

CUESTIONARIO DE SALUD SRS - 2 2

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) ¿Cuánto 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?

- A 100% de lo normal**
- B 75% de lo normal**
- C 50% de lo normal**
- D 25% de lo normal**
- E 0% de lo normal**

10) ¿Cómo describiría el aspecto de su cuerpo, sin tener en cuenta el de la cara y extremidades?

A Muy bueno

B Bueno

C Regular

D Malo

E Muy malo

11) ¿Toma medicamentos para su espalda?

A Ninguno

B Calmantes suaves 1 vez a la semana o menos

C Calmantes suaves a diario

D Calmantes fuertes 1 vez a la semana o menos

E Calmantes fuertes a diario

12) ¿Le limita la espalda la capacidad para realizar sus actividades habituales por casa?

A Nunca

B Sólo alguna vez

C Algunas veces

D Casi siempre

E Siempre

13) ¿Durante los últimos 6 meses, cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

A Siempre

B Casi siempre

C Algunas veces

D Solo alguna vez

E Nunca

14) ¿Cree que el estado de su espalda influye en sus relaciones personales?

A Nada

B Un poco

C Regular

D Bastante

E Mucho

15) ¿Usted o su familia tienen limitaciones económicas por su espalda?

- A Mucho
- B Bastante
- C Regular
- D Un poco
- E Nada

16) ¿En los últimos 6 meses se ha sentido desanimado y triste?

- A Nunca
- B Sólo alguna vez
- C Algunas veces
- D Casi siempre
- E Siempre

17) ¿En los últimos 3 meses, cuántos días ha faltado al trabajo o al colegio debido a su dolor de espalda?

- A 0
- B 1
- C 2
- D 3
- E 4 ó más

18) ¿Le dificulta la situación de su espalda salir de casa con sus amigos o su familia?

- A Nunca
- B Sólo alguna vez
- C Algunas veces
- D Casi siempre
- E Siempre

19) ¿Se siente atractiv@ con el estado actual de su espalda?

- A Sí, mucho
- B Sí, bastante
- C Ni atractivo/ni poco atractivo
- D No, no demasiado
- E En absoluto

20) ¿Durante los últimos 6 meses, cuanto tiempo se sintió feliz?

- A Nunca**
- B Sólo alguna vez**
- C Algunas veces**
- D Casi siempre**
- E Siempre**

21) ¿Está satisfecho con los resultados del tratamiento?

- A Completamente satisfecho**
- B Bastante satisfecho**
- C Indiferente**
- D Bastante insatisfecho**
- E Totalmente insatisfecho**

22) ¿Aceptaría el mismo tratamiento otra vez si estuviera en la misma situación?

- A Si, sin duda**
- B Probablemente sí**
- C No estoy seguro/a**
- D Probablemente no**
- E No, sin duda**