

Escala de Greene (Greene Climacteric Scale)

Hoja de Puntuación de Síntomas del Climaterio

Nombre: _____

Fecha: ____

Profesional: ____

Instrucciones

Indique en qué medida le han afectado los siguientes síntomas **durante las últimas dos semanas**. Marque con una ✓ o X una sola casilla por línea.

Nº	Síntoma	En absoluto (0)	Un poco (1)	Bastante (2)	Mucho (3)
1	¿Siente que su corazón late rápido o con fuerza (palpitaciones)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Se siente tensa o nerviosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Tiene dificultades para dormir (para conciliar el sueño o se despierta durante la noche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿Se siente excitable o irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Siente ansiedad o tiene ataques de pánico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Tiene dificultades para concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	¿Se siente cansada o sin energía durante el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	¿Ha notado falta de interés por las cosas y las actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	¿Se siente triste o deprimida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	¿Tiene episodios de llanto sin motivo aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	¿Se siente irritable con la familia, amigos o personas de su entorno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	¿Siente mareos o sensación de que va a desmayarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	¿Siente presión o tensión en la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nº	Síntoma	En absoluto (0)	Un poco (1)	Bastante (2)	Mucho (3)
	¿Nota adormecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?				
15	¿Tiene dolores de cabeza (cefaleas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	¿Siente dolores musculares o articulares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	¿Nota pérdida de sensibilidad u hormigueo en manos y pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	¿Tiene dificultades para respirar o sensación de falta de aire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	¿Tiene sofocos (calores repentinos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	¿Suda durante la noche (sudores nocturnos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	¿Ha notado cambios en su deseo sexual (disminución de la libido)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuación por Subescalas

(Para uso del profesional)

Subescala	Ítems incluidos	Puntuación
Ansiedad	1, 2, 3, 4, 5, 6	_ / 18
Depresión	7, 8, 9, 10, 11	_ / 15
Psicológica total (Ansiedad + Depresión)	1 al 11	_ / 33
Somática	12, 13, 14, 15, 16, 17, 18	_ / 21
Vasomotora	19, 20	_ / 6
Sexual (Libido)	21	_ / 3
PUNTUACIÓN TOTAL	1 al 21	_ / 63

Interpretación de la Puntuación Total

Puntuación	Interpretación
< 12	Síntomas leves o ausentes. No descarta perimenopausia ni menopausia.
≥ 12	Mayor probabilidad de que los síntomas estén relacionados con el climaterio.
> 20	Sintomatología significativa; valorar intervención terapéutica.

⚠ **Nota clínica:** Una puntuación ≥ 12 sugiere que los síntomas climatéricos son probablemente significativos, pero la puntuación no constituye un diagnóstico por sí sola. Debe interpretarse siempre en contexto clínico.

Notas del profesional

La Escala de Greene (Greene Climacteric Scale, GCS) fue desarrollada por el Dr. J.G. Greene. Es un instrumento validado internacionalmente que evalúa 21 síntomas del climaterio, agrupados en subescalas psicológica (ansiedad y depresión), somática, vasomotora y sexual. Sistema de puntuación: 0 = en absoluto; 1 = un poco; 2 = bastante; 3 = mucho.