

# SUFRE LA FALTA DE EQUILIBRIO ENTRE LA CONEXIÓN MENTE + CUERPO ?

**Me siento abrumado y estresado.**

1            2            3            4            5  
 No Cierto                      Neutral                      Cierto

**Tengo problemas para dormir o experimento insomnio.**

1            2            3            4            5  
 No Cierto                      Neutral                      Cierto

**Siento ansiedad y preocupación.**

1            2            3            4            5  
 No Cierto                      Neutral                      Cierto

**Experimento cambios de humor, irritabilidad.**

1            2            3            4            5  
 No Cierto                      Neutral                      Cierto

**Es difícil mantenerme concentrado.**

1            2            3            4            5  
 No Cierto                      Neutral                      Cierto

**Experimento sentimientos persistentes de tristeza y desesperanza.**

1            2            3            4            5  
 No Cierto                      Neutral                      Cierto

**I experience memory issues.**

1            2            3            4            5  
 No Cierto                      Neutral                      Cierto

**Experimento problemas de memoria.**

1            2            3            4            5  
 No Cierto                      Neutral                      Cierto

**Experimento dolores de cabeza frecuentes o migrañas.**

1            2            3            4            5  
 No Cierto                      Neutral                      Cierto

**Tengo problemas digestivos o frecuentes problemas estomacales.**

1            2            3            4            5  
 No Cierto                      Neutral                      Cierto

**Experimento dolor persistente, dolor de espalda o dolor en las articulaciones.**

1            2            3            4            5  
 No Cierto                      Neutral                      Cierto

**Me enfermo con frecuencia o tengo un sistema inmunológico debilitado.**

1            2            3            4            5  
 No Cierto                      Neutral                      Cierto

**Tengo dificultad para mantener un peso saludable o metabolismo lento.**

1            2            3            4            5  
 No Cierto                      Neutral                      Cierto

**Experimento hinchazón o problemas intestinales ocasionales.**

1            2            3            4            5  
 No Cierto                      Neutral                      Cierto

## OPTIMIZED MIND AND BODY CONNECTION

SUMA LOS PUNTOS Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL TOTAL.



15            20            25            30            35            40            45+