Pinky Pausia

ESCALA MRS

Evaluación de síntomas y calidad de vida en el climaterio

Nombre: _____ Fecha: ___ / ___ / _____

Evaluación: ☐ Primera consulta ☐ Control

Marca una casilla por síntoma según la molestia que sientes actualmente.

0 = Ninguna 1 = Leve 2 = Moderada 3 = Importante 4 = Muy intensa

SÍNTOMA	0	1	2	3	4
SOMÁTICOS					
1. Bochornos, sudoración y calores	☐	☐	☐	☐	☐
2. Molestias al corazón Palpitaciones o presión en el pecho	☐	☐	☐	☐	☐
3. Molestias musculares y articulares Dolor de huesos, músculos o articulaciones	☐	☐	☐	☐	☐
4. Dificultades para dormir Insomnio o sueño insuficiente	☐	☐	☐	☐	☐
PSICOLÓGICOS					
5. Ánimo depresivo Tristeza, decaimiento o ganas de llorar	☐	☐	☐	☐	☐
6. Irritabilidad Tensión, rabia o poca tolerancia	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ansiedad Inquietud, angustia o sensación de pánico	☐	☐	☐	☐	☐
8. Cansancio físico y mental Fatiga, olvidos o dificultad para concentrarse	☐	☐	☐	☐	☐
UROGENITALES					
9. Problemas sexuales Menor deseo, actividad o satisfacción	☐	☐	☐	☐	☐
10. Problemas urinarios Urgencia, mayor frecuencia o escapes de orina	☐	☐	☐	☐	☐
11. Sequedad vaginal Sequedad, ardor o dolor en relaciones sexuales	☐	☐	☐	☐	☐

MIS RESULTADOS

Somático	Psicológico	Urogenital	TOTAL
_____ / 16	_____ / 16	_____ / 12	_____ / 44

Suma los puntos marcados en cada grupo. A mayor puntaje, mayor intensidad de síntomas.

Esta escala orienta el seguimiento clínico; no establece por sí sola un diagnóstico.

El síntoma que más afecta mi vida diaria: _____

Basado en MRS validada en Chile. Referencia: MINSAL, presentación MRS (2019).