Le cuesta seguir una conversación?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿No comprende bien lo que lee?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿No recuerda bien los sucesos pasados?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

VARIOS

¿Siente en ocasiones espasmos musculares involuntarios?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene las manos temblorosas al extenderlas?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene palpitaciones (tics) en la lengua, labios o párpados?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiembla como si tuviera escalofríos?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Adelgaza sin habérselo propuesto?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Padece falta de apetito?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Siente en ocasiones afluencias súbitas de calor?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Siempre tiene frío?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene en ocasiones partes del cuerpo frías nariz, manos, pies?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Se le hinchan a veces los dedos, manos, pies articulaciones de los pies?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

CALAMBRES Y DOLORES

¿Siente calambres o temblores involuntarios en la cara?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene calambres en la pantorrilla?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Dolor muscular entre o debajo de los hombros?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Dolores en manos o pies?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Dolores en brazos o piernas?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene dolores cervicales?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Siente un dolor general en la zona de los hombros?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Siente dolores en las articulaciones?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene dolores lumbares o en los órganos sexuales?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene dolores en el esternón?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Siente irradiación de dolor en la espalda?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene dolores bajo la costilla derecha?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene dolores en las cavidades axilares?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Siente dolor general en los hombros?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

ÓRGANOS SEXUALES

¿Tiene desarreglos menstruales?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Ha notado un aumento del dolor premenstrual?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

¿Tiene menstruaciones fuertes?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene menstruaciones flojas?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Siente un aumento de dolor durante la menstruación?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Siente un aumento de dolor después de la menstruación?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene molestias en la próstata?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

PIEL CABELLO UÑAS

¿Le aparecen erupciones eritema cutáneo (enrojecimiento) al contacto con metal?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Le aparecen erupciones cutáneas después de tomar el sol?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Le han aumentado las pecas?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿En personas adultas: ¿Tiene acné o le ha aumentado?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene tendencia a derrames sanguíneos?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene chichones o cardenales en el cuerpo?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Siente en ocasiones picores en la piel?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene erupciones cutáneas periódicas?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Le salen en ocasiones eccemas?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Siente hormigueos de vez en cuando?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene la piel amarillenta?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Se le ha oscurecido el cabello de forma inexplicable?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Aumento de la caída del cabello?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene el cabello sin brillo, frágil y quebradizo?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Se le ha oscurecido el cabello sin motivo aparente?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Sufre una fuerte caída del cabello?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene las uñas frágiles y quebradizas?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

CABEZA

¿Tiene frecuentemente dolores de cabeza?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Siente en ocasiones embotamiento sensorial?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene vértigos que le dificultan el andar?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

¿Ha sufrido caídas a causa de los vértigos?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Los vértigos le provocan inestabilidad o vacilación?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Vértigos al acostarse?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Sensación de sordera o de frío en la parte posterior de la cabeza?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Sensación de que le va a estallar la cabeza?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Siente una presión en la frente?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Siente como si se le salieran los ojos hacia fuera?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene los ojos caídos?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene hemorragias en los ojos?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

APARATO DIJESTIVO VEGIGA

¿Tiene a menudo náuseas?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Eructa con frecuencia o tiene ardor de estómago?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene vómitos?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Suele tener gases acumulados?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Suele tener flatos?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Le duele el estómago a menudo?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Suele tener dolores en el bajo vientre?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Su evacuación es clara?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Su evacuación es oscura?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Su evacuación es más bien blanda?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene diarrea frecuentemente?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Suele tener estreñimiento?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Hacer aguas: ¿Pequeñas cantidades, oscuras?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Hacer aguas: ¿Mucha cantidad, claras?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

CORAZÓN & RESPIRACIÓN

¿Tiene arritmias?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene el pulso lento?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Siente a veces, como si se le fuera a parar el corazón?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

¿Tiene el pulso fuerte y rápido?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un foco de dolor en el tórax?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene el pulso alto [90]?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene el pulso lento?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Se le acelera el pulso al mínimo esfuerzo?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Le falta el aire al hacer un mínimo de esfuerzo?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Le falta el aire sin hacer esfuerzo alguno?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Respiración corta en un largo plazo de tiempo?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene en general problemas respiratorios?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Siente que deja de respirar, se obliga a respirar conscientemente?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene una respiración débil?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene una respiración superficial?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene la sensación de que tiene el tórax ceñido por un fleje de hierro?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>

