

**APÉNDICE 10**  
**HOJA DE APLICACIÓN 2**  
**MADRES**

4. Edad que tenía su hija cuando tuvo su primera menstruación \_\_\_\_\_

5. ¿Habla con su hija sobre cosas relacionadas con la menstruación? **Si** **No**  
Si contestó Si, conteste la siguiente pregunta:

6. Cuando platicaba del tema con su hija antes de tener su primera menstruación, hablaban de:

A continuación encontrará una lista de cambios que se presentan en algunas mujeres antes o durante su menstruación. Le pedimos que marque con una **X** la alternativa que más se adapte a lo que le sucede **la semana anterior o durante su menstruación.**

	ausente	leve	moderado	severo
1. Fatiga				
2. Ansiedad				
3. Apatía				
4. Asco				
5. Aumento de apetito				
6. Aumento del deseo sexual				
7. Aumento de peso o inflamación				
8. Aumento de sueño				
9. Bienestar				
10. Cambios de humor				
11. Cólicos				
12. Depresión o llanto				
13. Disminución de la confianza en mí misma				
14. Disminución del apetito				
15. Dolor (muscular, de espalda, de cadera, piernas, etc.)				
16. Dolor de cabeza				
17. Enojo				
18. Ideas creativas				
19. Irritabilidad				
20. Mal desempeño social				
21. Mas energía				
22. Molestia en los senos				
23. Problemas de concentración				
24. Problemas en la cara (granos, manchas, etc.)				
25. Seguridad en mí misma				
26. Senos más atractivos				
27. Sentimiento de andar apurada				
28. Sentimental				
29. Tendencia a limpiar u ordenar				
30. Tendencia a terminar las cosas				
31. Tensión				
32. Tranquila				
33. Tristeza				

NOTA: ESTA ES UNA REDUCCIÓN DEL TAMAÑO ORIGINAL DEL FORMATO DE APLICACIÓN.