Menopause Rating Scale (MRS)

¿Cuál de los siguientes síntomas sufre en la actualidad y con qué intensidad? Marque la casilla pertinente de cada síntoma. Marque ″no procede″ cuando no sufral el síntoma.

Síntomas:	**no procede**	**leve**	**moderado**	**grave**	**extremadamente grave**
Puntuación =	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
1. Sofocos, sudación (episodios de sudación)	☐	☐	☐	☐	☐
2. Molestias cardíacas (consciencia no habitual de los latidos, bradicardia, taquicardia, opresión torácica)	☐	☐	☐	☐	☐
3. Trastornos del sueño (dificultades a la hora de dormise, se despierta con facilidad, se despierta pronto)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, triste, a punto de llorar, falta de ímpetu, cambios de estado de ánimo)	☐	☐	☐	☐	☐
5. Irritabilidad (sentirse nerviosa, tensión interna, sentirse agresiva)	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ansiedad (inquietud interna, se deja llevar por el pánico)	☐	☐	☐	☐	☐
7. Cansancio físico y mental (menor rendimiento generalizado, problemas de memoria, menor concen-tración, mala memoria)	☐	☐	☐	☐	☐
8. Problemas sexuales (alteraciones de la libido/deseo, de la actividad y la satisfacción sexual)	☐	☐	☐	☐	☐
9. Problemas de vejiga (dificultades a la hora de orinar, mayor necesidad de orinar, incontinencia vesical)	☐	☐	☐	☐	☐
10. Sequedad vaginal (sensación de sequedad o escozor en la vagina, dificultades a la hora de realizar el coito)	☐	☐	☐	☐	☐
11. Molestias musculares y de las articulaciones, (dolor en las articulaciones, reumatismos)	☐	☐	☐	☐	☐