

ANEXO 1

El Servicio de Ginecología del Sanatorio Allende, Nueva Córdoba, invita a participar a mujeres de entre 16 y 50 años, de forma anónima, en una encuesta sobre Síndrome Premenstrual. (Completar con una "X")

Edad: _____ años

Nivel de Educación Completo: Primario.....Secundario.....Terciario.....Ninguno.....

Estado Civil: SolteraCasada.....En pareja.....

Motivo de consulta: guardia ginecológica.....control ginecológico.....Otros.....

¿Escuchó o sabe lo que es el Síndrome Premenstrual?

Sí No

1. En la **semana previa** al comienzo de su menstruación, en sus últimos 3 ciclos menstruales, ¿Usted presentó alguno de los siguientes síntomas?

Ejemplo:

	SÍNTOMAS	Frecuencia		
X	Dolor en las mamas, tensión mamaria.	A veces	Habitualmente	Siempre

X	SÍNTOMAS en semana previa a menstruación		Frecuencia	
	Irritabilidad emocional/Cambios de humor	A veces	Habitualmente	Siempre
	Llanto/Depresión	A veces	Habitualmente	Siempre
	Fatiga/Cansancio desde que se levanta	A veces	Habitualmente	Siempre
	Insomnio (dificultad para dormir)	A veces	Habitualmente	Siempre
	Olvidos/Dificultad para concentrarse	A veces	Habitualmente	Siempre
	Disminución en el rendimiento en sus actividades	A veces	Habitualmente	Siempre
	Evasión de reuniones sociales por los dolores, molestias	A veces	Habitualmente	Siempre
	Ansiedad e inquietud	A veces	Habitualmente	Siempre
	Dolor en las mamas/Tensión mamaria	A veces	Habitualmente	Siempre
	Dolores musculares, articulares, corporales	A veces	Habitualmente	Siempre
	Dolor de cabeza	A veces	Habitualmente	Siempre
	Distensión abdominal (Abdomen hinchado)	A veces	Habitualmente	Siempre
	Retención de líquido/Hinchazón generalizado	A veces	Habitualmente	Siempre
	Dolor en vientre bajo y zona lumbar	A veces	Habitualmente	Siempre

	Antojos alimenticios	A veces	Habitualmente	Siempre
	Aumento del deseo sexual	A veces	Habitualmente	Siempre
	Emoción/"Explosiones" de energía/Hiperactividad	A veces	Habitualmente	Siempre
	Dolor de pecho/Palpitaciones/Sensación de falta de aire	A veces	Habitualmente	Siempre
	Sofocos/Calores/Tufaradas	A veces	Habitualmente	Siempre
	Mareos/Desmayos	A veces	Habitualmente	Siempre
	Alteraciones en la piel	A veces	Habitualmente	Siempre
	NO PRESENTÉ NINGUNO DE LOS SÍNTOMAS ARRIBA MENCIONADOS			

Los síntomas que usted indicó anteriormente, ¿desaparecen con el inicio de la menstruación (entre el 1.º y el 2.º día del ciclo)?

- Sí
- No ___ > ¿Cuáles de ellos persisten? (enumere uno a tres de los que más le afecten): _____

2. ¿En qué medida se vieron **limitadas** sus actividades diarias debido a los síntomas anteriormente mencionados? (trabajo - relación de pareja - otras relaciones personales)
 - Nada en absoluto
 - Poco o mínimamente
 - Algo o moderadamente
 - Bastante o significativamente
 - Mucho o invalidante llegando a no realizar actividades diarias (hice reposo)
3. ¿En qué ámbito de su vida se ve mayormente afectada por estos síntomas? (si corresponde)
 - Trabajo/estudios
 - Relaciones de pareja
 - Otras relaciones interpersonales
 - Todas las anteriores
4. ¿Consultó alguna vez con un profesional de la salud (médico, psicólogo u otro) por estos síntomas?
 - Sí
 - No
5. ¿Indagó alguna vez su médico de cabecera, en alguna consulta, sobre la presencia de alguno de estos síntomas (Síndrome Premenstrual)?
 - Sí
 - No
6. ¿Está utilizando algún método anticonceptivo actualmente?
 - Preservativos
 - Anticonceptivos hormonales
 - DIU de cobre

- Ligadura de trompas
- DIU hormonal
- Natural/Billings
- Ninguno

!!!GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!!!