

CUESTIONARIO DE SALUD SRS-22



Este cuestionario está diseñado para valorar el estado de su espalda. Es importante que usted mismo responda a las diferentes preguntas y señale la respuesta más adecuada a cada pregunta.

- 1) Cuánto dolor ha tenido en los últimos 6 meses?
 - a. Ninguno
 - b. Ligero
 - c. Regular
 - d. Moderado
 - e. Intenso

- 2) Cuando dolor ha tenido en el último mes
 - a. Ninguno
 - b. Ligero
 - c. Regular
 - d. Moderado
 - e. Intenso

- 3) Durante los últimos 6 meses, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
 - a. Nunca
 - b. Sólo alguna vez
 - c. Algunas veces
 - d. Casi siempre
 - e. Siempre

- 4) Si tuviera que pasar el resto de su vida con la espalda como la tiene ahora, ¿cómo se sentiría?
 - a. Muy contento
 - b. Bastante contento
 - c. Ni contento ni descontento
 - d. Bastante descontento
 - e. Muy descontento

- 5) ¿Cuál es su nivel de actividad actual?
 - a. Permanentemente en cama
 - b. No realiza prácticamente ninguna actividad
 - c. Tareas ligeras y deportes ligeros
 - d. Tareas moderadas y deportes moderados
 - e. Actividad incompleta

- 6) ¿Cómo te queda la ropa?
 - a. Muy bien
 - b. Bien
 - c. Aceptable
 - d. Mal
 - e. Muy mal

- 7) Durante los últimos 6 meses, ¿se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
 - a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Algunas veces
 - d. Solo alguna vez
 - e. Nunca

- 8) ¿Tiene dolor de espalda en reposo?
 - a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Algunas veces
 - d. Solo alguna vez
 - e. Nunca

- 9) ¿Cuál es su nivel actual de actividad laboral o escolar?
- 100% de lo normal
 - 75% de lo normal
 - 50% de lo normal
 - 25% de lo normal
 - 0% de lo normal
- 10) ¿Cómo describiría el aspecto de su cuerpo, sin tener en cuenta el de la cara y extremidades?
- Muy bueno
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
 - Muy malo
- 11) ¿Toma medicamentos para su espalda?
- Ninguno
 - Calmantes suaves 1 vez a la semana o menos
 - Calmantes suaves a diario
 - Calmantes fuertes 1 vez a la semana o menos
 - Calmantes fuertes a diario
- 12) ¿Le limita la espalda la capacidad para realizar sus actividades habituales por casa?
- Nunca
 - Sólo alguna vez
 - Algunas veces
 - Casi siempre
 - Siempre
- 13) ¿Durante los últimos 6 meses, cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Algunas veces
 - Solo alguna vez
 - Nunca
- 14) ¿Cree que el estado de su espalda influye en sus relaciones personales?
- Nada
 - Un poco
 - Regular
 - Bastante
 - Mucho
- 15) ¿Usted o su familia tienen limitaciones económicas por su espalda?
- Mucho
 - Bastante
 - Regular
 - Un poco
 - Nada
- 16) ¿En los últimos 6 meses se ha sentido desanimado y triste?
- Nunca
 - Sólo alguna vez
 - Algunas veces
 - Casi siempre
 - Siempre

- 17) ¿En los últimos 3 meses, cuántos días ha faltado al trabajo o al colegio debido a su dolor de espalda?
- 0
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4 ó más
- 18) ¿Le dificulta la situación de su espalda salir de casa con sus amigos o su familia?
- Nunca
 - Sólo alguna vez
 - Algunas veces
 - Casi siempre
 - Siempre
- 19) ¿Se siente atractiv@ con el estado actual de su espalda?
- Sí, mucho
 - Sí, bastante
 - Ni atractivo/ni poco atractivo
 - No, no demasiado
 - En absoluto
- 20) ¿Durante los últimos 6 meses, cuanto tiempo se sintió feliz?
- Nunca
 - Sólo alguna vez
 - Algunas veces
 - Casi siempre
 - Siempre
- 21) ¿Está satisfecho con los resultados del tratamiento?
- Completamente satisfecho
 - Bastante satisfecho
 - Indiferente
 - Bastante insatisfecho
 - Totalmente insatisfecho
- 22) ¿Aceptaría el mismo tratamiento otra vez si estuviera en la misma situación?
- Si, sin duda
 - Probablemente sí
 - No estoy seguro/a
 - Probablemente no
 - No, sin duda