LOS SENTIDOS

¿Ve las cosas como a través de una niebla?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene hipersensibilidad a la luz?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene el campo visual limitado?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Pierde la vista completamente por una fracción de tiempo?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Ve como chispas, estrellitas o sombras?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Ve manchas grises o de colores vagando por su campo visual?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Ve cosas como dobles?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene mala visión al atardecer?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Oye mal?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Lo que oye no lo asimila?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene trastornos del olfato?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene el olfato extremadamente desarrollado comida perfume humos?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Siente un sabor metálico en la boca?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene la sensación de tener papel de aluminio en la boca?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene siempre mal sabor de boca?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>

¿La comida no le sabe a nada?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Ardor en la boca o garganta?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Manos, pies o piernas dormidas?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Sensación desagradable de calor o de temperatura elevada?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene la sensación de que los nervios se le contañen involuntariamente?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>

COORDINACIÓN RESISTENCIA

¿Se le caen a menudo objetos de las manos?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Se suele dar golpes contra muebles o marcos de las puertas?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Se suele cansar al permanecer de pie?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene debilidad muscular?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Se cansa enseguida?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Suele tener piernas cansadas, le fallan las piernas?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Siente que le aumentan las molestias después de realizar esfuerzos?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>

BOCA GARGANTA

¿Tiene úlceras en la boca?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Le suelen sangrar las encías?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene excesiva salivación?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene la boca seca a pesar de beber regularmente?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un aumento de la sensación de sed?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene mal aliento o la sensación de respirar mal?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene a menudo y sin motivo aparente dolor de dientes?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Le suele doler la mandíbula?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Le disminuyen las encías?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene granos o llagas en el paladar encías lengua?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene manchas blancas en los labios o en la boca?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene manchas oscuras en las encías?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene líneas oscuras entre el diente y la encía?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Tiene marcas de los dientes en la lengua?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
¿Nota sequedad los labios o lengua?	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>

¿Tiene la sensación de tener la lengua demasiado grande?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene la sensación de tener como un nudo o presión en la garganta?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Tiene mucosidad en la garganta sin estar resfriado/a?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas al tragar?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Suele estar afónico/a sin estar resfriado/a?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Suele tener ataques de tos sin motivo aparente?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene dolores de garganta enrojecimiento sin infección?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene a menudo infecciones de algún tipo?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene inflamaciones en la zona de la glándula tiroides?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Nota pequeños bultos desplazables a los lados de la garganta?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
¿Tiene sensación de opresión con la ropa o joyas (bisutería)?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

MEJORAMIENTO DECISIVO DE LOS SÍNTOMAS TRAS LA RETIRADA DE LAS AMALGAMAS

En 1991 la Fundación Hood Free Toxin Dentistry FTFD (Fundación para la Odontología Atóxica) realizó un estudio sobre los efectos secundarios de la amalgama en 762 pacientes de la RFA. Éstos presentaban 440 síntomas antes de quitarles las amalgamas y tras retirar estos empastes de amalgama:

- El 20 % de los síntomas había desaparecido completamente
- El 75 % de los síntomas había mejorado
- El 5 % de los síntomas permaneció sin cambios

Después de haber valorado los informes de estudios realizados en Suecia, Dinamarca, Canadá y EEUU a 1569 pacientes, éstos presentaban también una media de 440 síntomas.

¿Le ocasiona problemas la amalgama? ¡Haga la prueba rellenando nuestro autotest!

Investigadores suecos han recopilado una lista de trastornos que suelen aparecer en personas afectadas por la amalgama, elaborando así un autotest. Algunos síntomas pueden aparecer repetidos con diferentes términos, ya que cada persona tiene una manera diferente de expresarse. Marque los síntomas que suele tener.

Si los síntomas marcados superan el 80 %, probablemente éstos tengan su origen en la amalgama de la boca o el cuerpo.

Con el 40 % no estará fuera de sospecha hasta comprobar, en la lista que viene a continuación, que no padece 5 de los síntomas relacionados:

DOLORES- CALAMBRES EN LA MANDÍBULA
CANSANCIO TENAZ
DOLORES CALAMBRES EN LA MARDÍBULA
DOLORES EN MANOS Y PIERNAS
SABOR METÁLICO EN LA BOCA
PULSO FUERTE Y ACELERADO TRAS EL MÍNIMO
ESFUERZO
TEMBLOR EN LAS MANOS
FUERZA MUSCULAR DEBILITADA

Si el autotest le da positivo, o si quiere un diagnóstico más profundo, puede ponerse en contacto con nosotros y pedir hora.