Menopause Rating Scale (MRS)

¿Cuál de los siguientes síntomas y en que medida diría usted que padece actualmente?(MOSTRAR Y LEER ESCALA).

Síntomas:	ninguno	poco severo	moderado	severo	Muy severo
Puntuación =	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
1. Sofocos, sudoración, bochornos	☐	☐	☐	☐	☐
2. Molestias del corazón (cambios inusuales en el latido del corazón, saltos en el latido, que se dilate su latido, opresión)	☐	☐	☐	☐	☐
3. Problemas de sueño (dificultad en conciliar el sueño en dormir toda la noche y despertarse temprano)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Estado de animo depresivo (sentirse decaída, triste, a punto de las lágrimas falta de ganas, cambios de humor)	☐	☐	☐	☐	☐
5. Irritabilidad (sentirse nerviosa, tensa agresiva)	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ansiedad (impaciencia, pánico)	☐	☐	☐	☐	☐
7. Agotamiento físico y mental (descenso general en su desempeño, deterioro de la memoria, falta de concentración, falta de memoria)	☐	☐	☐	☐	☐
8. Problemas sexuales (cambios en el deseo sexual en la actividad y satisfacción)	☐	☐	☐	☐	☐
9. Problemas de vejiga (dificultad a orinar, incontinencia, deseo excesivo de orinar)	☐	☐	☐	☐	☐
10. Resequedad vaginal (sensación de resequedad, ardor y problemas durante la relación sexual)	☐	☐	☐	☐	☐
11. Problemas musculares y en las articulaciones, (dolores reumatoides y en las articulaciones)	☐	☐	☐	☐	☐