

## 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