

## 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 sufra el síntoma.

**Síntomas:**

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